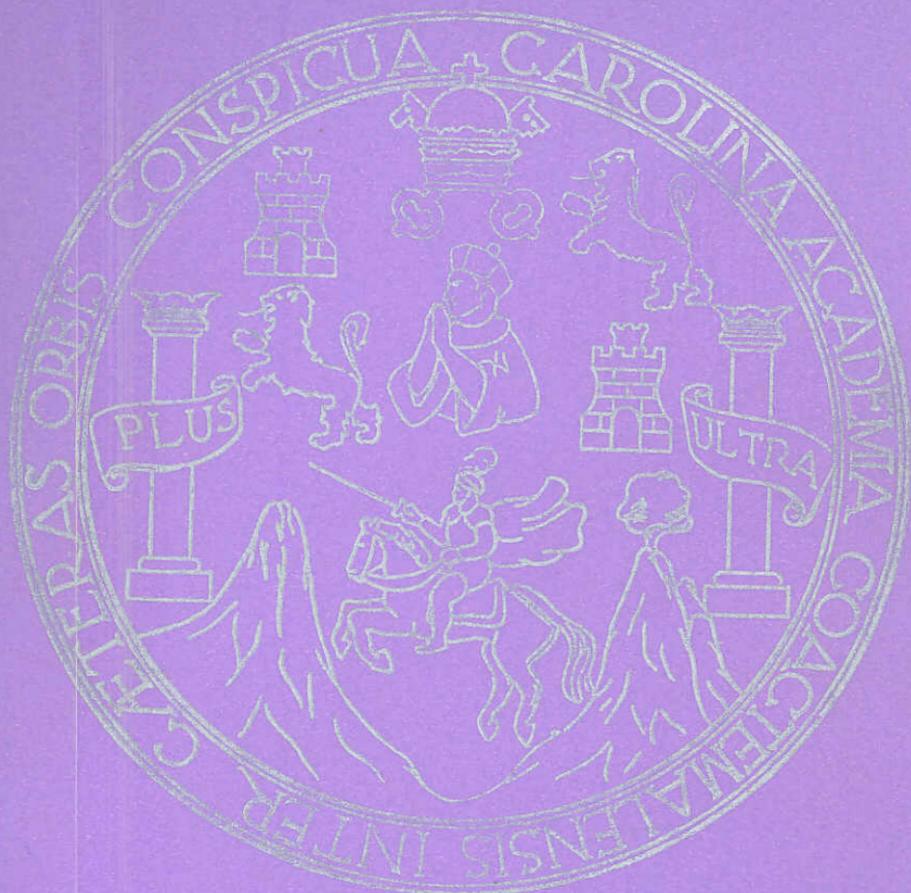


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INCIDENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN
MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE
LEUCEMIA"



ADA BEATRIZ REYES JUAREZ

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III. JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. METODOLOGIA.....	40
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	46
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	50
IX. CONCLUSIONES.....	51
X. RECOMENDACIONES.....	52
XI. RESUMEN.....	53
XII. BIBLIOGRAFIA.....	54
XIII. ANEXOS.....	55

INTRODUCCION

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades en común. En cuanto a un síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañando de un sentimiento de desamparo y un amor propio reducido.

El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, no es capaz de enfrentarse a sus problemas y siente que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, cognoscitiva, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

La depresión es un problema muy frecuente y parece indicar que va en aumento. Dentro de su etiología es difícil determinar una causa directa, ya que son muchos los factores que interactúan entre sí.

En el presente estudio se determinó la incidencia del síndrome depresivo en las madres de niños con diagnóstico de leucemia que asisten al Hospital de día de Hematología y Oncología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el departamento de Pediatría.

La investigación se realizó en 50 madres que asisten a dicho hospital, pudiéndose determinar el grado de depresión, por medio de la escala de evaluación de la depresión (escala de William G) en el cual se obtuvo que el 46% de las madres presentaron grado mínimo de depresión.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Qué es la depresión?

La depresión como fenómeno de la vida humana puede ser objeto de diversas interpretaciones.

Algunos autores la han calificado como un afecto, un sentimiento, un estado de ánimo, una reacción, una enfermedad y una psicosis. (5)

El considerar el binomio madre-niño como una unidad, los estados somáticos y psíquicos de uno y de otro pueden traslaparse teniendo influencias bidireccionales de tal manera que la enfermedad del niño afecta el estado de la madre y viceversa. (9)

Todo esto, resalta la importancia de determinar el grado de depresión en las madres de niños con leucemia.

Aunado a ello, la escala para la auto-medición de la depresión del Dr. W.W.K.Zung, destinada para medir cuantitativamente la depresión, la cual abarca alteraciones fisiológicas y psicológicas, lo que contribuyó a establecer la incidencia del Síndrome Depresivo, en las madres de niños con diagnóstico de leucemia

Según el estudio realizado por el comité Internacional para la depresión y el tratamiento de la depresión, menciona que en el síndrome depresivo se puede incluir todo tipo de alteraciones psíquicas, tales como angustia, insomnio, ansiedad, irritabilidad, pesimismo, tendencia a desvalorizarse, considerarse como culpable, en ocasiones sin capacidad para reaccionar emocionalmente ante ningún estímulo, ideas de suicidio y de muerte, etc.

La manera como se obtuvo la información fue a través de una entrevista realizada a las madres de los niños con diagnóstico de leucemia de la cual se obtuvo la interrogante de determinar el grado de depresión en dichas madres.

III. JUSTIFICACION

La actitud de la madre hacia el niño puede ser un reflejo de su propia adaptación a la vida. Una buena relación materno-infantil es vital para el bienestar general del niño. Si la madre presenta un trastorno emocional, éste afectará al cuidado del niño.

Hurlock, afirma el hecho de que una madre deprimida, no está en condiciones de cuidar a su niño y este rechazo por parte de la madre dificulta la formación de sentimientos normales de seguridad y determina la auto estima del niño y produce sentimientos de desvalidez; lo que frustra e incapacita para su propia adaptación. La depresión materna puede afectar a través de la identificación materna.

La importancia de este estudio radica en la evolución de las madres ya que como se mencionó con anterioridad una madre deprimida no está en condiciones de cuidar a un niño por lo que considero que la recuperación del niño se vería afectada.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la incidencia de Síndrome Depresivo en madres de niños con diagnóstico de Leucemia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de depresión en las madres de niños con diagnóstico de Leucemia.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

La depresión se describe como :

Tono afectivo de tristeza y/o estado mental patológico más o menos duradero que se caracteriza por fatigabilidad, pesimismo, cansancio, acompañado con frecuencia de ansiedad un poco acentuada.(5)

La depresión es una de las enfermedades más comunes a las que está sometida la humanidad. Paradojicamente, es probable que sea el síntoma que con más frecuencia pasa inavertido cuando se reconoce probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica. No sólo son múltiples y complejos los signos y síntomas de la depresión en cualquier fase del trastorno, sino que hay tantas fases y problemas diferentes como diversos grupos de edades

Es de suma importancia reconocer que el estado de ánimo puede enfermar hasta niveles de más intenso carácter patológico, entrando en la patología depresiva causa infelicidad, dolor y sufrimiento.(8,9)

Kaplan, Harold (1989) Dice que: El modelo de depresión es la restricción de aportaciones narcisistas vitales (afecto, cuidados, amor) en la fase oral. Lo patológico es la duración y dominio excesivo del organismo, por el afecto depresivo, más que su conocimiento.

Se caracteriza por una disminución de la autoestima, una sensación de importancia, la inhibición de funciones del yo en grados variables y el subjetivo de pérdida de intensidad variable o de tristeza. (5)

EPIDEMIOLOGIA

Incidencia y prevalencia

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión son de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el adulta. La incidencia se refiere al número de casos nuevos y prevalencia al número total de casos al año hallados en un determinado momento o lapso de tiempo.

El factor de riesgo es cualquier factor que aumente la probabilidad de que una persona desarrolle una trastorno determinado.

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20% para las mujeres y 10% para los hombres. Una considerable proporción de personas con depresión nunca ven al médico. Sin embargo, las cifras registradas de prevalencia e incidencia, sobre todas las basadas en ingresos de hospital, deben ser consideradas estimaciones mínimas.

Sexo

Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre mujeres que entre los hombres. La incidencia de depresión es de dos veces mayor en las mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras

Algunas explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes estres, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales.

Clase social

La depresión no tiene correlación con la clase social.

Estado civil

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre personas que carecen de relaciones íntimas con otra personas, que están solteros o divorciados.

Edad

En las depresiones las mujeres alcanzan una incidencia máxima entre los 35 y los 45 años, y los hombres, después de los 55.

Raza

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencias entre blancos y negros. Sin embargo es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos que el de blancos.

Historia familiar

Los familiares de primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo en vida del 20% para los trastornos afectivo

Recurrencia

Entre 50% y 60% de los pacientes en remisión de una depresión tienen otro ataque. Los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años.(6,9)

SINTOMAS DE LA DEPRESION

La sintomatología dependerá del tipo de depresión por la que esté atravesando la persona deprimida así por ejemplo: La depresión puede aparecer o variar desde un abatimiento ligero sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. Sin embargo se encuentran como síntomas generales de la depresión a: la disminución de la autoestima; una sensación de impotencia, la inhibición de las funciones del yo, en grados variables; el sentimiento subjetivo de tristeza o pérdida de intensidad variable; que la verdadera apariencia del individuo cambia (se ve viejo o triste, su rostro se ve arrugado, adopta una postura sin movimiento curvada, pierde la espontaneidad psicológica y motora), pierde todo interés por lo

que hacía antes de esta etapa depresiva; su voz es débil y casi siempre chillona; hay anorexia con pérdida de peso; son constantes los auto reproches y la valoración negativa de la propia persona y sus bienes, que en casos extremos llegan a alcanzar el nivel de los tres delirios característicos de la melancolía (culpa, ruina e hipocondría). Estos delirios son expresiones de los temores primordiales o ancestrales del ser humano los que se refieren a amenazas a la supervivencia, en el plano: económico, de la salud corporal y el moral; expresa sentimientos de desesperanza, pesimismo, pobreza e inutilidad; está lleno de culpa y vergüenza ; tiene pensamientos e impulsos suicidas; además aparecen algunos síntomas somáticos. Sequedad en la boca , insomnios acompañados de períodos de vigilia durante la noche y agitación en la madrugada (con sudor y sensación de angustia), estreñimiento, respiración con suspiro; dado que ha disminuido el interés por el mundo exterior, aparece una atención intensificada por el cuerpo, con hipocondría, manifiestan una profunda necesidad por llorar pero se lamentan de una incapacidad para hacerlo y por otro lado pueden aparecer períodos de sollozos incontrolables e inexplicables .(5,6,9)

Kaplan Harold (1989) Dice: No sólo son múltiples y complejos los signos y síntomas de la depresión en cualquier fase del trastorno, sino que hay tantas fases y problemas diferentes como diversos grupos de edad, por ejemplo: sus síntomas al inicio, difieren considerablemente de los que se desarrollan más adelante y de los que aparecen en penúltimo lugar, en el paciente deprimido que comete suicidio. También está el factor edad .

Las manifestaciones en los adolescentes difieren considerablemente de las que se observan en edades posteriores. (5)

Alteraciones emocionales

- a. Tristeza patológica: Denominada también humor depresivo, humor disfórico o simplemente depresión. Se caracteriza por su cualidad negativa, desagradable, displacentera , difícil de expresar y a veces difícil de percibir, por su naturaleza íntima y personal, pero no es fácilmente comprensible por ser un fenómeno universalmente presente en su aspecto normal.
- b. La ansiedad: Es otra manifestación frecuente que se experimenta como un miedo intenso sin causa aparente, como si el paciente estuviese esperando algún acontecimiento terrible, acompañado de fenómenos de inquietud, desesperación, intranquilidad, desasosiego necesidad vigente de ayuda o alivio.
- c. Irritabilidad: El sujeto reacciona proporcionada e injustificadamente ante los estímulos, de forma violenta. (2,5)

Alteraciones del pensamiento

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, preocupaciones, baja estima , pesimismo, pérdida de intereses , desesperación, desesperanza y desventura, ideas de culpa, hipocondríacas, de incapacidad, de suicidio, ruina. (2,5)

Alteraciones somáticas

Alteraciones del sueño, apetito, estreñimiento, menstruales, de peso; fatigabilidad y dolores corporales.

Alteraciones de los ritmos vitales:

Menstruales e influencias climatológicas.

Según Pancheri Paolo (1981), los síntomas de la depresión se divide en tres grupos:

SÍNTOMAS OBTENIDOS POR LA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE

- a. El aspecto general del deprimido: Es casi siempre tan característico que permite hacer un diagnóstico desde la primera mirada. El rostro es tenso, pobre en movimientos mímicos, bloqueado en una expresión de dolor y tristeza, cejas contraídas, ojos pocos movibles y lúcidos; en los casos más graves el paciente puede llorar silenciosamente.
- b. Lentitud motora: Los movimientos son lentos, ocurren con obvio esfuerzo por parte del paciente, como si cada músculo tuviera un gran peso, hay notable retraso para responder a las preguntas; las respuestas surgen con palabras asiladas o directamente con monosílabos.
- c. El tono de voz: Es generalmente bajo, con una entonación lamentosa, las palabras son pronunciadas lentamente con fatiga y habitualmente muy pocas.
- d. La relación comunicativa con el examinador: suele ser notablemente difícil, la expresión más común es pasividad e indiferencia, aunque en los casos más leves, el paciente logra encontrar suficiente energía para superar tal actitud y comunicarse con el examinador.
- e. Los contenidos del discurso del deprimido: Suelen ser incompletos y estereotipados, son una clara tendencia a polarizarse sobre determinados temas de contenido generalmente pesimista o sobre temas de culpabilidad y autoacusación.
- f. La atención y la capacidad de concentración se encuentran notablemente comprometidas:
El paciente no muestra capacidad para mantener la atención concentrada durante un tiempo sobre un tema determinado; con facilidad se distrae y recae en los mismos pensamientos angustiosos de los que puede ser distraído solamente renovando la estimulación exterior.
- g. El comportamiento del grupo está caracterizado por una notable pasividad: no participa del

todo o participa pasivamente en las actividades de grupo, prefiere estar solo, se aísla, habla poco o nada. (2,5)

SENSACIONES REFERIDAS POR EL PACIENTE

a. Los sentimientos de insuficiencia y tristeza son prácticamente constantes en todo estado depresivo. El paciente se siente incapaz de terminar, hasta, tareas relativamente sencillas en las que antes se desempeñaba de manera adecuada.

Se siente apático, vacío, débil, fatigado, ineficiente, incapaz de iniciar y hacer cualquier cosa.

b. La evaluación angustiosa del propio pasado aparece frecuentemente en las sensaciones referidas por el paciente. El paciente puede llegar a acusarse de culpas no cometidas, viviendo tal situación de manera angustiosa, al extremo de llegar a quitarse la vida sintiendo imperdonables sus presuntas culpas.

c. Pérdida de los intereses: se siente vacío, muerto internamente, sin capacidad para interesarse en algo. Las cosas y la actividad que inicialmente constitulan motivo de estímulo aparecen como insignificantes sin sentido. También aparecen déficit de habilidades, dificultades de concentración pérdida de la memoria, cansancio fácil y otras más. (2,5)

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El trastorno más constante es el insomnio, en los casos más graves es total; en otros se manifiesta como dificultad en el adormecimiento o con despertar precoz o con sueño

interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustiante y terrorífico.

No obstante hay que tener en cuenta que en ciertas formas de depresión y en un limitado número de casos, el paciente puede tener un comportamiento opuesto, durmiendo más de lo normal, incluso durante el día. Con frecuencia presentan trastornos del aparato digestivo como reducción del apetito; el síntoma más frecuente es el estreñimiento, pero en ocasiones se pueden observar diarreas, náuseas y vómitos.

Son frecuentes los trastornos de la esfera sexual; en la mujeres es frecuente la irregularidad menstrual y la frigidez; en el hombre, esta última característica se manifiesta a través del síntoma de impotencia.

En una persona deprimida es necesario e importante tomar en cuenta el RIESGO DE SUICIDIO;

La manera como se pueden manifestar los impulsos suicidas son:

1. En la primera fase, el paciente se limita a pensar que la muerte podría ser una liberación de sus sufrimientos, pero piensa en quitarse la vida espontáneamente.
2. En la segunda fase, el paciente empieza a pensar que la muerte es la mejor salida, piensa con insistencia en la posibilidad de quitarse la vida, pero es detenido por algunos pensamientos particulares como, el pensamiento de los hijos, o una fe religiosa que prohíba el suicidio.
3. En la tercera fase, ningún pensamiento y ninguna consideración detiene al paciente para que realice sus propósitos, el pensamiento de matarse se torna obsesivamente, hasta el punto de impulsarlo a actuar lúcidamente de modo que evite toda intervención externa que se lo impida.

En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado cohibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lassitud, insuficiencia falta de ánimo y desesperanza. En la depresión un poco más profunda existe una tensión desagradablemente constante; su actitud afectiva desalentada, se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de la vida; se siente rechazado y dice que ninguno lo quiere; puede llegar a preocuparse, a tal grado, por sus reflexiones depresivas, que se alteran: La atención, concentración y memoria. (2,5).

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Las depresiones tienen origen multifactorial y esto se debe a que el ser humano es considerado como una unidad biopsicosocial. De acuerdo a las aportaciones de distintos autores, al respecto, se pueden establecer varios grupos de causas, señalando con mayor frecuencia, que van desde aquellas de naturaleza biológica (genética, bioquímica y somática) hasta las de naturaleza psicológica, psico-social y ecológica. (2,3,5)

CAUSAS BIOLÓGICAS

Diversas circunstancias de carácter biológico pueden influir sobre el paciente y a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que se manifiestan a través de síntomas depresivos, ejemplo, tratamiento prolongado

con reserpina cuya acción de vaciamiento de los acúmulos de neurotransmisores actúan para producir una depresión (2,3,5)

Kaplan Harold (1989) En su libro "Compendio de psiquiatría clínica " dice: No hay que pasar por alto las causas biológicas; ya que ciertos medicamentos pueden desencadenar una depresión grave en una persona que anteriormente se conducía bien, ejemplo: la reserpina y los corticoides a altas dosis y las fenotiacinas. (5)

Dentro de estas causas también se encuentran los factores genético. Los estudios genéticos demuestran la importancia del factor hereditario en los trastornos afectivos. Investigaciones de la última década están permitiendo describir diversas formas con modos de herencia diferentes.

Por lo que para efecto de diagnóstico es de suma importancia la investigación anamnésica sobre la familia, especialmente en lo que se refiere a las formas depresivas de tipo psicótico. En la familia de pacientes afectados por psicosis maniaco-depresiva, se observa una elevada incidencia de la misma psicosis (según Kinkrlin, en el 70% a 80% de los casos) así como de otras afecciones psíquicas, suicidios.

De otras investigaciones se desprende que alrededor del 30 % de los hijos cuyos padres (ambos) son psicóticos, también presentan un cuadro psicótico.(3,5)

Kaplan Harold(1989) Dice; Hay pruebas de un factor hereditario con base biológica en la vulnerabilidad a la depresión, sobre todo en las depresiones recurrentes de la enfermedad maniacodepresiva.(5)

CAUSAS PSICOLOGICAS

Estas intervienen en el origen de cualquier depresión, ya que por lo general, se presentan en los primeros años de la vida del individuo y determinan rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser mismo, rasgos que no son heredados sino más bien aprendidos a través de la relación y la dependencia con los miembros de la familia.

Para profundizar un poco sobre dichas causas se dividirán en dos grupos : Determinantes y desencadenantes.

a. Causas determinantes

Dentro de este grupo está, la mala y/o deficiente integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desde muy temprana edad y durante el desarrollo de su personalidad, a través de las diferentes etapas en las que atraviesa, el individuo va adquiriendo y viviendo experiencias que le provocan algunas alergias, temores, tristezas, frustraciones, depresiones pasajeras, etc., las que van contribuyendo en la maduración de su yo.

Sin embargo no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas, que circunstancias especiales, han dejado durante los primeros años de vida. También es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y tensiones familiares (incluyendo las matrimoniales y sexuales).(2,3,5)

b. Causas desencadenantes

Pérdida del objeto:

Calderón Narváez, Guillermo (1984) Dice: En la depresión neurótica el elemento pérdida es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto y la auto estima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o un poder sexual declinante.

La pérdida del objeto se puede dar:

a. **Durante la infancia:** A través de la separación madre-niño, por hospitalización de alguno de los dos, por abandono de la madre al niño, por muerte de la madre.

b. **Durante la adolescencia:** Coincide con la pérdida de la protección familiar, el ya no ver a sus padres como seres poderosos infalibles le origina depresión, que regularmente se manifiesta en rebeldía y desafío hacia los demás, estos trastornos son pasajeros y permanecen sólo en esta etapa.

c. **Durante la edad adulta:** Puede ser la pérdida de una situación económica, de un ser querido, de poder, de salud (enfermedades graves como cáncer; incapacidades físicas; padecimientos que afectan la auto estima del paciente como, la impotencia sexual. Todos estos suelen desencadenar cuadros depresivo Como factores desencadenantes están: La jubilación, el agotamiento (no físico), pérdida de objeto y factores estresantes inespecíficos. (2,3,5)

CAUSAS SOCIO-CULTURALES Y AMBIENTALES

Calderón Narváez, Guillermo (1984) Dice: se puede establecer que existen causas ecológicas

que desencadenan la depresión, entre ellas están:

1. Causas ecológicas:

a. **Contaminación atmosférica,** implica la contaminación del aire: vehículos motorizados, industrias, quema de desechos sólidos al aire libre, fenómenos naturales, vemos entonces como influye el aire contaminado en el desajuste de nuestro sistema corporal.

b. Problemas de tránsito.

c. **Ruido:** Los daños psicológicos y orgánicos producidos por el ruido son: Insomnio, fatiga física e intelectual, sordera, trastornos del carácter, etc.. (2,3,5)

2. Causas sociales de la depresión:

Múltiples son los factores socio-culturales y ambientales que parecen incidir en la determinación de los cuadros depresivos. Entre ellos se señalan: La emigración social y familiar que ha creado el hombre a través del tiempo, pérdida de valores, fracaso laboral etc.

Sturgeon, W. (1988) Dice: Aunque la depresión es una enfermedad química, casi siempre está causada por una serie de acontecimientos y tensiones. Asimismo los hábitos mentales son los que hacen a uno propenso a la depresión, o crean barreras que nos impiden hacer lo que queremos en la vida.

En resumen se puede determinar cómo varios autores coinciden en las causas comunes que pueden provocar un estado depresivo. (2,3,5)

SINTOMATOLOGÍA

1. Periodo de comienzo:

El comienzo se hace frecuentemente en forma insidiosa. Los enfermos empiezan a quejarse

de variados trastornos localizados en diferentes órganos o aparatos de la economía, de molestias indefinidas que no pueden explicar exactamente y que obedecen a perturbaciones de la cenestesia general. Como consecuencia aparece un estado de inquietud, de malestar general, preocupación, insomnio, cefalea y tristeza hasta llegar al período de estado.

2. Período de estado:

Cuando los síntomas de comienzo se acentúan y el enfermo cae en un estado de profunda tristeza de la que le resulta imposible recuperarse, se inicia el período de estado.

La *inspección* del deprimido revela un aspecto característico. La expresión del rostro es de profunda tristeza y apatía, profundas arrugas horizontales surcan la frente, cruzadas por las arrugas verticales del entrecejo fruncido que configura una "M", signo denominado *omega melancólico*. El llanto es frecuente; generalmente basta la más leve insinuación para que el enfermo rompa a llorar lleno de amargura. Casi siempre en actitud inmóvil, sentado, con la cabeza inclinada, con la vista pérdida en la lejanía o clavada en el suelo, se queja y suspira. En algunas formas agitadas, el enfermo se inquieta, se angustia y se agita, llora, grita, camina de un lado a otro, como una necesidad de accionar para descargar la gran tensión psíquica a que da lugar su exaltación afectiva.

El *interrogatorio* demuestra que nos hallamos en presencia de enfermos lúcidos; la orientación en el tiempo puede ser, a veces defectuosa, error que obedece a la intensa vida interior que hacen y a que, por lo tanto, la vida exterior transcurre para ellos un tanto inadvertida.

La *atención* impresiona a primera vista como muy disminuida; sin embargo no es así realmente, sólo lo está en apariencia y dependiente de la gran introversión de los melancólicos cuya intensa preocupación por sus problemas íntimos lo sumen en profunda pena.

La *ideación* es cuantitativamente normal, el capital ideativo no sufre modificación. Sin embargo, debido a la bradipsiquia, el flujo de las ideas es lento y por otra parte, la concentración del enfermo impide su actividad ideativa normal.

El *pensamiento* es de curso lento. Es frecuente el contenido delirante; el delirio es siempre secundario al cuadro depresivo, o sea, que se trata de un síntoma más. El enfermo tratando de hallar una explicación para su cenestesia; reúne todos los pormenores del comienzo de la enfermedad, considera todas las perturbaciones cenestésicas referidas a diferentes órganos, con lo que realiza una serie de interpretaciones que den lugar al *delirio hipocondríaco de los melancólicos*.

Debemos considerar también una forma especial de delirio que se observa en algunos casos crónicos de los deprimidos. Se origina con la aparición de ideas y sentimientos de negación y de no existencia dando lugar a lo que se ha denominado: *delirio de Cotard, es el delirio nihilista o de negación*. El enfermo llega a negar la existencia del mundo y de todo lo que en él existe; a veces niega sus órganos y hasta su propia vida, afirmando que está muerto.

En algunos casos el paciente, experimenta un vivo sentimiento doloroso que lo conduce a la ansiedad al comprobar que ya no siente placer al estar junto a las personas queridas; y manifiesta "no poder sentir lo mismo que antes". Es lo que se llama; *atimia dolorosa*.

La actividad motriz está disminuida; la inmovilidad y la actitud de cavilación y ensimismamiento son características.

El lenguaje oral, cuando se logra hacer hablar al enfermo, es correcto, pero lo hace con gran esfuerzo, en voz baja, lenta y monótona y sin ningún interés por continuar la conversación iniciada.

En el lenguaje escrito se perfilan los mismos caracteres que denotan el estado de depresión; la escritura es de letra muy fina, lo que indica falta de presión y los rasgos están algo deformados.

Todo revela en el deprimido un apagamiento del impulso vital, la anulación del instinto de conservación y la impulsión suicida. Esto es lo que Freud llamó: *instinto de la muerte*.

Los deprimidos presentan numerosas manifestaciones somáticas: llegar en algunas ocasiones, a cometer homicidio en personas de su familia, con el deseo de evitarle los sufrimientos que les causan y todos los peligros a que los exponen con sus supuestas enfermedades. Esto se conoce en Psiquiatría con la denominación de *homicidio altruista*, como lo llamo Regis. (5,9)

FORMAS CLÍNICAS

De acuerdo con el grado de intensidad de las manifestaciones depresivas y de los síntomas que se agregan, podemos distinguir las siguientes formas clínicas:

1. MELANCOLIA SIMPLE:

Corresponde al cuadro general que hemos expuesto es nuestra descripción.

2. MELANCOLIA DELIRANTE:

Variedad de la anterior, cuando se agregan concepciones delirantes hipocondríacas de ruina u otras. En algunas formas crónicas llega a observarse el delirio de negación, al que se agregan

ideas de transformación, de enormidad, de inmortalidad, con lo que toma cuerpo la idea de máximo sufrimiento eterno. (Síndrome de Cotard).

3. MELANCOLIA ANSIOSA:

La ansiedad interviene siempre como componente de los estados melancólicos; tiene origen el desasosiego constante y en la incertidumbre que provoca las perturbaciones cenestésicas. Por esa razón, se reserva la denominación de melancolía ansiosa para la ansiedad que se presenta en forma de crisis paroxísticas. El enfermo muy intranquilo, en constante movimiento, llora, gime o grita, su rostro refleja angustia o desesperación, y puede manifestar transitoriamente durante estos paroxismos cierta incoherencia y desorientación como consecuencia de la gran exaltación afectiva.

4. MELANCOLIA ESTUPOROSA:

Por lo general el estado de estupor melancólico aparece después de un período más o menos largo de evolución de la melancolía simple o delirante, o a continuación de varias crisis de ansiedad.

El estado estuporoso se caracteriza por una inmovilidad; el enfermo completamente inmóvil en una posición determinada, no habla ni efectúa ningún gesto, ni reacciona ante varias estimulaciones. No se alimenta, siendo necesario recurrir a la alimentación por sonda. (5,9)

DIAGNOSTICO

Diferenciamos la depresión por un lado, de la tristeza normal y los otros de trastornos

psiquiátricos como la neurosis, la esquizofrenia y los síndromes cerebrales orgánicos así como de las depresiones sintomáticas cuyas fuentes son puramente físicas.

Criterios para diagnóstico DMS IV de una depresión mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas puede ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej., llanto) *Nota:* en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. *Nota:* en los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea

una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.(7)

Definición ICD 10

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve:

.00 Sin síndrome somático.

.01 Con síndrome somático.

F32.1 Episodio depresivo moderado:

.10 Sin síndrome somático.

.11 Con síndrome somático.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodios depresivos sin especificación.
- F33 **Trastorno depresivo recurrente**
- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
 - .00 Sin síndrome somático.
 - .01 Con síndrome somático.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:
 - .10 Sin síndrome somático.
 - .11 Con síndrome somático.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntoma psicótico.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntoma psicótico.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivo recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivos recurrentes sin especificación.

Tratamiento

A fines de la década del cincuenta (1957) se tiene la primera noticia del ensayo exitoso en el tratamiento de cuadros depresivos, obtenido por Kline y cols. con un fármaco inhibidor de la enzima monoaminooxidasa; Iproniacida, un derivado del antituberculoso Isoniacida. Su eficiencia llegó incluso a casos hasta ese momento resistentes a los tratamientos convencionales. Es a partir de esta época y junto a la incorporación del antidepresivo Imipramina, cuando surge

la gran subdivisión dentro de los medicamentos antidepresivos disponibles en : Inhibidores de la MAO e inhibidores de la recaptación de Mono e Indolaminas.

Con el desarrollo de nuevos compuestos IMAO, surge una subclasificación bioquímica de los mismos: Hidrazínicos y no Hidrazínicos. Teniendo en común todos ellos su unión no selectiva e irreversible a la enzima, a ello se le asociaron ciertas reacciones adversas inadecuadas y de difícil control; hepatotoxicidad, hipotensión ortostática severa y súbita crisis hipertensivas, debido a la ingestión de alimentos ricos en tiramina. Las graves consecuencias que aquello potencialmente producía, motivó que con el tiempo fuera disminuyendo su empleo, transformándose en el grupo de antidepresivos más olvidado y subempleado a pesar de haberse demostrado ampliamente su efectividad en la mayoría de los cuadros depresivos y en una gran variedad de trastornos clínicos y psiquiátricos.

Como características generales, esta primera generación de IMAO tiene su unión al centro activo de la enzima, esto implica irreversibilidad y permanencia prolongada, aproximadamente 10 días, dependiendo de la velocidad de resistencia de la enzima.

Su eficiencia se debería al aumento en la transmisión sináptica, evitando la deaminación de monoaminas biógenas por la MAO, la cual tendría capacidad de acción sobre más de 15 monoaminas formadas en el organismo, varias de las cuales poseen funciones importantes como neuromoduladores, neurotransmisores y hormonas.

En 1968 con los estudios de J.P. Johnston, surge una nueva concepción en relación a los compuestos IMAO, debido al descubrimiento de dos formas moleculares isoenzimas a las que denominó A y B. Posteriores investigaciones demostraron que en concentraciones fisiológicas, algunas monoaminas son substratos solamente para la MAO A: Serotonina (5HT), Noradrenalina

(NA), Adrenalina (A), mientras que otras lo son únicamente para la MAO: B Feniletilamina (FEA), Triptamina y Bencilamina, y algunas monoaminas son sustrato de ambas: Dopamina (DA) y Tiramina.

Hasta este momento se consideró que los neurotransmisores con un papel fundamental en la depresión eran: 5HT, NA y DA; por lo tanto, los efectos antidepresivos de los IMAO dependerían en gran parte o exclusivamente de la inhibición sobre la MAO A. Esto condujo al desarrollo de una nueva generación de IMAOS que por su selectividad y pronta reversibilidad, proporcionan un tratamiento efectivo y de mejor tolerancia.

Fue así como surgió un grupo variado de IMAOS A. Toloxatona, Minaprina, Blofaromina, Cimoxatona, Harmalina y Moclobemida. Hoy en día está totalmente demostrada su eficiencia antidepresiva en estudios comparados con tricíclicos convencionales, exhibiendo resultados comparativamente similares o equivalentes. Los mejor documentados son para Moclobemida, Blofaromina y Toloxatona.

En el otro extremo se encuentran los IMAO B, cuyo ejemplo más representativo es el L-Deprenyl, utilizado ampliamente en la terapia coadyuvante de la enfermedad de Parkinson.

Características generales del L-Deprenyl

Es una fenilalanilamina, similar en cuanto a su estructura a la amfetamina, inhibe en forma poderosa e irreversible a la MAO B, formando un producto que se combina con el centro activo de la enzima. Es metabolizado rápidamente por la misma MAO B, no detectándose compuestos en la orina, ya que se convierte casi totalmente en una mezcla de Metanfetamina (80%) y

Amfetamina 20%, su acción farmacológica se presenta al cabo de 40 a 80 minutos y se mantiene de uno a tres.

Ya en 1978 P. Riederer y colaboradores, demostraron en estudios in vitro, comparándolo con Tranilcipromina, Clorginina y Harmalina, que era por mucho, el inhibidor más potente de la MAO cerebral humana, confirmándolo en estudios post-mortem de distintas áreas cerebrales.

Junto con ello, se advirtieron diferencias de comportamiento a corto y largo plazo, ambos ratificaron una inhibición suficiente de la MAO B y parcial (40-50%) de la MAO A en el corto plazo, pero esta acción sobre la MAO A aumentaba con el uso prolongado (65%). (10,11)

Antidepresivos: Inhibidores de la recaptación de monoaminas. Con propiedades principalmente elevadoras del ánimo (con poca o ninguna sedación)

b. Con propiedades ansiolíticas y sedantes

Nombre Genérico	Dosis diaria
Amitriptilina	30-200 mg
Amoxapina	150-300mg hasta 300 mg
Butriptilina	75-150 mg
Dosulepina	75-225 mg
Doxepina	15-150mg hasta 300 mg
Mianserina	20-100 mg
Opipramol	50-300 mg
Trazodona	75-300 mg
Trimipramina	30-300 mg

c. Con propiedades energizantes

Nombre Genérico	Dosis diaria
Desipramina	25-200 mg
Nortriptilina	30-225 mg
Protriptilina	15-60 mg

Inhibidores de la Monoaminoxidasa

Nombre Genérico	Dosis diaria
Iproniazida	Dosi inicial 50--150mg dosis de mantenimiento 25-50 mg
Isocarboxazida	Dosis inicial 30 mg dosis de mantenimiento 10-20 mg
Fenelzina	Dosis inicial 45-60mg dosis de mantenimiento 15 mg
Nialamida	75-300 mg
Tranilcipromina	10-30 mg

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina

Es un inhibidor altamente selectivo de la recaptación de serotonina en la membrana neuronal presináptica y parece tener poco o ningún efecto sobre la recaptación de la norepinefrina o dopamina, y no exhibe actividad anticolinérgica, antihistaminica ni de bloque alfa adrenérgico clínicamente importante a dosis terapéuticas. Como consecuencia, los pacientes tratados con fluoxetina presentan una baja incidencia de efectos adversos anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa, retención urinaria, constipación, confusión), de bloque alfa 1 adrenérgico (hipotensión ortostática) y de bloqueo de receptores de H1 y H2 (sedación).

USOS:

- Depresión mayor en pacientes refractarios a los antidepresivos tricíclicos o en los que no pueden prescribirse tricíclicos por sus efectos secundarios anticolinérgicos y/o cardiovasculares.
- Desórdenes obsesivos compulsivos: la fluoxetina ha sido efectiva en un número limitado de pacientes con desorden compulsivo en los que la respuesta a la Fluoxetina se hace evidente dentro del mes de iniciado el tratamiento, observándose la respuesta máxima después de varios meses de tratamiento.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos más comunes: ansiedad, nerviosismo, insomnio, sedación, fatiga o astenia, temblor, mareos, anorexia, náusea, diarrea, sudoración, dolor de cabeza.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

Usarla con precaución en la disfunción hepática, disfunción renal severa, historia reciente de infarto del miocardio, historia de convulsiones, diabetes mellitus (puede alterar la glucosa sanguínea), embarazo, lactancia, hipersensibilidad al medicamento, pacientes en tratamiento o en tratamiento reciente con IMAO.

DOSIS:

Para el manejo de la depresión mayor se recomienda una dosis inicial y de mantenimiento de fluoxetina de 20mg. diarios. El efecto óptimo antidepresivo requiere al menos de 4 semanas de tratamiento puede considerarse un incremento de dosis si después de ese tiempo no hay mejoría aparente con 20mg diarios. La dosis máxima es de 80 mg. diarios.(4).

La Psicoterapia

Dentro de los recursos psicológicos que están al alcance del médico las actitudes de apoyo: fundamentalmente los secundarios a la ansiedad concomitante escuchar, clarificar y aconsejar.

En la medida que se capacita para ello, el médico puede utilizar técnicas de modificación de todas ellas son poco utilizadas en el tratamiento de la depresiones, se exceptuamos el beneficio que pueda aportar la relajación sobre los síntomas somáticos. (9)

INSTRUMENTO

La escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) del Dr. W.W.K. Zung, destinada para medir cuantitativamente la depresión. Se publicó por primera vez en 1965.

Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba. Los estudios estadísticos indican que las mediciones obtenidas de esta manera y/o pueden correlacionarse y/o relacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo, que están en uso actualmente.

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación sobre la depresión, en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la depresión o severidad del trastorno con otros parámetros, con la facilidad para despertar del sueño, y los cambios que se logran con el tratamiento.

Zung y Durham se dieron cuenta que las escalas, hasta entonces, para medir la depresión eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores, y por otra parte, no eran auto-aplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por lo tanto Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

- a. que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
- b. que incluyera, por lo tanto, los síntomas más representativos de la depresión.
- c. que fuera breve y sencillo.
- d. de aplicación más cuantitativa.
- e. que pudiera ser auto-aplicada por el enfermo, con el fin de recobrar respuesta directa.

Con tal finalidad el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Grinker, Overall y Freudaman, Zung y Durham concluyeron que los síntomas deberían abarcar; alteraciones fisiológicas y psicológicas. Después de un estudio cuidadoso consideraron que incluirían:

- a. deprimido triste
- b. accesos de llanto

Equivalentes fisiológicos:

- a. alteración de lo hábitos:
 1. variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana, alivio parcial durante el día.
 2. despertar del sueño temprano y frecuente.
 3. pérdida del apetito.
 4. pérdida de peso.
 5. disminución de la libido.
- b. otras alteraciones:
 1. constipación.
 2. taquicardia.
 3. fatiga.

Equivalentes psicológicos:

- a. actividades psicomotoras:
 1. agitación.

2. lentificación.

b. Ideacionales:

1. confusión.

2. sensación de vacío.

3. desesperanza.

4. indecisión.

5. irritabilidad.

6. insatisfacción.

7. devaluación personal.

8. ideación suicida.

Una vez definidas las áreas por investigar se elaboraron 20 reactivos que se referían a la misma, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio; los ítems seleccionados y la correlación de los síntomas por investigar se describen en el cuadro 1. Como puede apreciarse, los enunciados de la escala están redactados en lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincida con las áreas correspondientes. En los planteamientos negativos, las palabras que están en letra mayúscula destacan el elemento que no corresponda a la realidad clínica del paciente.

Para la cuantificación del síntoma se plantearon 4 categorías en la presentación del mismo (vease cuadro 2). Correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo, y continuamente, calificando con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según, si esta formulado en sentido negativo o positivo.

USO Y CALIFICACION DE LA ESCALA EAMD

Para la aplicación de la prueba, se le da al paciente, la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable en su caso en el momento de hacer la prueba.

Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala determinada se ubica bajo la cubierta transparente para hacer la calificación, y describe en el margen el valor indicado para cada declaración, luego se suma. Esta calificación básica se convierte entonces en un índice basado en 100 (cuadro 3). La escala está planteada de tal manera que en un índice bajo indica poca depresión, y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Si bien algunos pacientes no proporcionan voluntariamente mucha información, la mayor parte prestará su cooperación si se pide que marque la escala con la explicación de que esto ayudará al médico a saber más de ello. Las declaraciones de la escala están redactadas en un lenguaje común y de uso diario del paciente. A algún paciente se le ocurrirá preguntar como contestar el tema número 5 (si el paciente está a dieta y en consecuencia no come igual que antes, en este caso ha incorporado ciertas medidas de protección, a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir algunas tendencias en sus respuestas porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. Por ejemplo: el primer tema "Me siento mejor", es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor en las mañanas. Los temas redactados negativamente se identifican mediante los asteriscos de la cubierta transparente y las palabras claves de las declaraciones negativas aparecen con letra mayúscula en el cuadro # 1.

Se ha omitido una posible columna, cuyo encabezado sería NUNCA, que algunas veces podría ser apropiada, para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativas medibles.

Además se usan número par de columnas, para impedir la posibilidad de que el paciente marque un columna central a fin de dar una apariencia de promedio.

La interpretación de resultados es la siguiente:

- Menos de 50 puntos..... Normal
- de 50 a 59 puntos..... Depresión mínima
- de 60 a 69 puntos..... Depresión moderada
- más de 70 puntos..... Depresión severa

La escala de Zung, pese a que tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio, es sencilla y de fácil aplicación, por lo que, además de ser útil en algunos programas de investigación, podría ser un buen auxiliar, en la clínica para diagnosticar la depresión, especialmente cuando ésta se presenta en forma enmascarada.

CUADRO No. 1

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA EAMD	No. TEMA
1. Afectivos persistentes: Deprimido, triste, melancólico . Accesos de llanto	Me siento abatido y melancólico. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	(1) (3)
2. Equivalentes fisiológicos: Variación diurna: Exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día. Sueño: Despertar temprano o frecuentemente Apetito: Disminución de la ingestión de alimentos. Pérdida de peso, asociada con la ingestión disminuida de alimentos, o metabolismo y reposo disminuido. Sexuales: Líbido disminuida Gastrointestinales: Constipación Cardiovasculares: Taquicardia Musculoesqueléticas: Fatiga	En la mañana me siento MEJOR. Me cuesta trabajo dormirme en la noche. COMO IGUAL que antes solía hacerlo. Noto que estoy perdiendo peso. TODAVIA disfruto las relaciones sexuales. Tengo molestias de constipación. El corazón me late más deprisa que de costumbre. Me canso sin hacer nada.	(2) (4) (5) (7) (6) (8) (9) (10)

Cuadro No.2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ EDAD _____
 ENFERMEDAD DEL NIÑO _____
 EDAD DEL NIÑO _____ No. HIJOS _____ RELIGION _____
 ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
 OCUPACION _____ PROCEDENCIA _____

A) Conoce la enfermedad del niño: SI _____ NO _____
 B) Conoce su pronóstico: SI _____ NO _____
 C) Tiempo que lleva de tratamiento _____
 D) Desea contestar el cuestionario SI _____ NO _____

Equivalentes Psicológicos:		
Agitación motora	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(13)
Retardo psicomotor	Me resulta FACIL hacer las cosas que acostumbro.	(12)
Confusión	Tengo la mente TAN CLARA COMO ANTES	(11)
Vacuidad	Mi vida tiene bastante INTERES	(18)
Desesperanza	Tengo ESPERANZA en el futuro	(14)
Indecisión	Me resulta FACIL tomar decisiones	(16)
Irritabilidad	Estoy más irritable que lo usual.	(15)
Insatisfacción	TODAVIA DISFRUTO con las mismas cosas.	(20)
Devaluación personal	Siento que soy UTIL Y NECESARIO	(17)
Rumiación suicida	Creo que les haría yn favor a los demás muriéndome.	(19)

Nada muy poco A veces Mayor parte Conti

1. Me siento decaída y triste. _____
2. Por la mañana es cuando mejor me siento _____
3. Me siento con ganas de llorar _____
4. Tengo problemas durante la noche para dormir _____
5. Estoy comiendo como siempre _____
6. Me gusta hablar, ver o estar con un hombre creativo _____
7. Noto que estoy perdiendo peso _____
8. Tengo problemas de estreñimiento _____
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre _____
10. Me canso sin razón _____
11. Mi mente esta tan clara como siempre _____
12. Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrada _____
13. Estoy intranquila y no me puedo quedar quieta _____
14. Siento esperanza en el futuro _____
15. Estoy más irritable que de costumbre _____
16. Encuentro fácil hacer decisiones _____
17. Siento que soy útil y necesaria _____
18. Mi vida está llena de cosas buenas _____
19. Siento que otro estarían mejor si yo me muriera _____
20. Aún gozo de las cosas como solía hacerlo _____

1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1

CUADRO No. 3

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE EAMD

Calificación básica	Indice EAMD	Calificación básica	Indice EAMD	Calificación básica	Indice EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	93
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Variable	Conceptual	Def. Operacional	Escala de medición	Unidad de medida
Procedencia	Lugar o sitio de origen de la persona entrevistada	Ficha clínica Interrogatorio	Nominal	Urbana Rural
Número de hijos	Individuos que componen el núcleo familiar	Ficha clínica Interrogatorio	Nominal	Número
Leucemia	Neoplasia maligna de los órganos hematopoyetic que se caracteriza por una sustitución difusa de la médula ósea precursores de los leucocitos, número y forma anormal de leucocitos en la circulación general	Ficha clínica Interrogatorio	Nominal	Frote periférico Médula ósea
Edad del niño	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el día del estudio	Ficha clínica Interrogatorio	Nominal	Años
Conocimiento de la enfermedad del niño	Nivel cognoscitivo en cuanto afirmativo o negativo, sobre el proceso morbido que afecta al hijo de la madre entrevistada	Interrogatorio	Nominal	Si No

Conocimiento del pronóstico del niño.	Nivel cognoscitivo en cuanto afirmativo o negativo, sobre el pronóstico que afecta a hijo de la madre entrevistada	Interrogatorio	Nominal	Si No
Tiempo de tratamiento del niño	Tiempo total del tratamiento intra o extra hospitalario del hijo de la madre entrevistada, desde el momento de su diagnóstico hasta la fecha actual.	Interrogatorio	Nominal	Mayor de 2 meses

EJECUCION DE LA INFORMACION

- Se entrevistaron a las madres cuyos niños tenían diagnóstico de leucemia, en el Hospital de día de Hematología y Oncología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9.
- Se revisaron las encuestas tabulandolas y analizándolas para su efecto.
- Los datos fueron recopilados personalmente por el investigador, además se tabularon los datos y se analizaron estadísticamente para luego poder ser presentados.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. Se tomaron 50 madres que cumplían con los criterios de inclusión, se tabularon las encuestas.
2. La población la constituyó las madres de niños que tenían diagnóstico de Leucemia encontradas en Hospital de día de Hematología y Oncología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9 en el departamento de pediatría.
3. La encuesta fue tabulada y analizada para su efecto.
4. Todos los datos se recabaron por el investigador y se anotaron en al boleta.

PLAN DE ANALISIS

1. Presentación de resultados en cuadros con frecuencia y porcentaje, por ser un estudio de tipo descriptivo.
2. Se interpretó cada cuadro.
3. Se compararon los resultados con los reportados en la literatura.
4. Se formularon conclusiones y recomendaciones.

TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION

Para el presente estudio el tratamiento estadístico fué descriptivo, ya que consistió posterior a la tabulación de los datos, realizar cuadros en donde se tiene la frecuencia y los porcentajes.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION SEGUN EDAD DE MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO
LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9 .
1998

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-23	2	4%
24-27	7	14%
28-31	17	34%
32-35	12	24%
36-39	8	16%
40 y más	2	4%
NO CONTESTARON	2	4%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO No.2

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL DE MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO
DE LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9
1998.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	7	14%
UNIDA	6	12%
CASADA	37	74%
VIUDA	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA DE MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9 1998

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
JALAPA	3	6%
CIUDAD CAPITAL	23	46%
CHIQUIMULA	1	2 %
MAZATENANGO	3	6%
JUTIAPA	3	6%
CHIMALTENANGO	2	4%
NO CONTESTARON	15	30%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION SEGUN EL CONOCIMIENTO QUE TIENE LA MADRE DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9. 1998

CONOCE ENF. DEL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	46	92%
NO	4	8%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.5

DISTRIBUCION SEGUN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO QUE LLEVA LA MADRE CON EL NIÑO DE DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9 . 1998

TIEMPO DE TX.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2-6 MESES	17	34%
7-11 MESES	10	20%
12-16 MESES	14	28%
17 o MAS	9	18%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGUN EL GRADO DE DEPRESION DE LAS MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL ZONA 9. 1998

GRADO DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	20	40%
MINIMA	23	46%
MODERADA	5	10%
SEVERA	2	4%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se determino la incidencia del sindrome depresivo en las madres de niños con diagnostico de leucemia en el Hospital de día de Hematología y Oncología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9.

Se encuestó a las madres cuyo diagnóstico del niño se estableció durante los meses de Abril de 1997 a Abril del 1998 por medio de test de evaluación de la depresión Willam Zung obteniéndose los siguientes datos

Como se observo en el cuadro 1 vemos el universo de las madres entrevistadas distribuidas según la edad. Pudiendo observar que las madres con mayor porcentaje estan comprendidas entre las edades de 28-35 años de edad. Si comparamos la literatura extranjera con nuestra realidad de este estudio como base los grupos más afectados oscilan en los 35 años de edad.

Se observa que con un 37% en el cuadro 2 se encuentran las mujeres casadas pudiendo observar en la mayoría no son ellas las que trabajan sino los esposos permitiendo con esto mayor riesgo de depresión ya que son ellas las que estan al cuidado de los niños.

Factores como el lugar de procedencia se hace importante evaluar en cuadro 3 ya que la población que con mayor frecuencia acude al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 9 reside en la ciudad capital en donde la emigración social, familiar ha creado pérdida de valores y fracasos laborales siendo estas causas socio-culturales y ambientales para la depresión.

En el cuadro 4 podemos observar que el 92% de las madres con niños de diagnóstico de Leucemia conocen acerca de la enfermedad de su niño pudiendo ver que se ha tratado de darles un buen plan educacional en cuando al proceso morbido que afecta al hijo de la madre entrevistada

Como nos demuestra el cuadro 5 el mayor porcentaje en cuanto a la duración del tratamiento oscila entre los 2-6 meses con un 34% siguiendo la frecuencia de un 28% para los de 12-16 meses. Esto nos puede demostrar el tiempo de duración del tratamiento tanto intra como extra hospitalariamente.

En el cuadro 6 se puede observar que el mayor porcentaje fue para el grado de depresión mínima, el cual tiene relación con el tiempo del tratamiento del niño, en este caso el tiempo de tratamiento es de un periodo corto, mientras que la depresión en grado moderado su periodo de tiempo es mas largo.

IX. CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos después de entrevistar a las madres, demuestran que la depresión en grado mínimo obtuvo el mayor porcentaje, y la depresión en grado moderado se encontró con un porcentaje menor.

2. Se pudo observar que la depresión en grado mínimo se presento en un 46% siendo esta la que menor tiempo de tratamiento lleva la madre con el niño, mientras que la depresión en grado severo y moderado el porcentaje es bajo siendo el tiempo de tratamiento más largo, esto se podría deber a el comienzo de la misma es insidioso, y la aparición de los síntomas tardan en marcarse.

X. RECOMENDACIONES

1. Dar ayuda psicológica a las madres; ya que en su mayoría presentan depresión mínima, y al no ser atendida esta puede llegar a ser severa y afectar así el tratamiento del niño.

2. Implementar una terapia familiar para que en la madre se pueda propiciar una integración a su vida laboral y social plena y así ella pueda dar un mejor cuidado a su hijo.

XI. RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se determinó la incidencia del síndrome depresivo en las madres de niños con diagnóstico de leucemia en el Hospital de día de Hematología y Oncología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9 en el departamento de Pediatría.

Dicho estudio es de tipo descriptivo, en el cual se encuestaron a 50 madres a las cuales se les realizó el test de evaluación de la depresión de William Zung, el cual consta de 20 preguntas y cada una con cuatro posibles respuestas, estimándose así el grado de depresión que tuvieron las madres.

De las madre entrevistadas se llegó a establecer que un 46% presenton depresión mínima, 10% moderada y un 4% severa. Determinándose que el grado de depresión en la madre va a depender del tiempo que dure el tratamiento, ya que a mayor tiempo en el tratamiento el grado de depresión es severo y a menor tiempo en el tratamiento el grado es mínimo

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Achaerandio, L. Iniciación a la práctica de la investigación. Guatemala: Universidad Rafael Landivar. (1986).
2. Arieti, S. The Psychotherapeutic Approach to Depression. American Journal of Psychotherapy, Vol 16. 1991
3. Dr. Avila Mont Luis Angel. Guía Farmacologica del Hospital Nacional de Salud Mental. 1996
4. Calderón, N. G. Depresión. Primera Edición, Mexico: Editorial Trillas, S.A 1884
Primera edición, Mexico: Editorial Trillas, S.A 1984
5. Kaplan, H y Sadock, B. Compendio de Psiquiatría Clínica. Segunda Edición. Barcelona España: Salvat editores, S.A 1989. Reimprimida en 1996.
6. Revista Chilena de Neuropsiquiatría Vol. XXXIII No. 1 Enero-Marzo. 1995
7. Revista Chilena de Neuropsiquiatría Vol. XXXV No. 3 Julio-Septiembre. 1997
8. Shader, Richard I. M. D. Manual of Psychiatric Therapeutics Second Edition. Printed in the United States of America.
9. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) Publicado por la Organización Mundial de la Salud 1992.
10. Váldez Miyar, Manuel (Coordinador de Edición en español). Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Impreso en Mexico. Masson S.A 1995.
11. Vidal Guillermo. Psiquiatría Editorial Medica Panamericana. Impreso en la Argentina. 1990.
12. Von Ahn Erick. Las depresiones en la vida cotidiana Impreso en Barcelona. 1990.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS, CICS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ EDAD _____
ENFERMEDAD DEL NIÑO _____
EDAD DEL NIÑO _____ No. HIJOS _____ RELIGION _____
ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____ PROCEDENCIA _____

- A) Conoce la enfermedad del niño: SI _____ NO _____
B) Conoce su pronóstico: SI _____ NO _____
C) Tiempo que lleva de tratamiento _____
D) Desea contestar el cuestionario SI _____ NO _____

Nada A ve- Mayor Conti
muy ces parte
poco

1. Me siento decaída y triste.
2. Por la mañana es cuando mejor me siento
3. Me siento con ganas de llorar
4. Tengo problemas durante la noche para dormir
5. Estoy comiendo como siempre
6. Me gusta hablar, ver o estar con un hombre creativo
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre
10. Me canso sin razón
11. Mi mente esta tan clara como siempre
12. Encuentro fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrada
13. Estoy intranquila y no me puedo quedar quieta
14. Siento esperanza en el futuro
15. Estoy más irritable que de costumbre
16. Encuentro fácil hacer decisiones
17. Siento que soy útil y necesaria
18. Mi vida está llena de cosas buenas
19. Siento que otro estarían mejor si yo me muriera
20. Aún gozo de las cosas como solía hacerlo