

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“El test de supresión de la dexametasona en el
síndrome depresivo”**

(Estudio efectuado en el Hospital Nacional de Salud
Mental, en 20 pacientes con Síndrome Depresivo, durante
el período de Junio a Julio de 1984)

LUIS ALBERTO REJOPACHI PAZ

INDICE

	Página
1. INTRODUCCION	1
2. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
3. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
4. MATERIAL Y METODOS	23
5. PRESENTACION DE RESULTADOS	28
6. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	31
7. CONCLUSIONES	33
8. RECOMENDACIONES	35
9. RESUMEN	37
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
11. ANEXOS	43

INTRODUCCION

EL Síndrome Depresivo se considera un cuadro clínico frecuente en la practica médica diaria, pero en ocasiones se dificulta su Diagnóstico, por la posibilidad cada vez mayor de asociar o enmascarar, la Depresión con situaciones Médicas y Psicopatológicas, principalmente con La Ansiedad, Psicosis Esquizofrénicas y otros cuadros Esquizoafectivos.

EL Test de Supresión de La Dexametazona (DST), es una prueba Neuroendocrina útil como auxiliar en el Diagnóstico de Depresión, por lo que el propósito de esta investigación fue comprobar la confiabilidad y/o validez del DST en nuestro medio, estandarizando la metodología ya establecida e iniciar su utilización clínica.

La investigación se realizó en 20 pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental, con trastornos depresivos, según los Criterios Operativos del Manual de Estadística y Enfermedades Mentales de La Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), específica para el diagnóstico de Enfermedad Depresiva, a los cuales se les aplico el DST. Adecuada parte de la metodología en la administración del corticoide y obtención de la muestra, la determinación del Cortisol Sérico se realizó mediante técnica Radioinmunoanalítica en el laboratorio de Radioinmunoanálisis, de La Unidad de Medicina Nuclear del Hospital General San Juan de Dios. Tomándose en cuenta un grupo control para determinar la confiabilidad del test. Este trabajo es un estudio prospectivo, realizado durante el periodo de Junio a Julio de 1984.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Síndrome Depresivo es un complejo sintomático - que presenta preponderantemente un trastorno del estado de ánimo, manifestado por tristeza acompañado de temor, de inhibición de los pensamientos, inhibición o agitación psicomotora, así como de trastornos somáticos.

Se considera que un 15 por 100, de la población general la ha experimentado y se sabe que hasta el 24 por 100, de las pacientes hospitalizadas la padecen. Sin embargo solamente el 1.5 por 100, son tratados por el médico general y únicamente el 0.2 por 100, los trata el médico Psiquiatra.

En la práctica médica el reconocimiento del Síndrome Depresivo, se basa en criterios subjetivos, como la Anamnesis y la Semiología, el uso de métodos psicométricos (p.ej; Hamilton, Zung, etc.), para evaluar cuadros depresivos son de utilidad, pero no definitivos. Es evidente, que en ocasiones el diagnóstico presenta dificultad, ya que el cuadro clínico, se presenta en forma "atípica", sin los síntomas "clásicos", por lo que es necesario contar con pruebas de laboratorio, para facilitar el diagnóstico.

En pacientes deprimidos se ha observado que existe una elevación de Cortisol sérico, lo que sugiere, que existe una alteración del control Neuroendocrino, principalmente del Eje Hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, comprobándose por el Test de Supresión de la Dexametasona (DST), el cual se basa en forzar modificaciones del

rítmo Circadiano del Cortisol plasmático, mediante la administración de Corticoides Sintéticos. El Test se tomó anormal cuando los valores de Cortisol Sérico son superiores a los 5 ug/dl.

El presente trabajo trata de demostrar la confiabilidad del DST, en un grupo de pacientes con Síndrome Depresivo del Hospital Nacional de Salud Mental, clasificados según los criterios operativos del DSM-III, y una muestra de control, integrada por 10 individuos normales, que no padezcan de algún cuadro depresivo según la Escala de Hamilton, y los otros 10 pacientes con otro trastorno Psiquiátrico No Depresivo. A las 2 muestras se les realizó el DST, previa aplicación de los Criterios de Exclusión del DST, para evitar falsos positivos o falsos negativos. La determinación de Cortisol se realizó en el Laboratorio de Radioinmunoanálisis de la Unidad de Medicina Nuclear del Hospital General San Juan de Dios. El estudio se realizó sin distinción de edad y sexo, durante el período comprendido del mes de Junio a Julio de 1984.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

Depresión:

La depresión es un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. (20)

Muchos pacientes se quejan de "sentirse deprimidos", pero no todos sufren depresión clínica. Este diagnóstico se asocia con la presencia de un grupo de signos y síntomas conocidos como "terna Depresiva", que consiste en: 1. Perturbación profunda del ánimo: Melancolía, desaliento, accesos de llanto, irritabilidad. 2. Perturbaciones de la percepción del Yo, el ambiente y el futuro: pérdida del interés en las actividades cotidianas, desvalidez, desesperanza, culpa, disminución del amor, propio, pensamientos suicidas. 3. Signos del sistema vegetativo: retardación o agitación del comportamiento, perturbación del sueño, variación diurna, falta de apetito y cambio de peso, estreñimiento, taquicardia, fatiga, padecimientos somáticos, retardación de mecanismos ideatorios, dificultad para concentrarse, indecisión. (14,17,20)

La Depresión no es ningún síntoma aislado. Sólo cuando se llegan a reunir algunos síntomas psíquicos, como pueden ser la Tristeza, la Inhibición o excitación Psicomotora, la inhibición de los Pensamientos, o los trastornos de las sensaciones vitales, se ve conformado el denominado: Síndrome Depresivo. (1,2,17)

Clasificación de la Depresión:

Durante la última década, los estudios genéticos, clínicos, farmacológicos y fisiológicos, han tendido a indicar que lo mejor es clasificar los trastornos Depresivo como:

1. **Depresiones Primarias:** Las que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica, o que tienen en todo caso antecedentes de trastornos Afectivos.
2. **Depresiones Unipolares y Bipolares:**
Unipolar: El paciente solo experimenta episodios únicos o recurrentes de depresión.
Bipolar: El paciente ha experimentado al menos un episodio de Manía o Hipomanía, con o sin depresión. (enfermedad Bipolar o Maniacodepresiva).
3. **Depresiones Mayores y Menores:**
La depresión Mayor es el prototipo de la depresión franca, que presenta un patrón típico y bien definido. La depresión Menor, no presenta un patrón semiológico tan completo y el trastorno puede adquirir algunas veces un patrón crónico, confundéndose ocasionalmente con rasgos de personalidad del sujeto, situaciones conflictivas personales o ambientales, que en el DSM-III se denomina "Trastorno Distímico".
4. **Enfermedad Bipolar Mixta y Trastornos Bipolares - Caracteriales:**
La enfermedad o trastorno Bipolar-mixto es la cla-

sica enfermedad "maníaco-depresiva" descrita desde tiempos remotos. El paciente alterna fases depresivas (en las que obviamente la depresión cumple los requisitos de una depresión mayor), con fases maníacas (en las que se da una situación de euforia, excitación, hiperactividad, etc.). La duración de estas fases varía mucho entre los individuos. Dándose la posibilidad de que existan intervalos libres de síntomas entre ellos, o bien que se pase de la situación depresiva a la maníaca con rapidez, a veces en horas. En este último caso se habla de pacientes "Cíclicos Rápidos".

Cuando estos cambios no revisten la severidad de la depresión mayor en el caso del polo depresivo, y de la crisis maníaca en el polo opuesto, si no que son oscilaciones más discretas entre los polos, mas arraigados en la personalidad de base del paciente, se habla de "Carácter Ciclotímico" o personalidad Ciclotímica. Puede ser que algunos pacientes ciclotímicos lleguen a presentar en algún momento episodios Maníaco-depresivos reales, pero no necesariamente debe ser siempre así. La clasificación Americana denomina a esta última "Desorden Ciclotímico".

5. **Depresiones Secundarias:**
Se trata de Síndromes Depresivos que están relacionados con otra Psicopatología o con enfermedades médicas, que se acompañan de cuadros depresivos. Entre estos trastornos médicos tenemos: Tumor Cerebral, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson, Alcoholismo Crónico, trastornos Endocrinos, Carcinoma Pan-

creatico, Medicación con Alfa-metil-dopa, Esteroides, Reserpina. (1,14,17,20,24)

Epidemiología de la Depresión:

La literatura, reporta que aproximadamente un 10 a 15 por 100 de los adultos, entre los 18 y 78 años de edad, pueden sufrir síntomas depresivos graves y menos del 5 por 100 de los que necesitan tratamiento, logran obtener cuidado psiquiátrico. De los pacientes que consultan, al médico general, se calcula que el 10 a 20 por 100, sufren de Depresión como entidad primaria, los que acuden al médico psiquiatra comprenden hasta un 40 por 100, con trastornos depresivos. Igual relación se observa en los diferentes centros hospitalarios, ya que el 23 por 100, de los ingresos de pacientes a hospitales generales corresponden a trastornos depresivos, y un 30 por 100, en los hospitales Psiquiátricos. (14,17,20,24)

Existe una relación de 2:1 de mujeres sobre hombres, tanto en las depresiones Menores como en las Unipolares. No así en las depresiones Bipolares, en que la proporción es semejante. Se observa también, que existe una mayor acumulación de depresiones Menores en jóvenes adultos (18 a 40 años), fundamentalmente mujeres, mientras que los hombres tenderían a presentar estos trastornos en edades más avanzadas. También se ha observado, que las depresiones Unipolares suelen aparecer hacia la segunda mitad de los 30 años, mientras que las Bipolares suelen aparecer sobre los 20 ó 25 años. (24,29)

Diagnóstico Clínico:

El diagnóstico del Síndrome Depresivo, se basa en la Anamnesis y Semiología médica.

Anamnesis: De forma prioritaria, buscaremos antecedentes de Depresiones Mayores (unipolares o bipolares), en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos). - Debido a que la patología psiquiátrica a menudo se intenta encubrir por los familiares, es posible que el paciente no tenga información de estos trastornos en su familia. En estos casos, los antecedentes de suicidio, ingresos a instituciones psiquiátricas, largos períodos de estancia en cama, tristeza, euforia exagerada, etc., nos darán la pista a seguir. De igual forma se deberá hacer con los antecedentes personales.

Semiología: La semiología revela que la aparición de síntomas depresivos, suele ser lenta e insidiosa. Entre los principales síntomas que se deberá prestar especial atención tenemos: Disforia (humor y estado de ánimo deprimido), los pacientes suelen llorar con facilidad, a veces sin que nada especial ocurra a su alrededor (lo que pasa, es que están viviendo en su "mundo de presivo), con la constante presión de un pensamiento de carácter pesimista y catastrófico, Trastornos del sueño, trastornos del Apetito y descuido en su aspecto general, se presentan con cierta frecuencia. El curso del pensamiento da vueltas a los mismos temas de matiz pesimista, como muerte, suicidio, sentimientos de autorreproche y culpa. Pueden estar presentes también; alteraciones de la percepción y trastornos de la motricidad. En casi todos los deprimidos hallamos alteraciones en la atención y concentración, se puede observar alteraciones de la memoria y otras funciones integrativas superiores, así como la disminución de la Libido y la pérdida de interés sexual. Entre las principales molestias orgánicas podemos mencionar: fatigabilidad, sequedad de

La boca, disfunción sexual, anorexia, estreñimiento o diarrea, suduración especialmente nocturna, dolores crónicos y Taquicardia también son referidos. (12,14,17,20)

El médico debe ser cauto e investigar fechas, antecedentes, ritmos diarios, sentimientos, humor, etc., para poder llegar a un diagnóstico definitivo. A veces escalas de evaluación de la depresión como la de Hamilton (ver anexos), pueden sernos útiles para confirmar el diagnóstico, pero nunca basaremos ésta tan sólo en datos psicométricos. (2,17)

Los Criterios Operativos de Diagnóstico, de la Depresión del Manual de Estadística y Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-III (ver anexos), ayudan al diagnóstico clínico, mediante la clasificación del Síndrome Depresivo en tres entidades: 1. La Depresión Mayor, 2. La Depresión Mayor con características Endógenas o con "Melancolía". 3. La Depresión Menor o "Trastorno Distímico". (13,17,21,27)

Test de Función Neuroendocrina:

Fisiopatología de la Depresión:

Las alteraciones depresivas, parecen estar producidas por una hipoactividad de la Neurotransmisión.

En el Neurotransmisión, se deben de considerar 6 aspectos: 1) Síntesis del Neurotransmisor: Las tres cadenas metabólicas de síntesis de neurotransmisión involucradas en las depresiones son; el Noradrenérgico, el Serotonérgico y el Dopaminérgico, en la presinápsis, que

están reguladas por mecanismos enzimáticos. 2) Almacenamiento del Neurotransmisor, en las vesículas presinápticas. 3) Liberación hacia el espacio Intersináptico. Que tiene un sistema de autorregulación a través de los receptores presinápticos: cuando se alcanza un cierto nivel de neurotransmisor, la liberación se inhibe por la estimulación de los receptores. 4) Acción sobre los Receptores Postsinápticos. 5) Mecanismo de acción Postsináptico, que es mediatizado por el segundo mensajero (AMP cíclico). y 6) Inactivación del Neurotransmisor, que se consigue a través de dos mecanismos: a. Una inactivación rápida, mediante la recaptación del Neurotransmisor para su reutilización y b. Una inactivación Enzimática intracelular, mediante la Monoaminoxidasa (MAO) y otra Membranaria, mediante la Catecol-o-transferasa (COMT).

La hipoactividad del sistema neurotransmisor encontrada en los trastornos depresivos, podría ser debida - pues, a todos aquellos factores que teóricamente puedan alterar algún eslabón del proceso: Déficit de la Síntesis, destrucción exagerada del neurotransmisor o liberación no apropiada, alteraciones del funcionamiento de los receptores y combinaciones de los anteriores factores. (6,7,17)

La función Neuroendocrina, es regulada por el Sistema Límbico e Hipotalámico del Derebro. Estas áreas - del cerebro se piensa, que sean el sitio patológico primario en los trastornos afectivos. (6,7,10,11)

Pacientes con Depresión Endógena, frecuentemente -

tienen una desinhibición del Sistema Hipotálamo-pituitario-adrenal, similar al trastorno observado, en la Enfermedad de Cushing dependiente. Aunque es cuantitativamente menos severo. (6,8)

Por lo anteriormente expuesto, existe evidencia de que en la Depresión hay una alteración del control Neuroendocrino, tanto del eje Hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), como de otros ejes. Con respecto al primero, se han hallado valores bajos de 17-OH-corticosteroides en pacientes Bipolares, y en menor intensidad en Monopolares. Asimismo, parece que el Cortisol Plasmático libre está elevado en los depresivos de cierta severidad, sin embargo lo más importante es que puede probarse esta disfunción del eje, de forma relativamente sencilla, forzando modificaciones del Ritmo Circadiano del Cortisol Plasmático, mediante la administración de corticoides sintéticos. Este es el fundamento del TEST DE SUPRESION DE LA DEXAMETASOMA (DST). (6,8,17)

Una temprana liberación en las concentraciones plasmáticas del Cortisol, durante las 24 horas, después de la administración de Dexametasona por vía Oral, ha sido observado en pacientes con depresión endógena. (6,8,10)

Sujetos normales responden a la dexametasoma que se les administra en la noche, con una supresión del cortisol plasmático por espacio de 24 a 28 horas, con pacientes deprimidos se ha observado una liberación temprana de esta supresión, más bien que una resistencia absoluta a la supresión HPA por la Dexametasona. Se ha observado también, que mientras más severa sea la depresión, más

manifiesta sera la liberación de supresión de la dexametasona, al día siguiente de la administración del medicamento. (6,7,8)

En 1966 a 1972 Stokes y Carroll et al., aplicaron el DST a pacientes con Depresión Endógena, observando que un 40 por 100 de los pacientes, tuvieron resultados anormales, estableciéndose tres criterios:

1. Carroll (1972-1976), demostró que los resultados anormales del DST, no pueden ser explicados simplemente como una respuesta de tensión psicológica. Ello no ocurre, por ejemplo en Esquizofrénicos.
2. Carroll (1976), demostró que pacientes deprimidos tenían normalmente supresión de la concentración de Cortisol Plasmático en las primeras horas de la mañana, pero ellos escapaban de esta supresión en el transcurso del día: Sujetos normales en contraste permanecían suprimidos durante las 24 horas., después de la administración de la Dexametasona, por ello en unidades Psiquiátricas, se estableció que las muestras sanguíneas se deberían de tomar a las 8, 16 y 23 hrs., respectivamente, y una elevación de la concentración del Cortisol plasmático en cualquiera de las tres muestras indican una desinhibición anormal de la actividad HPA.
3. Carroll y colaboradores (1976), sugirieron que el DST podría ser usado como un Test de laboratorio diagnóstico, para la Depresión Endógena. (11)

En base a los tres criterios descritos anteriormente, Carrol y otros investigadores realizaron, varios estudios, encontrando que existe una alta especificidad, teniendo un promedio de 96 por 100. La Sensibilidad del DST, tiene un promedio de 45 por 100. Esta variación de sensibilidad puede ser debido a dos factores: el más importante es la variación del procedimiento del Test, empleando por ejemplo, la Dosis de dexametasona varío de 0.5 mg. a 2 mg. El criterio que se considero como anormal, de las concentraciones de Cortisol Sérico, oscilaban de 4 ug/dl. a 7 ug/dl., también varió la cantidad de muestra y la hora en que se recolecto. (10,11)

Carroll y colab., encontraron que la mejor dosis de Dexametasona es de 1 mg. el cual produce una alta sensibilidad que la obtenida con 2 mg. La concentración plasmática de cortisol por arriba de 5 ug/dl., se considera como anormal en el DST. La proporción de anomalías de los resultados detecta dos a través de las tres muestras sanguíneas fue de : 24 por 100 a las 8 hrs., 78 por 100, a las 16 hrs., y 71 por 100 a las 23 hrs. Las muestras sanguíneas combinadas a las 16 y 23 hrs., detectaron un 98 por 100 de anomalía, basados en esos hallazgos recomendaron:

1. Dosis de Dexametasona 1 mg. PO (tab), a las 23 hrs.
2. Muestra sanguínea a las 16 y 23 hrs., del día siguiente, (variaciones de ± 1 hr., no afecta la realización del Test).
3. Concentración de cortisol plasmático por arriba de 5 ug/dl., en ambas muestras es anormal.

El Test no provoca reacciones subjetivas en el paciente; restricciones dietéticas no son necesarias; el test no es afectado por las drogas psicótropicas usuales, pero ciertas circunstancias médicas invalidan los resultados. (10,11)

Los métodos Colorimétricos y Fluorométricos, no son recomendados, debido a que compiten con la proteína de transporte, el mejor método para determinar Cortisol Sérico es el de Radioinmunoensayo (RIA). (8,10,11,17)

Entre pacientes con Depresión, la liberación anormal de Cortisol Plasmático de la supresión del DST, esta asociada con hipersecreción nocturna espontánea de cortisol. En un principio, se consideró que el simple, test diagnóstico de desinhibición de la función Neuroendocrina, sería la medición de la concentración del cortisol plasmático nocturno en pacientes con depresión endógena. Esto podría evitar la necesidad de administrar dexametasona. Esto se considero, pero no se obtuvieron la especificidad y sensibilidad requeridos, ya que otros pacientes, presentan supresión al DST, por ejemplo; pacientes con tratamiento de anticonvulsivantes, esto indica que la desinhibición de la función neuroendocrina revelada por el DST, es mucho más específica para Depresión que la revelada por la medición de la concentración plasmática de cortisol nocturno. (10,11, 17)

Carroll, et al., en un estudio realizado en 1980, concluyen que la liberación de dexametasona a las 24 hrs., del test, en pacientes con depresión endógena no puede ser explicada por el aclaramiento rápido de la

dexametasona del plasma. (8,16)

El DST depende de la acción farmacológica de un agente esteroide, para suprimir el eje HPA. Consecuentemente, variaciones farmacocinéticas entre pacientes podrían ser una causa del daño a la respuesta de supresión encontrados en otros estudios, por ejemplo; en pacientes tratados con barbitúricos y anticonvulsivantes, el sistema enzimático microsomial hepático que metaboliza la dexametasona es estimulado, con el resultado de una aceleración del índice del metabolismo de la dexametasona, la vida media del esteroide en el plasma se reduce de 270 a 120 minutos y una respuesta anormal al DST ocurre. (2, 8, 10,11)

Si bien el cortisol plasmático tiene una extrema labilidad, y se encuentra aumentado en situaciones de Stress (aparte de aquellas otras en que lo está por razones de patología orgánica), la peculiaridad de la supresión o no del ritmo circadiano, mediante la dexametasona, no parece estar ligada a estos factores, y en la medida en que avanza la investigación queda cada vez más claro que depende de la situación depresiva (depresiones mayores endogenomorfas). No está claro todavía si las benzodiazepinas bloquean o no el Test. (6,7,10,17)

La activación del eje HPA, podría ocurrir en asociación con enfermedades médicas o quirúrgicas, dando resultados falsos positivos, para el DST. Entre estos criterios de exclusión tenemos: Embarazo, terapéutica con estrógenos, enfermedad o síndrome de Cushing, Diabetes Mellitus No controlada, Infarto de Miocardio, Insuficien-

cia Cardíaca Congestiva, Enfermedad Cerebral Orgánica - (Huntingtons, Parkinson), terapéutica con Electrochoque en los últimos tres días, empleo de Reserpina, Malnutrición severa o tratamiento con fármacos que producen inducción hepática microsomial (hidantoínas, barbitúricos, etc.). (7,8,10,17)

Carroll et al., observaron en pacientes hospitalizados, que la sensibilidad del DST es de 67 por 100, y la especificidad del 96 por 100, en problemas de Depresión Endógena y Melancolía respectivamente. (11)

Mendlewicz et al., en 1982, realizaron un estudio del DST en trastornos Afectivos, encontrando que la sensibilidad del TEST, fue del 79 por 100, en Depresión Primaria Uni-bipolar, la especificidad del 79 por 100, y confianza diagnóstica de positividad fue del 82 por 100, por otra parte Rothschild y colaboradores, encontraron en una determinación de cortisol a las 16 hrs., del día siguiente a la administración de la dexametasona, valores mayores a 14 ug/dl., en pacientes psicóticos con Depresión Unipolar. (22,25)

No hay evidencias, que exista relación entre los niveles plasmáticos de dexametasona, con los resultados del DST, en pacientes deprimidos, ya que se ha observado a pacientes con depresión no endógena, que eran no supresores antes del tratamiento, bajaron sus niveles de cortisol, posterior a este, a pesar de existir aun niveles bajos de dexametasona. (8,10)

Las determinaciones de cortisol sérico, en pacientes hospitalizados y ambulatorios, cuya muestra sangui-

nea fue tomada a las 16 hrs., del día siguiente, a la toma de dexametasona, no se encontró diferencias significativas, para la especificidad, ya que fue de 98 por 100, tanto uno como para el otro. Por lo que se recomienda este procedimiento al encontrar dificultades en el procedimiento de recolección de la muestra sanguínea. (7,11)

El DST se ha utilizado, para evaluar la efectividad del tratamiento con Electrochoque (ECT), pues se ha observado, que al mejorar clínicamente los pacientes deprimidos, los valores del cortisol sérico caen a niveles normales. (8,11,15,16,22)

Carroll (1977), Greden et al., (1980) y Goldberg (1980), observaron que el trastorno neuroendocrino, puede persistir a pesar de que existe un mejoramiento del proceso depresivo subyacente y el tratamiento fue suspendido, apesar de tener una respuesta al DST inicialmente anormal, los pacientes se encontraban en riesgo de recaer nuevamente, por lo que su utilización en evaluar la respuesta terapéutica, esta bien fundamentado. (4,5,8,11,16,22)

Carroll y otros investigadores, encontraron que el DST, es útil como marcador biológico para evaluar diferentes episodios de depresión, como son: Evaluación de la recuperación del paciente al normalizarse el DST; como diferenciar entre los pacientes con depresión bipolar, cuando oscilan entre depresión y manía, tomando en cuenta que el DST es anormal cuando el paciente se encuentra en su fase depresiva. Evaluación de la respuesta al tratamiento; predicción del cambio de la fase depresiva a

manía en pacientes depresivos bipolares. Asociación con la historia familiar; se ha observado también en pacientes deprimidos, ya que estos tienen una historia familiar positiva, que oscila entre el 53 por 100 a 76 por 100. También en pacientes con conductas suicidas, el DST es anormal. (4,5,9,10,11,15,16,23,26,28)

Hay evidencias que el DST, puede ayudar a identificar a niños con Melancolía y distinguirlo de otros niños disfóricos. Paznaski et al., estudiaron a niños con trastornos clínico afectivo. Los resultados obtenidos con 0.5 mg de dexametsona, fueron similares a los hallados en pacientes adultos con trastornos depresivos, sensibilidad de 56 por 100 y especificidad de 87 por 100. (11)

En Resumen: el test de supresión de la Dexametasona es bastante específico (90-100 por 100), esto es; ante la sospecha clínica de que se trate de un paciente Depresivo Endógeno, el hallazgo de un cortisol plasmático superior a 5 ug/dl., (al día siguiente de la administración de 1mg. de dexametasona Oral), permite afirmar con casi total seguridad que se trata efectivamente de Depresión Endógena. Los valores de Cortisol no guardan ninguna relación con la edad y el sexo. (6,7,10,11,17,22,23,25,26,28)

Principios del Tratamiento del Síndrome Depresivo:

Medidas Psicoterapéuticas:

No puede hablarse de una psicoterapia totalmente estructurada encaminada de forma estricta al tratamiento de las enfermedades depresivas. Sin embargo debe to

nerse en cuenta un conjunto de medidas psicoterapéu--
cas básicas, que sumadas a la farmacoterapia, tienen un
efecto de SINERGISMO o potenciación mutua. (2)

Metodos de Farmacoterapia:

Muchos pacientes con síntomas depresivos mejoran -
con ayuda de la psicoterapia o con cambios en el ambien-
te (por ejemplo; una reconciliación con el consorte cuyo
abandono causó la depresión), y no es necesario un anti-
depresivo. Estos pacientes pueden ser atendidos, las -
primeras veces; sin prescribir medicamentos, a fin de de-
terminar si funcionara por sí sola la psicoterapia. Si
durante esta fase de la exploración se presenta el proble-
ma de insomnio, se puede utilizar un medicamento sopori-
fero (fluracepam).

Se considera que las depresiones profundas que lle-
van consigo disfunción biológica (por ejemplo; signos -
del sistema vegetativo, antecedentes familiares), entra-
ñan una disfunción cerebral que puede tratarse mediante
terapia somática (medicamentos, y en los casos más gra-
ves, Electrochoque). Entre las situaciones en que se de-
be considerar tratamiento somático, están:

1. Presencia de signos del sistema vegetativo por va-
rias semanas (por ejemplo, anorexia, pérdida impor-
tante de peso, inestabilidad diurna del estado de
ánimo y despertamiento temprano.
2. Antecedentes de reacción a un tratamiento somático.
3. Antecedentes de familiares en cuanto a depresión.

4. Antecedente familiar de reacción satisfactoria al
tratamiento somático en la depresión.
5. Síntomas psicóticos (a menudo delirios hipocondria-
cos como "mi cuerpo está deshecho por el cáncer" o
delirios de culpa o de pecado).
6. Síntomas graves.
7. EL paciente no responde a la psicoterapia.

Se considera que la mayor parte de la terapias so-
máticas para la depresión producen una mejoría al aumen-
tar la noradrenalina disponible (y posiblemente la se-
rotonina) de las sinapsis en "centros de recompensa" -
del cerebro. Los antidepresivos tricíclicos (como la
amitriptilina, imipramina y doxepina) bloquean la recap-
tación de estas "aminas biogénicas" en el axón o neuro-
eje presináptico, y los inhibidores de monoaminoxidasa
(MAO) dificulta su degradación mediante la enzima MAO.
Se supone que la terapia de electrochoque aumenta la -
cantidad de aminas biogénicas centrales disponibles, me-
diante un mecanismo desconocido.

Las fenotiacinas (especialmente el Mellaril) pue-
den llegar a producir cierta mejoría durante las depre-
siones que conllevan ansiedad o psicosis extrema, me-
diante un mecanismo desconocido. El Litio constituye -
un ion muy singular entre las drogas psicoactivas, por
su propiedad de controlar la manía y algunas depresio-
nes sin producir excitación o depresión en el sistema -
nervioso central. Se desconoce su modo de acción.

En el tratamiento sistemático de la depresión sólo se utilizan, de las terapias somáticas existentes, los antidepresivos tricíclicos y, en forma ocasional, las fenoticianas. Se conocen tres grupos de tricíclicos, a saber:

1. Imipramina (Tofranil) y sus derivados demetilados (por ejemplo; desipramina).
2. Amitriptilina (Elavil) y sus derivados demetilados (por ejemplo, nortriptilina, protriptilina).
3. Doxepina.

Tratamiento con Electrochoque (ECT):

El ECT sigue teniendo su indicación en el tratamiento de la depresión, fundamentalmente severa y con alto riesgo de suicidio, constituyendo una terapia empírica de mecanismos no bien conocidos, que produce como únicos efectos secundarios una pérdida transitoria de la memoria, y que es al menos tan efectiva como la terapéutica farmacológica. A pesar de ello, salvo en la indicación señalada de alta severidad y riesgo de suicidio, se suele relegar como posible alternativa a la psicofarmacoterapia. (2,5,14,20)

MATERIALES Y METODOS:

Determinación de la Muestra de Estudio:

La investigación se realizó en la población de pacientes internados, con trastornos afectivos del Hospital Nacional de Salud Mental, a los cuales se les revisó su Historia Clínica, escogiéndose aquellos con una Impresión Clínica de Depresión, se les aplicó los Criterios Operativos del Manual de Estadística y Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), específica para diagnosticar Enfermedad Depresiva (ver anexos), también se les aplicaron los Criterios de Exclusión del DST (ver anexos), para evitar falsos positivos y falsos negativos, determinándose una Muestra de Estudio de 20 pacientes, sin distinción de edad y sexo.

Determinación de la Muestra de Control:

La muestra de control fue de 10 individuos normales y 10 pacientes con Trastorno Psiquiátrico No Depresivo, independiente de la edad y sexo. A quienes se les aplicaron los Criterios de Exclusión del DST. Por otra parte a los individuos normales se les aplicó la escala de Depresión de Hamilton (ver anexos), para determinar si padecían de algún cuadro depresivo.

Aplicación del DST:

A la muestra de estudio y control se les aplicó el DST de la siguiente forma:

1. Administración de 1mg. de Dexametasona P0 (tab), a las 22 horas.
2. Extracción de muestra Sanguínea a las 15 hrs. del día siguiente.
3. No fue necesario realizar restricciones dietéticas.

Obtención, Transporte, Tratamiento y Conservación de la Muestra Sanguínea:

1. Mediante Venopuntura Radial se extrajo 7 cc. de sangre venosa, con jeringa y aguja No. 21 x 1.5' - descartables.
2. Luego de obtener la muestra, se retiró la aguja y la sangre se depositó en un tubo de Ensayo (10 cc de capacidad), teniendo cuidado que la sangre corriera sobre la pared del tubo para evitar hemólisis.
3. Se tapó el tubo de Ensayo, con tapón de caucho y se guardó en un recipiente con hielo (Hielera), para transportarla al laboratorio.
4. El tubo con la muestra se colocó en una gradilla - durante 30 minutos, para que se retraiga el coágulo, y a continuación se separó del plasma mediante centrifugación a 300 RPM.
5. Se colocó el plasma en frascos de vidrio (10 cc de capacidad), se tapó con tapón de caucho, conservándose a una temperatura de 2 a 8 °C, en el refrigerador, para la posterior determinación de cortisol.

Determinación del Cortisol Sérico:

Principio del Método:

El principio de Radioinmunoanálisis del Test SPAC Cortisol Byk-Mallin Krodz Cat. No. 3981, se basa en la técnica de fase sólida, la cual consiste en una reacción de competencia, entre el Cortisol marcado y el Cortisol contenido en las muestras o standards, por sitios de unión específicos de un Anticuerpo determinado. El Anticuerpo se encuentra adherido a la parte inferior de la pared del tubo de reacción, lugar en el cual se desarrolla el proceso, posteriormente se separa la fracción unida de la libre, descartando el sobrenadante. La fracción unida queda pegada al tubo, el que se cuenta en un Contador de Centelleo para determinar su actividad en Cuentas por Minuto (CPM). La concentración de cortisol de las muestras será leída en una curva standard, diseñada con las concentraciones conocidas (standards), que proporciona el Kit.

Desarrollo de la Técnica:

Una vez reunidas las 40 muestras de Plasma, la determinación de Cortisol sérico se realizó de la siguiente manera:

1. Al Tubo de ensayo de la reacción, se le aplicó 10 μ l del plasma o standard.
2. Luego se agregó 1 ml. de 125 -cortisol.
3. Se dejó incubar la muestra por 3 hrs. a temperatura ambiente.

4. Descartamos el sobrenadante por aspiración con bomba de vacío unida a una Pipeta de Pasteur.
5. Se agregó 1.5 ml. de solución isotónica NaCl.
6. Se descartó el Sobrenadante.
7. Determinación de los tubos de reacción en un Contador de Centelleo marca Packard Auto Gamma 5210.
8. Al mismo tiempo se registraron los datos en una impresora acoplada al contador.
9. La tabulación de datos y confección de la curva para extrapolación de las muestras, se confeccionó la curva utilizando, los datos de los valores de concentración conocida (standard), ubicada en el eje de las Abcisas y en el eje de las Ordenadas se colocó el valor correspondiente a B/B_0 de los Standards. A continuación determinamos el valor de B/B₀ para las muestras, extrapolando estas hacia las ordenadas para conocer la concentración. (B = cuentas por minuto de las muestras, B_0 = CPM del Standard).
10. Se realizó seguidamente control de la calidad del ensayo.
11. Se considero, como valor anormal arriba de los 5 ug/dl. de Cortisol Sérico.
12. El análisis se efectuó en duplicado para que el en sayo, tuviera la sensibilidad requerida.

Tratamiento Estadístico:

Una vez de haber reunido los valores de Cortisol - Sérico, se procedió a clasificarlos según diagnóstico - del paciente, obteniéndose 3 grupos, 1º Individuos Nor males, 2º Pacientes con otro trastorno Psiquiátrico no depresivo y el 3º integrado por pacientes Deprimidos. - Seguidamente se realizó un Análisis de Varianza de una Clasificación por Rangos de Kruskal-Wallis, para deter minar si los tres grupos pertenecían a una misma pobla ción, encontrando que eran de diferente población cada muestra, por lo que se procedió a realizar una serie de Contrastes Ortogonales, para encontrar una diferencia - significativa, de cualquiera de los 3 grupos.

CUADRO No. 1

PRESENTACION DE VALORES DE CORTISOL SERICO
POST-DST EN RELACION AL TIPO DE PACIENTE

Cortisol ug/dl.	Individuos Normales	Pacientes No Deprimidos	Pacientes Deprimidos
0.5 - 4.5	10	5	3
4.6 - 8.6	-	5	9
8.7 - 12.7	-	-	2
12.8 - 16.8	-	-	3
16.9 - 20.9	-	-	3
Total	10	10	20
Promedio	1.167	3.991	9.8865
Desv. Stand.	0.54799	2.84359	5.59815

Fuente:

Boletas de Recolección de Datos.

CUADRO No. 2

PRESENTACION DEL DST POSTIVO * EN RELACION
A LA MUESTRA DE CONTROL

Cortisol	Individuos Normales	Pacientes No Deprimidos	Total	Porcentaje
< 5ug/dL	10	6	16	80
> 5ug/dL	-	4	4	20
Total	10	10	20	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

* Cortisol Sérico > 5ug/dL.

CUADRO No. 3

PRESENTACION DEL DST POSITIVO* EN RELACION
AL TIPO DE DEPRESION SEGUN EL DSM-III

Cortisol	Depresión Menor	Depresión Mayor	Depresión Endógena	Total	Porcentaje
< 5ug/dl	2	-	1	3	15
> 5ug/dl	1	4	12	17	85
Total	3	4	13	20	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

* Cortisol Sérico > 5 ug/dl.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS:

El tratamiento de Datos, fue llevado estadísticamente empleando, el análisis De Varianza de una Clasificación por Rangos de Kruskal-Wallis, la que determinó que los tres grupos pertenecían a poblaciones diferentes; ya que $H > X^2_{(3-1)gl.}$ ($132.42 > 5.99$), por lo que se rechaza H_0 , aceptando H_1 (según el método estadístico; H_0 planteaba la hipótesis de que las 3 muestras pertenecían a una misma población, mientras que H_1 planteaba que al menos una muestra si era diferente). Para determinar que grupo era significativamente diferente, se realizó una comprobación mediante una Serie de Contrastes Ortogonales, encontrando que el Promedio de los grupos 1º y 2º son significativamente diferentes al grupo 3º.

Según los resultados obtenidos en el presente trabajo de Investigación sobre comprobar la Confiabilidad del DST para Diagnosticar Síndrome Depresivo, se puede decir, que la Muestra de Control, integrada por 2 grupos de pacientes el DST fue Negativo en el 80 por 100 de los casos (cuadro No. 2), ya que únicamente el 20 por 100 presentó valores superiores a 5 ug/dl. de Cortisol Sérico, es decir que un 80 por 100 de la muestra si suprimió el Ciclo circadiano del Cortisol, después de la administración de la Dexametasona. Por otra parte, es importante señalar que los valores de Cortisol Sérico en el grupo de Individuos Normales, fue en promedio de 1.167 ug/dl., y de 3.991 ug/dl., para los Pacientes No deprimidos (cuadro No. 1).

En La Muestra de Estudio (pacientes Deprimidos) se

encontró que el DST, fue positivo en un 85 por 100 de los pacientes, presentando valores de Cortisol Sérico Superiores a 5 ug/dL. (cuadro No. 3), deduciéndose que el 85 por 100 de los casos sí se liberó de la supresión del ciclo Circadiano del Cortisol en presencia del Corticoide. Los valores de Cortisol Sérico post-DST en este grupo fueron en promedio de 9.8865 ug/dL. (cuadro No. 1).

La positividad del DST en pacientes con Depresión encontrada en este estudio es similar a los referidos en la Literatura Extranjera, por ejemplo; Carroll et al., (10,11), refieren una especificidad del 78 al 96 por 100 tanto en pacientes Ambulatorios como Hospitalizados. También Mendlewicz y colaboradores en un estudio del DST en pacientes con trastornos Afectivos, reportan una Confianza diagnóstica de Positividad de un 82 por 100. Ya que la positividad encontrada en este estudio fue del 85 por 100, la única diferencia entre este y los otros (estudios extranjeros), fue que solamente se obtuvo una muestra de sangre a las 16 horas, del día siguiente a la toma del corticoide, para la determinación de Cortisol Sérico, mientras que las otras investigaciones sus resultados de Cortisol Sérico lo obtienen de la toma de 3 muestras sanguíneas, a las 8, 16 y 23 horas respectivamente, refiriendo el promedio de ellas.

La especificidad del DST, para diagnosticar Depresión Endógena encontrada en este estudio, fue del 92 por 100, ya que de 13 pacientes con este tipo de Depresión únicamente 1 paciente presentó valores de Cortisol menores a 5 ug/dL, esto es similar al reportado por Carroll y colab. que es de un 96 por 100.

CONCLUSIONES:

1. En el presente estudio, se encontró que la Medición de Cortisol Sérico Post-DST, es un importante parametro auxiliar para diagnosticar y evaluar la respuesta terapéutica en pacientes con Síndrome Depresivo.
2. El Valor promedio del Cortisol Sérico en el grupo de Individuos Normales fue de 1.167 ug/dL. En el grupo de Pacientes No Deprimidos fue de 3.991 ug/dL. Mientras que en el grupo de Pacientes con Depresión fue de 9.8865 ug.dL., en promedio. Además de la diferencia Estadística Significativa de la Muestra de Control con la Muestra de Estudio (según Análisis de Kurskal-Wallis y Serie de Contrastes Ortogonales), demostró en esta investigación, la Utilidad y Confabilidad de esta prueba Neuroendocrina para diagnosticar Síndrome Depresivo, sobre todo el tipo Endógeno (endógeno).
3. La positividad del 85 por 100 encontrada en este estudio, con una sola determinación de Cortisol Sérico, en comparación con los reportados en estudios similares del 96 por 100, en tres determinaciones de diferentes muestras sanguíneas, sugieren confiabilidad de Diagnosticar Depresión Endógena, con una sola determinación de Cortisol sérico, tomando la muestra sanguínea a las 16 horas del día siguiente de la administración del corticoide.

RECOMENDACIONES:

1. Utilizar como parte del estudio del Síndrome Depresivo, en los pacientes quienes se sospeche Depresión Endógena, el DST como auxiliar diagnóstico.
2. Utilizar el DST, para evaluar la respuesta terapéutica con Antidepresivos y así determinar el momento propicio para disminuir, aumentar u omitir la dosis del Psicofármaco. Evitando el peligro de recaídas y/o prolongación innecesaria del tratamiento, contribuyendo a un mejor seguimiento del paciente.
3. Obtener una sola muestra sanguínea (de las 16 hrs., del día siguiente de la administración de la Dexametasona), para la determinación del Cortisol Sérico, cuando se encuentran dificultades o limitación de recursos en la recolección de la muestra, ya que en esta investigación se obtuvo una aceptable confiabilidad diagnóstica con este procedimiento.
4. El Cortisol Sérico, debe determinarse únicamente - por Radioinmunoensayo, por su alta confiabilidad, ya que los métodos Colorimétricos y Fluorométricos - son menos exactos y de aproximadamente igual costo que el Radioinmunoensayo.
5. Realizar otras investigaciones similares, aumentando el tamaño de la muestra objeto a estudio, para confirmar la Confianza Diagnóstica de esta prueba Neuroendocrina en nuestro medio.

RESUMEN:

EL Test de Supresión de La Dexametazona, evalúa La función neuroendocrina, ya que simplifica el diagnóstico de cuadros depresivos y ayudan a diferenciarlo de otros problemas Psiquiátricos. Por lo que el presente trabajo evaluó La validez del DST, para el diagnóstico del Síndrome Depresivo.

La población objeto del presente estudio fueron 40 pacientes, dividido en 2 grupos, un grupo experimental de 20 pacientes con Síndrome Depresivo, según Los Criterios de Diagnostico del DSM-III, el 2do. grupo fue La Muestra de Control, integrado por 10 individuos Normales, sin padecer un cuadro depresivo según La Escala de Evaluación de Hamiltton, y 10 pacientes con otro trastorno Psiquiátrico No Depresivo. A las dos muestras se les aplicó los Criterios de Exclusión del DST para evitar falsos positivos y/o negativos. Seguidamente se realizó el DST.

AL tener Los resultados de Los tres grupos de pacientes, se les aplicó el método Estadístico, de Análisis de Varianza por Rangos de Kruskal-Wallis, determinando que una muestra era diferente, por lo que se realizó un análisis de Contrastes Ortogonales, confirmando que el promedio de Los grupos de La Muestra de Control si es diferente estadísticamente significativo con respecto a La muestra de Estudio.

Los resultados de una positividad del DST, fueron de un 85 por 100, en pacientes Deprimidos cuyos valores promedios de Cortisol Sérico fueron de 9.8865 ug/dL. y

una Negatividad del 80 por 100, en la muestra de Control, con promedios de Cortisol Sérico de: 1.167 ug/dL para los individuos normales y de 3.991 ug/dL para los pacientes con otro trastorno Psiquiátrico no Depresivo, - Confirmando la confiabilidad del DST, para diagnosticar depresión.

El estudio se realizó en su parte clínica, en el Hospital Nac. de Salud Mental y la determinación de Cortisol sérico, en el laboratorio de Radioinmunoanálisis del Hospital General San Juan de Dios, durante el período de Junio a Julio de 1984.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andreasen, N.C. et al. Cluster analysis and the -- classification of depression. Br J Psychiatry - 1980 Sep; 137(3):256-265
2. Benkert, O. Reconocimiento del síndrome depresivo. München, Hoechst, 1981, 50p.
3. Blumer, D. et al. Biological markers for depression in chronic pain. J Nerv Ment Dis 1982 Jul; 170 (7):425-428
4. Brown, W.A. et al. The 24-hour dexamethasone suppression test in a clinical setting; relationship - to diagnosis, symptoms, and response to treatment. AM J Psychiatry 1979 Apr; 136(4B):543-547
5. Brown, W.A. et al. Dexamethasone suppression test identifies subtypes of depression which respond to different antidepressants. Lancet 1980 Apr - 26; 1(8174):928-929
6. Carroll, B.J. et al. Neuroendocrine regulation in depression; I. Limbic system-adrenocortical dysfunction. Arch Gen Psychiatry 1976 Sep; 33 (9):1039-1040
7. Carroll, B.J. et al. Neuroendocrine regulation in depression; II. Discrimination of depressed -- from nondepressed patients. Arch Gen Psychiatry 1976 Sep; 33(9):1051-1058

8. Carroll, B.J. et al. Plasma dexamethasone concentrations and cortisol suppression response in patients with endogenous depression. *J Clin Endocrinol Metab* 1980 Sep; 51(3):433-437
9. Carroll, B.J. et al. Neuroendocrine disturbances and the diagnosis and etiology of endogenous depression. *Lancet* 1980 Feb; 1(8163):321-322
10. Carroll, B.J. et al. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia. *Arch Gen Psychiatry* 1981 Jan; 38(1):15-22
11. Carroll, B.J. et al. The dexamethasone suppression test for melancholia. *Br J Psychiatry* 1982 Mar; 140:292-304
12. Clark, D.C. et al. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1983 Dec; 171(12):705-713
13. Craig, J. et al. Evaluation of the DSM-III criteria for melancholia. *Arch Gen Psychiatry* 1981 May; 38(5):555-559
14. Dubovsky, S.L. y M.P. Weissberg. *Psiquiatria para el médico general*. México, Interamericana, 1981. 249p. (pp.22-55)
15. Goldberg, I.K. Dexamethasone suppression test as indicator of safety with withdrawal of antidepressant therapy. *Lancet* 1980 Feb 16; 1(8164):376
16. Gold, J.S. et al. Dexamethasone suppression test in depression and response to treatment. *Lancet* May 31; 1(8179):1190
17. Herrero, L. et al. *Trastornos depresivos en la práctica diaria*. Barcelona, Hoechst, 1983. 139p.
18. Holsboer, F. et al. Diagnostic value of dexamethasone suppression test in depression. *Lancet* 1980 Sep 27; 2(8196):706
19. Holsboer, F. et al. Dexamethasone suppression of 11-deosycorticosterone, corticosterone and cortisol in depressed female patients and normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 1982 Jul; 66(1):18-25
20. Kolb, L.S. *Psiquiatria clínica moderna*. 6.ed. México, La Prensa Médica, 1983. 1016p. (pp.484-584)
21. Mattes, J. DSM-III criteria for major depressive episode. *Arch Gen Psychiatry* 1981 Sep; 38(9):1068
22. Mendlewicz, J. et al. The dexamethasone suppression test in affective disorder; relationship to clinical and genetic subgroup. *Br J Psychiatry* 1982 Nov; 141:464-470
23. Murphy, G.E. et al. Dexamethasone suppression test and diagnosis of melancholia. *Arch Gen Psychiatry* 1981 Sep; 38(9):1067-1068
24. Robert, M.A. et al. Epidemiology of affective disorder

- ders. Arch Gen Psychiatry 1982 Jan; 39(1):35-46
25. Rothschild, A.J. et al. The dexamethasone suppression test as a discriminator among subtypes of psychotic patients. Br J Psychiatry 1982 Nov; 141:471-474
 26. Sachar, E.J. et al. Disrupted 24-hour patterns of cortisol secretion in psychotic depression. Arch Gen Psychiatry 1973 Jan; 28(1):19-24
 27. Skodol, A.E. et al. DSM-III: rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9. Acta Psychiat Scand 1982 Oct; 66(4):271-281
 28. Sternbach, H. et al. Dexamethasone suppression test and subtypes of depression. Arch Gen Psychiatry 1981 Mar; 38(3):363
 29. Weissman, M.M. et al. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch Gen Psychiatry - 1977 Jan; 34(1):98-111

20 Bo
Esquivelas

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

ANEXOS

ESCALA DE LA DEPRESION DE HAMILTON PARA LA VALORACION DE LAS DEPRESIONES

En la escala de Hamilton representada aquí, el médico hace una valoración en una escala descendente, empleando 17 Síntomas Depresivos típicos durante la exploración con objeto de enjuiciar la Depresión en forma objetiva. Adicionalmente se emplean otros 4 criterios relevantes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial para la valoración de la sintomatología psicopatológica. Las valoraciones individuales de los 17 Síntomas Depresivos Psíquicos son sumadas y se resumen en un "Score" (valor Total). Una puntuación superior a 10 indica la presencia de un síndrome Depresivo.

1. Trastorno Depresivo:

(sentimiento de Tristeza, Desesperanza, sentimiento de falta de ayuda, Desvalorización).

0 = No existe.

1 = Sólo exteriorizado al preguntar.

2 = Exteriorizado espontáneamente.

3 = Reconocible por el comportamiento (expresión facial, voz, postura corporal, lágrimas).

4 = Se saca en conclusión por algunas exteriorizaciones y manera de comportarse del paciente.

2. Sentimientos de Culpa:

0 = No existe.

1 = Autorecriminaciones, creencias de haber defraudado a algunas personas.

- 2 = Sentimientos de Culpa o cavilaciones sobre faltas anteriores.
- 3 = La enfermedad se percibe como castigo (delirio de culpabilidad).
- 4 = Alucinaciones acústicas u ópticas que se perciben como acusación o amenaza.

3. Suicidio:

- 0 = Ningún dato para pensar en él.
- 1 = Hastío.
- 2 = Deseos de morir, pensamientos sobre la propia muerte.
- 3 = Ideas suicidas, o comportamiento correspondiente.
- 4 = Intentos de suicidio.

4. Trastornos del Sueño (para conciliar el sueño):

- 0 = Ninguno.
- 1 = Trastornos ocasionales (de más de media hora).
- 2 = Trastornos constantes.

5. Trastornos del Sueño:

(trastornos en relación a mantener el sueño tranquilo sin despertar)

- 0 = Ninguno.
- 1 = El paciente se queja de sueño interrumpido e inquieto.
- 2 = Despertar nocturno, vgr; levantarse por la noche (en el caso de que no sea para micción).

6. Trastornos del sueño por la mañana:

- 0 = Ninguno.
- 1 = Despertar muy temprano con capacidad para volver a dormir.
- 2 = Despertar muy prematuramente sin poder volver a conciliar el sueño.

7. Trabajo y Ocupación:

- 0 = Sin ninguna influencia.
- 1 = Se siente incapaz, cansado o decaído en el trabajo, en el hobby o en otra actividad.
- 2 = Deficiente interés en actividades (trabajo o hobby), requiere esfuerzo grande para concentrarse, lo exterioriza el mismo paciente o permite reconocerlo de esta manera.
- 3 = Emplea poco tiempo para el trabajo o la actividad o ejecuta un trabajo improductivo. En el tratamiento estacionario cuando sólo desarrolla menos de tres horas de ocupación por propia iniciativa.
- 4 = No ha trabajado más a causa de la enfermedad. En tratamiento hospitalario: cuando no hay ocupación espontánea.

8. Inhibición del Lenguaje y Pensamiento lento, dificultad para concentrarse, actividad motora reducida:

- 0 = Lenguaje y pensamiento normales.
- 1 = Lentitud moderada durante la exploración.
- 2 = Exploración difícil.
- 4 = Estupor.

9. Excitabilidad:

0 = Ninguna.

1 = Inquietud de las manos o extremidades.

2 = Movimiento circular de las manos y acción de mesarse los cabellos, de morderse las uñas y los labios, etc., etc.

10. Ansiedad:

(síntomas psíquicos)

0 = Ninguna.

1 = Tensión interna, irritabilidad

2 = Se preocupa de pequeñeces.

3 = Expresión temerosa con tensión en la cara y al hablar se exterioriza espontáneamente el temor o la angustia.

4 = Estupor.

11. Ansiedad (síntomas orgánicos), manifestaciones somáticas de la angustia. Gastrointestinales: sequedad de boca, meteorismo, trastornos de la digestión, diarrea, cólicos, etc.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas.

0 = Ninguno.

1 = Escasos.

2 = Regulares.

3 = Marcados.

4 = Extremos.

12. Síntomas somáticos (gastrointestinales):

0 = Ninguno.

1 = Falta de apetito, come pero sin atractivo por la comida. Sensaciones gástricas.

2 = Tiene que ser estimulado para comer: Requiere laxantes y otros medicamentos gastrointestinales.

13. Síntomas Somáticos en general:

0 = Ninguno.

1 = Sensación de pesadez corporal o dolores, pérdida de vitalidad, fácil cansancio, etc.

2 = Estos mismos síntomas mucho más marcados.

14. Síntomas genitales. Pérdida de la libido, trastornos de menstruación:

0 = Ninguno.

1 = Escasos.

2 = Marcados.

15. Hipocondría:

0 = No existe.

1 = Aumento de la autoobservación relacionado con el cuerpo.

2 = El paciente está lleno de temor por su salud.

3 = Numerosas quejas, exigencia de ayuda, etc.

4 = Delirio Hipocondríaco.

16. Pérdida de peso (Llenar ya sea A o B. En el caso de que existan datos exactos de B deben anotarse):

A) de La Anamnesis:

0 = No pérdida de peso.

1 = Probable pérdida de peso relacionado con la enfermedad actual.

2 = Pérdida de peso evidente (según datos del paciente)

B) Después de pesaje semanal en la clínica:

0 = No pérdida de peso o muy escasa (menos de 0.5 - Kg/semana).

1 = Más de 0.5 kg/semana.

2 = Más de 1.0 kg/semana.

3 = No valorado.

17. Impresión propia sobre la enfermedad:

0 = El paciente se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 = Admite estar enfermo pero lo atribuye a la alimentación, al clima, al exceso de trabajo, al virus, agotamiento, etc.

2 = La niega.

18. Variaciones Diurnas:

A) Mencione si los síntomas aparecen más marcados por la mañana o por la tarde: Si no existen variaciones anotar entonces el número 0:

0 = Ninguna.

1 = Más marcadas por la mañana.

2 = Más marcadas por la tarde.

B) Si existen variaciones diurnas de la enfermedad mencione el grado con que se presentan. Si no existen anotar el número 0:

0 = Ninguna.

1 = Moderada.

2 = Marcadas.

19. Despersonalización y desrealización (enajenación, sensación de irrealidad)

0 = No existe.

1 = Leve.

2 = Mediana.

3 = Severa.

4 = Extrema (el paciente es incapaz de manejarse a sí mismo).

20. Síntomas Paranoídes:

0 = Ninguno.

1 = Desconfianza.

2 = Ideas de referencia.

3 = Delirio de referencia y de persecución.

21. Síntomas Compulsivos:

0 = Ninguno.

1 = Leves.

2 = Severos.

CRITERIOS OPERATIVOS DE DIAGNOSTICO DEL MANUAL DE ESTADISTICA Y ENFERMEDADES MENTALES (DSM-III), DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA, ESPECIFICA PARA ENFERMEDAD DEPRESIVA:

1. Criterios Operativos para el diagnóstico de Depresión Mayor:

- A) Uno o más episodios de humor disfórico o falta de interés o placer por todas o casi todas las actividades usuales. El humor disfórico está caracterizado por síntomas tales como sentirse deprimido, melancólico, apagado, desesperado, hundido, decaído o irritable. El trastorno debe ser prominente y relativamente persistente, pero no necesariamente el síntoma predominante. No deben incluirse las variaciones de un humor disfórico a otro, p, ej; de ansiedad a depresión o ira, tal como se ven en los estados de agitación psicótica.
- B) Al menos cuatro de los siguientes síntomas han de estar presentes diariamente, por un período no inferior a dos semanas:
1. Pérdida de apetito o disminución significativa de peso, o aumento del apetito o aumento significativo de peso.
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Agitación psicomotriz o elentecimiento (pero no un mero sentimiento subjetivo de inquietud o decaimiento).
 4. Pérdida de interés o de placer en las actividades usuales (o disminución en la actividad - -

sexual no limitada al período en que sufran de delirios o alucinaciones).

5. Pérdida de energías, fatiga.
 6. Sentimientos de indignidad, autorreproche o sentimientos inapropiados de culpa.
 7. Quejas o evidencia objetiva de disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, tales como elentecimiento del pensamiento o indecisión (no asociadas a marcado déficit de asociaciones o incoherencia).
 8. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de muerte o intentos de autolisis.
- A) Ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro, antes o después de la aparición o remisión del trastorno afectivo:
1. Preocupaciones con humor incongruente, delirios o alucinaciones.
 2. Conductas extrañas.
- D) EL trastorno no está sobrepuesto a esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo a trastorno paranoide.
- E) EL trastorno no es debido a alteración mental orgánica o "exagerada reacción de duelo".
2. Criterios Operativos para el diagnóstico de Depresión Mayor con características Endógenas ("Depresión Endógena"), denominada "con Melancolía" en el DSM-III:

Falta de placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos habitualmente gratos, y al menos tres de los siguientes síntomas:

1. Humor Depresivo cualitativamente distinto, por ejemplo; el humor depresivo es vivenciado como distinto a la clase de sentimientos que hubiera tenido tras la muerte de un ser querido.
2. La Depresión empeora regularmente por la mañana.
3. Despertar precoz matutino (al menos dos horas antes de lo usual).
4. Retardo psicomotor importante o agitación.
5. Anorexia significativa, o pérdida de peso.
6. Sentimientos de culpa excesivos o inapropiados.

3. Criterios Operativos para el diagnóstico de Depresión "Neurótica" (o "Menor", o "Trastorno Distímico" del DSM-III):

A) Durante los últimos dos años, el sujeto ha sufrido todo o casi todo el tiempo los síntomas característicos del Síndrome Depresivo, pero éstos no han tenido suficiente severidad y duración como para ser catalogados de trastorno Depresivo Mayor.

B) Las manifestaciones depresivas pueden ser relativamente persistentes o bien estar separadas por períodos de humor normal, que variará entre pocos días a pocas semanas, pero que no excederá a pocos meses.

C) Durante los períodos depresivos, será prominente el humor deprimido (descrito como decaído, triste,

"estar bajo", hundido, etc.), 1 la falta de interés o placer en todas o casi todas las actividades habituales.

D) Durante el episodio depresivo al menos tres de los siguientes síntomas han de estar presentes:

1. Insomnio o Hipersomnia.
2. Falta de energía o decaimiento crónico.
3. Sentimientos de autodesprecio, pérdida de autoestima.
4. Disminución de la actividad y productividad en el trabajo, escuela o trabajos caseros.
5. Disminución de la atención, concentración, o facilidad para pensar con claridad.
6. Aislamiento Social.
7. Falta de interés por actividades gratas.
8. Irritabilidad o enfados excesivos.
9. Incapaz de responder plácidamente a las alabanzas o recompensas.
10. Menor actividad o menos hablador de lo habitual o sentimientos de "sentirse bajo" o inquieto.
11. Actitud pesimista respecto al futuro, rumiaciones con respecto al pasado.
12. Gritos o sollozos.
13. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

E) Ausencia de rasgos psicóticos, tales como delirios, alucinaciones, incoherencia o déficit de asociaciones.

F) Si el trastorno está sobreañadido a una alteración mental preexistente, como trastorno obsesivo-compulsivo, o dependencia alcohólica, el humor depresivo por su intensidad o repercusión puede claramente distinguirse del humor individual habitual.

CRITERIOS DE EXCLUSION DEL DST

- Embarazo.
- Terapéutica con Estrogenos.
- Enfermedad o Síndrome de Cushings.
- Diabetes Mellitus no controlada.
- Infarto de Miocardio.
- Insuficiencia Cardiaca Congestiva.
- Enfermedad Cerebral Orgánica (Huntingtons, Parkinson, etc.).
- Terapéutica con Electrochoque, en los últimos 3 días.
- Ingesta de Reserpina.
- Desnutrición Severa.
- Tratamiento con Hidantoínas, Barbitúricos, etc.
- Trauma Reciente.
- Fiebre.
- Deshidratación.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: M F

No. de Historia Clínica: _____

Diagnóstico: _____

Registro de Muestra Sanguínea: _____

Resultados de Laboratorio:

Cortisol Sérico: 1º determinación: ug/dl.

2º determinación: ug/dl.

CONFORME:

[Signature]
 Dr. Edgar F. Godoy Ordoñez
 ASESOR. *Dr. Edgar Francisco Godoy Ordoñez*
 MEDICO Y CIRUJANO
 COL No. 1577

[Signature]
 Dr. Goliat gutierrez
 ASESOR
 Dr. GOLIAT GUTIERREZ ALVAREZ
 MEDICO Y CIRUJANO
 COLEGIADO No. 8.738

SATISFECHO:

[Signature]
 Dr. Rodolfo Kerpner
 REVISOR.

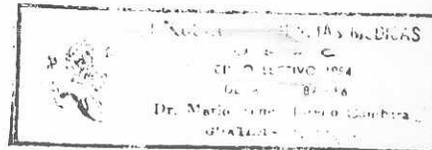
PROBADO:

[Signature]
 DIRECTOR DEL CIGS

IMPRIMASE:

[Signature]
 Dr. Mario René Moreno Cámara
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
 U S A C .

Guatemala, 18 de Septiembre de 1984.



conceptos expresados en este trabajo responsabilidad únicamente del Autor. glamento de Tesis, Artículo 23).