



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD, DEPRESION Y ALCOHOLISMO EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Médico**

Autores: Juan Diego Cordero García.

Diego Hernán Pacheco Pacheco.

Asesora de Tesis:

Dra. María del Carmen Ochoa.

Dierctor de Tesis:

Dr. Fabian Guapizaca Juca

Cuenca, Ecuador

2010

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	1
Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	3
Justificación.....	4
1. Planteamiento del Problema.....	5
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Ansiedad.....	9
2.2 Depresión.....	25
2.3 Alcoholismo.....	37
3. Objetivos.....	46
3.1 Objetivo General.....	46
3.2 Objetivos Específicos.....	46
4. Materiales y Métodos.....	47
4.1 Tipo de Estudio.....	47
4.2 Población.....	47
4.2.1 Población blanco o referencia.....	47
4.2.2 Población de estudio.....	47
4.3 Variables.....	47
4.3.1 Enumeración y Definición de las Variables.....	47
4.4 Metodología.....	49
4.5 Justificación de la Metodología.....	49
4.6 Criterios de Inclusión.....	49

4.7 Muestreo y tamaño de la muestra.....	49
4.8 Recolección de la información.....	50
5. Resultados.....	53
5.1 Ansiedad.....	53
5.2 Depresión.....	65
5.3 Alcoholismo.....	76
6. Discusión.....	88
7. Conclusiones.....	91
8. Recomendaciones.....	92
9. Anexos.....	93
Cuestionario entregado a los estudiantes.....	93
Figura 1. Etiopatogenia.....	102
10. Bibliografía.....	103

Dedicatoria

A mis padres por que sin ellos mi vida no tendría sentido. A mi hermano Bryan, y de manera especial a Hugo que desde el cielo ha guiado mis pasos y fuente de inspiración. Con todo mi amor.

Diego Hernán

Dedicado a todos los Estudiantes de Medicina que van a forjar su futuro en esta gran Universidad.

Juan Diego.

Agradecimientos

Quiero dar mi agradecimiento a mis formadores por que sin ellos, mi realización medica ni personal no sería posible.

Diego Hernán.

Primero quiero agradecer a Dios, y a mis Padres por apoyarme día a día en la vida, a mis profesores que han sido la luz de nuestros conocimientos.

Juan Diego.

También agradecemos de manera muy especial a la Dra. María del Carmen Ochoa, nuestra asesora de tesis y al Dr. Fabián Guapizaca Juca (Md. Geriatra del Hospirio) quienes colaboraron con nuestro trabajo.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión y de ansiedad y consumo de alcohol en los estudiantes de medicina de la Universidad del Azuay. **Diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal, con elemento analítico. Lugar: Universidad Del Azuay Facultad de Medicina Cuenca. Ecuador. Población: Estudiantes de 1° a 12° semestre de la facultad de medicina. **Medición:** Determinación de las prevalencias mediante la aplicación de las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad a toda la población estudiantil, incluyendo la aplicación de la escala CAGE para alcoholismo. **Resultados:** Se encontró una elevada proporción de estudiantes con puntajes en las escalas compatibles con depresión (13,95%) y ansiedad (29,33%).

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of the depression and of the anxiety and the consumption of alcohol in the students of medicine of the University of the Azuay. **Design:** I study descriptive of traverse court, with analytic element. Place: University Of the Azuay Ability of Medicine Cuenca. Ecuador. Population: Students of 1° to 12° semester of the medicine ability. **Measurement:** Determination of the prevalence by means of the application of the scales of Hamilton for depression and anxiety to the whole student population, including the application of the scale CAGE for alcoholism. **Results:** he/she met a high proportion of students with puntajes in the compatible scales with depression (13.95%) and anxiety (29,33%).

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo recoge la problemática actual, de los estudiantes de la facultad de medicina, que de una u otra manera están expuestos a cierto grado de estrés, ya sea desde el primer nivel de la carrera o hasta el último nivel siendo este el internado, y determinar patologías como Ansiedad, Depresión, y Alcoholismo.

Se ha considerado que la prevalencia de los trastornos mentales es mayor en poblaciones con factores sociales, médicos y ambientales particulares, es por esto que en la literatura se encuentran los resultados de investigaciones específicas para evaluar el comportamiento epidemiológico de estas enfermedades en poblaciones especiales.

Algunos de estos estudios han sido realizados en estudiantes universitarios y ha sido un grupo de especial interés los estudiantes de medicina de pre y postgrado, debido a las exigencias psicológicas, sociales y académicas particulares de esta actividad.

Los altos niveles de estrés que soportan los estudiantes de medicina, y como estos conllevan a problemas de salud mental entre los cuales están: los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el suicidio, el abuso de alcohol así como sus efectos deletéreos en la funcionalidad de estos sujetos se han reportado en la literatura científica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la vida, el ser humano crece tanto física como mentalmente, siendo el periodo universitario el que marca su vida de manera importante. Produce cambios significativos, principalmente psicológicos; que alteran su estado emocional, habiendo un grupo muy importante y vulnerable en los que produce ansiedad o depresión y problemas de adicción. Ya sea por factores internos, o externos que en cierto grupo de personas puede ocasionar conflictos de existencia. (1)

El objetivo de las facultades de medicina es formar graduados que tengan el mayor y más actualizado conocimiento y experiencia para desempeñar la profesión médica. Sin embargo, existen aspectos negativos en esta formación que repercuten en forma desfavorable sobre el estudiante. Los estudios señalan que los estudiantes de medicina sufren una tasa elevada de estrés, con efectos adversos potenciales sobre el rendimiento académico, la competencia, el profesionalismo y la salud. (2)

Es así, que las situaciones ansiosas y los signos de la depresión afectan al estudiante de medicina principalmente durante los primeros años de vida estudiantil, que comparado con la época colegial en la que existe pocos riesgos, pasan a una vida cargada de emotividad, cambios físicos, psicológicos e idiosincrasia. En muchos de ellos, los programas y las exigencias generan miedo, incompetencia, enojo y sensación de inutilidad y culpa.

Cada etapa, cada mes, cada trimestre, está impregnado de una dosis de ansiedad y depresión, que empieza a con la terminación de un ciclo escolar, y más aun con la presencia de exámenes. Hay mecanismos que producen consecuencias negativas tales como; la evasión del problema, idealización de las situaciones (interpretación de los acontecimientos como a uno le gustaría que fueran y no como realmente son), aislamiento social y autocrítica excesiva.

La ansiedad es un estado psicológico que se retroalimenta y cuyos efectos interfieren en la realización de tareas que exijan focalización y mantenimiento prolongado de la concentración, y se hace presente en cualquier individuo. Asimismo, acompaña a una gran gama de trastornos psicológicos y psicosomáticos.

La tendencia en la mayoría de los estudiantes es la de no solicitar apoyo con un especialista, si no de creer que es algo pasajero que no interfiere con su vida personal, ni espiritual y principalmente negar la afrontación a su problema.

En el primer año, el estudiante se enfrenta con los desafíos del alejamiento del grupo familiar y de los amigos junto con nuevos hábitos pero principalmente exigencias de aprendizaje que a decir de muchos expertos es como aprender una nueva lengua cada 6 meses. Las disecciones cadavéricas constituyen una causa conocida de estrés. Dentro de los años superiores las exigencias cada vez mayores, y la necesidad personal, hacen presa fácil para que el estudiante de medicina sea vulnerable a depresión, ansiedad. Además el estrés generado por la respuesta de los padres puede incrementar el desarrollo a los problemas de adicción.

En uno de los más recientes estudios sobre depresión universitaria se demostró que el 90% de los padres influyen negativamente en la vida de sus hijos, pues la presión ejercida, principalmente por el aspecto social, y económico. Pues los altos costes que demanda la carrera universitaria, se estima que un año universitario bordea los cuatro mil dólares en nuestro medio. En otros países la cifra promedio de año universitario en medicina es de doce mil dólares. (3,4)

Una vez ingresado al entrenamiento médico, el estudiante es separado de su grupo inicial que solía ser un apoyo y debe desempeñarse en diferentes hospitales. Muchas veces con personas poco afines a su grupo inicial deprimen, y muchos no logran adaptarse, y terminan renunciando al internando y a su carrera.

Se calcula que menos del 40% de los estudiantes tuvieron oportunidad siquiera una vez de discutir con sus profesores sobre el tratamiento del paciente terminal lo que realmente es alarmante por que los estudiantes primero son personas.

El abuso hacia el estudiante es una causa o la causa más frecuente en los últimos años de la carrera de medicina. Este fenómeno es altamente frecuente y percibido por los estudiantes y se expresa de varias formas que pueden ser: imponerle tareas descalificantes, criticar repetidamente sus errores, exceso de trabajo, discriminación racial y en las mujeres acoso sexual. Ante situaciones de abuso, el estudiante suele sufrir cuadros de ansiedad,

depresión, pérdida de la autoestima y cae en un consumo excesivo de alcohol. Las parejas que están relacionadas en el mismo hospital, o estudiantes casados resisten mejor estas situaciones muy posiblemente por la manera de llevar la relación.

La mayoría de los estudios admiten que el estrés estudiantil afecta el rendimiento académico, pero la relación causa-efecto no está bien comprobada, aun falta estudios determinantes en este sentido. Hay que dar una mención especial a la deshonestidad académica. Se refleja en inventar estudios no solicitados, en copiar ideas ajenas como propias, etc. Esto trae principalmente desazón al estudiante por qué no puede evolucionar, se siente inútil, pero a la vez utilizado pues la copia intelectual, que recibe desde los primeros años de sus compañeros, y jefes en inmediato mando superior, son causa de gran tensión, ira e impotencia.

Debido a que los estudiantes rotan por distintos hospitales, pueden aportar ideas donde se comparan estilos de enseñanza, diagnósticos, técnicas y tratamientos. Se debe estimular a los estudiantes a mantener la salud personal con actividad física regular y horas de sueño adecuadas.

Un proyecto interesante consiste en darle al estudiante la oportunidad de consultar con un médico desde el momento en que obtiene su ingreso en este caso a la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. Con esta medida el estudiante tendrá mayores posibilidades de discutir sobre el estrés, los problemas de salud mental y el abuso de sustancias que producen adicción.

2. MARCO TEORICO:

- Ansiedad
- Depresión
- Alcoholismo

Las enfermedades mentales son frecuentes en la práctica médica y sus manifestaciones iniciales pueden ser las de un trastorno primario o un cuadro ya existente factor además del estrés eran los procesos que se dan alrededor de la enseñanza médica.

Otra evidencia importante fue la arrojada por el estudio de Hsu en la que se midió la sintomatología depresiva en estudiantes de medicina y se comparó con la población general, siendo en aquella mayor que en esta última. Y en Perú en un estudio en la Universidad de Wyoming, arrojó los mismos resultados (1).

Estudios realizados en los Estados Unidos y en otros países detectaron un alto grado de depresión en los estudiantes de medicina que oscila entre el 25% y el 52%.

País o estado	Universidad	Depresión clínica
Reino Unido	Leeds	9.5%
Colombia	del Valle	36.4%
Estados Unidos	Masachusetts	35%
Polonia	Silesia	25%

(5).

2.1 ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 25 al 35% de los pacientes que acuden a las consultas médicas. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión.

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentan los siguientes síntomas: preocupación persistente, excesiva o no realista asociada a otros molestias que en general disminuyen su calidad de vida consisten; en tensión muscular, dificultad para concentrarse, hiperactividad del sistema nervioso autónomo, sensación de estar "al límite" o inquietud e insomnio

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo". (6)

Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, así como la Clasificación Internacional de las Enfermedades, podemos agrupar los Trastornos de Ansiedad en diez grandes categorías:

El trastorno de ansiedad generalizada

El individuo afectado por este trastorno presenta, como norma general, un patrón característico de ansiedad, aprensión y preocupación excesiva y no justificada sobre una

amplia gama de acontecimientos, hechos, actividades o situaciones, prolongándose su duración durante más de seis meses. Este estado de constante preocupación y desasosiego es incontrolable para el individuo y se manifiesta con síntomas característicos y visibles como la inquietud, la sensación de fatiga no justificable, la impaciencia, tensión/rigidez muscular generalizada, estado de ánimo irritable, dificultades de concentración o alteraciones en los patrones habituales de sueño. Estos síntomas interfieren negativamente en la actividad habitual del sujeto de forma significativa (6).

La crisis de angustia

Los ataques de pánico o crisis de angustia se caracterizan por la aparición súbita, temporal y aislada de miedo o malestar muy intensos, acompañados de una serie de síntomas muy característicos e inquietantes, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos desde el inicio de la crisis

Entre estos síntomas habituales y característicos de los ataques de pánico o crisis de angustia se encuentran las palpitaciones, las sacudidas del corazón, la elevación del ritmo cardíaco, la presencia de sudoración intensa, los temblores involuntarios, la sensación de ahogo o falta de oxígeno, la sensación de atragantarse, una intensa opresión o malestar en la región del pecho, una súbita aparición de molestias gastrointestinales, inestabilidad, mareo, sensación de desmayo, desrealización (sensación de aparente irrealidad), despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo), miedo a perder el control, temor a volverse loco, miedo a la muerte, presencia de parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones intensas (6).

La agorafobia

El individuo agorafóbico comienza a experimentar la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones dónde "escapar" puede resultar difícil, complicado y embarazoso o dónde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación (o bien síntomas similares a la angustia) puede no disponer de la ayuda o apoyo que considera imprescindible. Los temores clásicos de la agorafobia suelen estar

relacionados con un conjunto de situaciones y escenarios muy típicos, entre los que se incluyen estar sólo fuera de casa, las multitudes o la posibilidad de tener que viajar en algún medio de transporte específico (6).

La persona agorafóbica tenderá a evitar (intensamente) este tipo de situaciones por temor a que aparezca una crisis de angustia (o síntomas similares a la angustia) o necesitará (para poder afrontarlas con éxito) la ayuda indispensable de una persona de confianza que esté presente en esas situaciones concretas (7).

La fobia específica

La manifestación de la respuesta de ansiedad patológica (respuesta fóbica) aparece exclusivamente en presencia (o como anticipación) de un objeto o situación muy específicos (p. ej. terror a volar en avión, presencia de ciertos animales o miedo a las alturas). La persona, a pesar de ser capaz de reconocer que se trata de un miedo irracional, desproporcionado o injustificado, se muestra incapaz de controlarlo o llegar a dominarlo. Las situaciones u objetos fóbicos tienden a evitarse o a soportarse a costa de experimentar un intenso malestar, tanto físico como emocional (8).

Los comportamientos de evitación, anticipación ansiosa o el malestar experimentado cuando se ven obligados a exponerse al objeto o situación fóbica interfieren negativamente con las actividades habituales de la persona, tanto a nivel personal como laboral, o le generan un malestar clínicamente significativo

La fobia social

La Fobia Social se caracteriza por un miedo y temor acusado, intenso, persistente y desproporcionado por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve "expuesto" a personas (no pertenecientes al ámbito familiar o su círculo social más cercano) o a la posible evaluación por parte de terceros. La exposición a este tipo de situaciones sociales genera, casi de forma invariable, una respuesta de ansiedad fóbica considerada como patológica y que puede, en ocasiones, tomar la forma de una crisis de angustia.

La persona reconoce que se trata de un miedo excesivo, irracional o desproporcionado pero se muestra incapaz de dominarlo y tiende a evitar este tipo de situaciones sociales, lo que interfiere de una forma muy significativa en su vida personal, familiar, social y laboral además de producir un intenso malestar (clínicamente significativo) en aquellas ocasiones en que, inevitablemente, debe exponerse a este tipo de situaciones (9)

El trastorno obsesivo-compulsivo

El rasgo distintivo fundamental del Trastorno Obsesivo-Compulsivo es la presencia frecuente, intensa y recurrente de ideas intrusivas e indeseadas (obsesiones) y de conductas repetitivas (compulsiones) generalmente realizadas con la intención de aliviar la ansiedad producida en el sujeto por las propias ideas obsesivas (Puchol, 2003).

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y provocan en la persona ansiedad o malestar clínicamente significativos. Estas ideas van más allá de las simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. A pesar de que la persona se muestra capaz de reconocer su irracionalidad (conservación del insight) e intenta suprimirlos, ignorarlos, neutralizarlos o reducir su intensidad se muestra incapaz de controlar el malestar y la ansiedad que le generan

Las compulsiones pueden ser definidas como aquellos comportamientos (p. ej. ordenar objetos, realizar incontables comprobaciones o lavarse las manos incansablemente) o actos mentales (p. ej. contar, rezar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas o pautas de actuación que "debe" seguir estrictamente.

El objetivo original de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos y desproporcionados con lo que interfieren negativamente en las actividades habituales del sujeto.

El trastorno por estrés postraumático

La persona con Estrés Postraumático se caracteriza por sufrir, con intensidad y persistencia, una serie de síntomas muy característicos e incapacitantes tras haber experimentado en primera persona o haber sido testigo de una experiencia considerada como traumática, como por ejemplo tras ser víctima de abusos físicos o sexuales, sufrir desastres naturales o tras accidentes graves (Puchol, 2003).

Entre los síntomas característicos se encuentran las dificultades para conciliar y mantener el sueño, la hipervigilancia constante, el aumento general y desproporcionado del nivel de activación emocional, sensación permanente de irritabilidad, dificultades de concentración o desajustes emocionales de intensidad variable

El acontecimiento o suceso traumático es "re experimentado" de forma persistente a través de recuerdos, sueños o pensamientos recurrentes que interfieren de forma significativa en su vida personal, familiar, social o laboral produciendo un intenso malestar (10).

El trastorno por estrés agudo

La persona ha sido expuesta a un acontecimiento traumático y durante el transcurso del mismo o después de él experimenta síntomas disociativos como la sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, sensaciones de desrealización, despersonalización o amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso traumático) (11).

Además el acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente (por ejemplo a través de imágenes, sueños, pensamientos, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo el suceso traumático) y experimenta malestar intenso al exponerse a objetos, estímulos o situaciones que recuerdan o se asemejan al acontecimiento traumático (12).

Producto de este proceso es la presencia de toda una serie de síntomas relacionados con la ansiedad o el aumento de la activación como las dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto y sobreexcitación e inquietud motora.

Este conjunto de alteraciones en respuesta a la situación estresante duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Se constata a través de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio que la respuesta de Ansiedad Patológica, es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y no es atribuible a la presencia de otro tipo de trastornos psicológicos .

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Los síntomas de la Ansiedad Patológica aparecen durante los períodos de intoxicación o abstinencia tras la administración de determinadas sustancias y se considera que la ingestión de dicha sustancia está etiológicamente relacionada con la respuesta de ansiedad desadaptativa (Puchol, 2003).

Principales síntomas de la ansiedad patológica

Si bien cada uno de los Trastornos de Ansiedad anteriormente enumerados y definidos se caracterizan por presentar un cuadro de síntomas bien definido y diferenciado que sirven de base para la elaboración de los criterios diagnósticos específicos utilizados en la actualidad, es posible extraer aquellas pautas o síntomas característicos comunes en la mayor parte de ellos y que caracterizaría lo que se denomina "La Respuesta de Ansiedad Patológica" (Puchol, 2003).

Tomando como referencia la distinción clásica de los tres sistemas de respuesta humana podemos agrupar los síntomas típicos de la Ansiedad Patológica en tres grandes apartados (Puchol, 2003):

Haciendo una reseña sobre ansiedad y adicciones podemos nombrar básicamente tres tipos:

1- la ansiedad que tiene que existir al comienzo de una adicción.

2- la ansiedad como un efecto directo inducido por sustancias, sobre todo por aquellas sustancias con acción estimulante, que van a generar dentro del complejo sintomático de la intoxicación, un componente ansioso como parte del cuadro clínico.

3- La ansiedad como comorbilidad agregada a la adicción como mecanismo de neuroadaptación.

Todos sabemos la función que tiene el núcleo accumbens como integrador de respuestas placenteras, a nivel del circuito de recompensas, y cómo existen reforzadores naturales. Por suerte, todos nosotros hemos tenido experiencias placenteras frente a alguno de los reforzadores naturales. Comida, agua, actividad sexual, actividad física, logros, todas situaciones que activan estos circuitos.

Nora Wolko, una investigadora mexicana residente en los EEUU, postula que aquellos con mayor vulnerabilidad a desarrollar una adicción son personas que tienen una menor densidad de ciertos tipos de receptores dopaminérgicos a nivel del núcleo accumbens.

Esto significa que en exposición a una sustancia que permite alcanzar el nivel de afinidad del circuito de reforzamiento, que no se logra de otra manera, son personas que tienen mayor riesgo de desarrollar una adicción.

En el circuito de reforzamiento cerebral, el sistema dopaminérgico está modulado por toda una serie de sistemas, cuyas modificaciones van a generar cambios también en los niveles de dopamina en el núcleo accumbens, produciendo entonces la activación del circuito de recompensa.

Por eso es que el circuito de reforzamiento se puede activar, por ejemplo, con benzodiazepinas mezcladas con alcohol; con sustancias dislépticas que intervengan en la neurotransmisión glutamatérgica; etc.

Estas van a ser vías que modificarán entonces la neurotransmisión dopaminérgica a nivel del núcleo accumbens y van a producir una respuesta traducida como vivencias placenteras.
(13)

De hecho, las vías dopaminérgicas desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens y todas las proyecciones dopaminérgicas frontales van a estar comprometidas en un adicto, como lo van a estar también en un paciente con trastornos de ansiedad, o en un paciente depresivo, aunque no exista una adicción.

Nos vamos a encontrar con un flujo variable a nivel frontal, que es un buen marcador evolutivo, pero que no es patognomónico de ninguna manera. (13,14) Sabemos que esta actividad neuropeptinérgica responde a un mecanismo de neuroplasticidad que viene de la mano de la adicción y que justamente esta actividad creciente de los neurotransmisores es la que va a dar una diferente sensibilidad en todos los circuitos biológicos, receptores que se modifican, receptores que responden de manera diferente, etc.

Respecto de la abstinencia a cualquier sustancia adictiva desde el punto de vista neurobiológico no se distingue de cualquier situación aguda de ansiedad, en el sentido de que hay un incremento de la actividad noradrenérgica, mediada por el aumento de la frecuencia de disparos por el locus coeruleus; hay un incremento de la actividad neuropeptinérgica, y hay una disminución de los niveles de serotonina y dopamina, como para hablar de un trastorno transitorio de ansiedad.

Lo que denota que ha habido mecanismos de neurosensibilización. En toda abstinencia habrá que interpretar síntomas desde una esfera fisiológica, cognitiva y conductual,

enmarcados en un registro subjetivo que tendrá cada paciente de severidad de su abstinencia, y que va a estar marcado también por su historia y por sus vivencias. Por eso es que nosotros agrupamos las diferentes sustancias con capacidad de desarrollar adicciones en niveles. Los niveles donde el registro subjetivo de abstinencias es más severo tienen que ver con las abstinencias de alcohol, de opiáceos, de cocaína fumable o intravenosa, de los benzodiazepínicos y la nicotina.

Desde el punto de vista de la medicación en adictos: los mismos deberían usarse para corregir alteraciones subyacentes, evitando la sobremedicación, evitar que la contención sea principalmente mediante el recurso farmacológico (aquella deberá venir por otras estrategias conductuales, grupales, o las que ustedes quieran). Desde este punto es realmente difícil abordar una respuesta farmacoterapéutica al síntoma ansiedad en pacientes adictos, justamente por el mal uso que probablemente ya venían haciendo por su enfermedad adictiva -por ejemplo- de las moléculas que se pueden utilizar, como las benzodiazepinas, con lo cual uno tiene que buscar otras estrategias.

En cuanto a las estrategias en terapéutica de adicciones, lamentablemente sabemos que no hay protocolos internacionalmente aceptados, salvo honrosas excepciones, como es el tratamiento del alcoholismo y de los opiáceos.

Lo que tenemos que tener en cuenta es:

-Siempre deberá evaluarse la coexistencia de diferentes sustancias, lo que complica aún más el abordaje terapéutico.

-Muy frecuentemente existe comorbilidad con alcoholismo

-Muy frecuentemente hay comorbilidad con patología del Eje I y del Eje II

Un recurso muy importante a la hora del manejo farmacoterapéutico de la ansiedad y de la abstinencia en pacientes adictos es la utilización del clorhidrato de clonidina, que es un agonista alfa-2 pre sináptico que disminuye la hiperactividad del locus coeruleus.

HIPÓTESIS NORADRENERGICA

Estudios realizados en humanos ponen de manifiesto que en pacientes con trastornos de pánico, los agonistas β -adrenérgicos y los antagonistas α_2 adrenérgicos pueden provocar crisis de angustia frecuente y grave. La actividad noradrenérgica está aumentada durante los trastornos de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas (14).

HIPÓTESIS SEROTONINERGICA

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirectos (fenfluramina) pueden provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad (14).

SUSTANCIAS QUE INDUCEN CRISIS DE ANGUSTIA

Existen una serie de sustancias capaces de inducir crisis de angustia en gran parte de los pacientes que sufren ese trastorno, mientras que lo hacen en sólo una pequeña proporción de aquellos que no están aquejados de dicho trastorno. A continuación vamos a comentar algunas de ellas.

Una de las pruebas más utilizadas es la perfusión durante 20 minutos de 10 cc/kg 0,5 molar de lactato sódico. Aproximadamente la mitad o dos terceras partes de pacientes con historia de ataques de pánico experimentan un ataque tras la perfusión de dicha sustancia.

Su duración e intensidad varían, existiendo pocos datos acerca de si dicha respuesta a la perfusión se repite en el mismo individuo. Esta respuesta parece exclusiva de los pacientes afectados de trastorno de pánico, ya que pacientes con otros trastornos psíquicos e individuos control generalmente no experimentan dichos ataques tras la infusión de lactato (menos del 10% de los casos).

Aunque el mecanismo por el cual el lactato provoca dichos ataques en las personas predispuestas permanece aún sin desvelar, es posible que el lactato pueda inducir cambios

secundarios en el metabolismo ácido-básico que acaben afectando al funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). Por otra parte, se ha demostrado que el lactato es un potente estimulador del aparato respiratorio. El grado de hiperventilación que se produce tras la administración de lactato parece ser uno de los factores determinantes de la aparición de una crisis de angustia completa. Una de las hipótesis más en boga en la actualidad, se relaciona con lo expuesto anteriormente. Dicha hipótesis propone que las crisis de angustia se deben (o se asocian) a la presencia de anomalías en la función respiratoria, como por ejemplo, la hiperventilación crónica. De hecho se ha demostrado que la hiperventilación voluntaria reproduce las crisis de angustia en el 50%-50% de los pacientes con dicho trastorno, lo cual sugiere que la disminución en la presión parcial de CO_2 puede tener un papel relevante en la fisiopatología de este trastorno. (15)

Por el contrario, la inhalación de dióxido de carbono (mezclas del 5% al 55%), que incrementa la presión parcial de CO_2 , también provoca ataques de pánico en una elevada proporción (50%-80%) de individuos predispuestos. Estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que el trastorno de pánico se asocia con una hipersensibilidad de los quimiorreceptores del centro medular.

Estos datos, junto con el hecho de que las alteraciones respiratorias son uno de los mejores correlatos de la ansiedad subjetiva, han permitido la formulación de hipótesis explicativas de las crisis de pánico tales como la "teoría de la hipersensibilidad al dióxido de carbono". Según esta teoría, la puesta en marcha de mecanismos de "falsa alarma de sofocación" ante un aumento de la concentración de CO_2 (bien debido a su inhalación directa, bien debido a la metabolización del lactato en bicarbonato y CO_2) no serían compensados por la hiperventilación debido a una hipersensibilidad de los quimiorreceptores del tronco cerebral al CO_2 . (15)

La hipótesis de una alteración noradrenérgica también ha sido postulada por numerosos investigadores. La yohimbina (antagonista α -2 adrenérgico), actúa bloqueando la inhibición por feedback de la actividad de las neuronas noradrenérgicas, aumentando, por tanto, la actividad noradrenérgica central. Su administración por vía oral provoca ataques de pánico en aproximadamente el 50% de los pacientes. Esta excesiva reactividad podría estar

relacionada con una anormal sensibilidad de los receptores α -2-adrenérgicos centrales, cuya disfunción ya no permitiría, como ocurre en individuos sanos, recuperar rápidamente la actividad del sistema noradrenérgico a su estado inicial después de la estimulación. Por otra parte, existen estudios que demuestran que la administración de clonidina (agonista α -2 adrenérgico) provoca respuestas cardiovasculares aplanadas, lo que sugeriría una hiposensibilidad del receptor α -2 adrenérgico. Hoy en día se piensa que el problema puede ser debido a una hiposensibilidad de los receptores (down regulation) como resultado de un exceso de neurotransmisor que actúa sobre él, en este caso la Noradrenalina, o bien una disregulación de dichos receptores que daría lugar a un estado de hipersensibilidad frente a un antagonista y de hiposensibilidad frente a un agonista. (16)

Otras sustancias como el isoproterenol (agonista β -adrenérgico), administrado por vía intravenosa, provocan la aparición de crisis de ansiedad en los individuos susceptibles. No obstante, la hipótesis de una posible hipersensibilidad β -adrenérgica parece poco probable dada la escasa eficacia demostrada de los bloqueadores beta en el tratamiento del trastorno de pánico.

En apoyo de posibles mecanismos serotoninérgicos implicados en la etiopatogenia del trastorno de pánico estaría el dato de que la administración intravenosa de m-clorofenilpiperacina (agonista serotoninérgico postsináptico directo) provoca la aparición de crisis de angustia en aproximadamente el 50% de pacientes afectados por dicho trastorno, lo que sugiere, para algunos autores, la existencia de una hipersensibilidad del receptor serotoninérgico postsináptico. De igual modo, la administración de fenfluramina (liberador presináptico de serotonina -agonista indirecto-), provoca un efecto similar. El problema radica en que las discrepancias existentes en los resultados de los diferentes estudios realizados no permiten ser concluyentes en las aseveraciones.

Por último, hay estudios que demuestran que la cafeína aumenta la ansiedad en algunos pacientes que padecen trastorno de pánico. (17) No hay que olvidar que esta sustancia está

presente en muchas bebidas y que, por tanto, puede estar contribuyendo a la aparición o empeoramiento del problema en muchos pacientes. Existen estudios que demuestran cómo después de consumir cafeína los pacientes con trastorno de pánico presentan niveles plasmáticos de lactato superiores a los controles, lo que estaría indicando que la cafeína posee un efecto metabólico estimulante y puede poseer un mecanismo de acción similar al lactato.

El trastorno suele comenzar antes de los 20 años, y pueden encontrarse antecedentes de trastornos infantiles e inhibición social.

Más de 80% de los pacientes con Ansiedad Generalizada y trastorno de angustia sufren también depresión mayor, distimia o fobia social. Es frecuente el consumo de sustancias, en especial de alcohol, sedante-hipnótico o ambos. Estos pacientes admiten fácilmente que se preocupan en mínimos temas, con grave repercusión para su vida cotidiana. (17)

En el tratamiento de la ansiedad generalizada, la combinación de intervenciones farmacológica y psicoterapéutica es la más eficaz, aunque rara vez se consigue un alivio completo de los síntomas. Suele estar indicado un ciclo breve de benzodiazepinas, preferiblemente lorazepam, oxazepam o temazepam (los dos primeros se metabolizan por conjugación más que por oxidación y, por tanto, no se acumulan en caso de afección hepática). Los compuestos liposolubles que se absorben con rapidez, como el diazepam, tienen un comienzo rápido de acción y mayor potencial de abuso. En general, las benzodiazepinas no deben prescribirse durante más de cuatro a seis semanas, debido a la aparición de tolerancia y el riesgo de abuso y de dependencia. Es importante advertir a los pacientes que el uso concomitante de alcohol o de otros fármacos sedantes puede dar lugar a neurotoxicidad y dificultar su capacidad funcional. Además la funcionalidad mental decae notablemente. La retirada de las benzodiazepinas de acción más prolongada puede llevarse a cabo mediante el descenso progresivo y gradual de la dosis (10% cada una o dos semanas) a lo largo de seis a 12 semanas.

Para iniciar cualquier tratamiento los objetivos son los siguientes:

-Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposicionales, factores de mantenimiento, soluciones intentadas, etc. (17)

-Un conocimiento suficiente del paciente y sus circunstancias: grado de deterioro de la salud y el bienestar, incapacitación e interferencias en planes de acción o estatus significativos para la persona, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores, estado emocional general, etc.

-La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que han ido siguiendo a lo largo del tiempo.

-El establecimiento de una relación adecuada entre el paciente y el especialista que les permita trabajar juntos de manera eficiente: reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad, seguimiento de prescripciones etc.

-Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados.

Estos últimos, los medios y su despliegue, en función de la demanda formulada por el paciente, son los que constituyen el tratamiento propiamente dicho.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

Normalmente, al inicio del tratamiento, se acude a consulta una vez por semana. Cuando el tratamiento está mínimamente encauzado, se espacian las visitas, efectuándose habitualmente a razón de una visita cada 15 días.

TRATAMIENTOS ESPECIFICOS DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico ansiedad generalizada son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales. He aquí una relación de aquellas técnicas consideradas más efectivas:

-Información al paciente sobre la naturaleza de la ansiedad generalizada : mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.

-Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.

-Identificación y neutralización del procedimientos contraproducentes, utilizados por el paciente para regular su problema, pero que, en realidad, contribuyen, no a la solución, sino al mantenimiento del problema.

-Prevención de las conductas de preocupación.

-Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y organización del tiempo

-Técnicas cognitivas: reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo.

Para favorecer estos cambios es frecuente utilizar ejercicios estructurados, "experimentos conductuales", cuestionamiento de hipótesis mediante "diálogo socrático" o contrastes con la evidencia, etc.

-Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas.

-Desarrollo de habilidades sociales y mejora de la calidad de las relaciones interpersonales.

-Planificación de actividades agradables y placenteras. Poner el acento en lo que se quiere que pase, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada.

-Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico, si bien en algunos casos dicha asociación está desaconsejada. Los medicamentos más utilizados son los ansiolíticos, particularmente las benzodiazepinas. Las azapironas han demostrado una eficacia similar. Se han utilizado con éxito antidepresivos tricíclicos e Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS).

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento de la ansiedad generalizada. Se ha de tener en cuenta no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje, en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es de la ansiedad generalizada, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa.

Los tratamientos suelen desarrollarse individualmente, aunque en algunos en ocasiones, en función del caso y del momento, puede estar indicada la terapia grupal. La duración de los tratamientos oscila normalmente entre seis meses y un año, si bien en algunos casos pueden ser más largos (17).

2.2 DEPRESIÓN

La depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas (18).

La depresión mayor se puede definir como un estado de ánimo deprimido que se sostiene diariamente por un mínimo de dos semanas. Las características son tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, y suele asociarse a cambios en el sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motores; fatiga; pérdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza; y pensamientos relacionados con la muerte. (6)

Conocidas son las frases de Amiel: “Puedo amar, soñar, sentir, aprender, comprender...todo puedo hacerlo, pero que no me obliguen a querer”.

Para el deprimido, “querer” es probablemente la gran dificultad. Pero esa insuficiencia se manifiesta principalmente en el paso de la idea a la acción. Él desea hacer una cosa y, a veces, ese deseo es grande. Pero su realización resulta letra muerta.

El hecho de “querer” no es provocable; la inercia puede más. Luego, hace su aparición otro deseo y otro más tarde. Es una verdadera lluvia de deseos.

Y, sin embargo, ni ahora ni mañana se pone en movimiento la voluntad para realizar la idea. . asistimos a una verdadera dispersión de la voluntad, que se deshace en numerosos fragmentos, cada uno de los cuales resulta insuficiente para realizar la acción.

Es posible que la bulimia sea leve. En tal caso, la acción llegará a ser realizada por la voluntad, pero la ejecución será lenta, penosa, con esfuerzos agotadores. Además, la acción carecerá de persistencia, de aliento. No tendrá envergadura, como tampoco tendrá constancia. Así, el hombre ligeramente abúlico llevará a cabo una serie de actos pequeños y dispersos porque no dispone de la naturaleza requerida para una acción prolongada.

En las formas más graves, las acciones más sencillas, más elementales se hacen imposibles. Se abandona toda actividad.

Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, despiertan muy pronto por la mañana, tienen una capacidad errada de las cosas y placeres la tristeza puede ser un síntoma muy grande de la tristeza y con frecuencia observan que es peor por la mañana su estado de ánimo. Además son personas fácilmente doblegadas ante cualquier situación, y piensan que la adversidad

Criterios para el episodio depresivo

“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 debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). 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 (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
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 (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Los síntomas fundamentales: son aquellos que hacen referencia a las alteraciones del estado de ánimo. Su especificidad es alta pero su carácter subjetivo hace que sean difíciles de precisar. (6)

Todo trastorno depresivo se caracteriza por tener un estado de ánimo bajo o triste: el más específico es la llamada “tristeza vital”, descrita por el paciente como una tristeza de cualidad distinta a la que se presenta tras una situación desfavorable; forma parte del conjunto de síntomas llamados endógenos, melancólicos.

La palabra depresión adquiere distintas significaciones según el contexto en el que se lo use e incluso dentro de un mismo ámbito. En el campo de la Psiquiatría y la Salud Mental es un término que reúne múltiples presentaciones clínicas en base a una sintomatología similar.

El ámbito universitario constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades en un continuo proceso de adaptación activa para alcanzar objetivos en un plazo establecido por la duración de la carrera. En los estudiantes de una carrera universitaria la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico (19).

En Ecuador, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas más graves de este siglo. Se estima que 1 de cada 5 personas la sufren en un momento dado de su vida pudiendo afectar a niños, adolescentes, adultos y ancianos (3).

Esta situación de estrés los hace más vulnerables a sufrir depresión, misma que repercutirá de manera directa en el estudiante; ocasionando efectos adversos potenciales sobre el rendimiento académico, impacto en las capacidades de atención al paciente, deserción de la licenciatura, abuso de sustancias (alcohol, tabaco); ideas suicidas, suicidio, entre otras.

Zocolillo en el año 1986, en un trabajo llevado a cabo en 304 estudiantes de medicina en el primer año encontró una prevalencia del 15% de depresión mayor.

Debido a la asociación de síntomas depresivos con consecuencias tales como deserción de la facultad de medicina, ideación suicida y suicidio, bajo rendimiento académico, impacto en las capacidades de atención al paciente, entre otros, se considera que la identificación temprana de los individuos a riesgo es de suma importancia tanto a nivel de salud pública como en psiquiatría preventiva. Los estudios orientados a determinar prevalencia y factores asociados son una guía útil para este fin. El género predominante en la mayoría de los estudios es el femenino.

Dentro de las enfermedades mentales la depresión, y la ansiedad tiene una elevada prevalencia, las edades comprendidas entre los 15 y los 30 años se tornan los de mayor riesgo, las enfermedades mentales han cambiado su panorámica, en un inicio misteriosas, y sin un claro concepto, sin embargo en la actualidad todavía se tiene conceptos erróneos y poco acertados es por eso que un sin fin de ciencias como la Medicina, Psicología, Psiquiatría, Antropología y Sociología, explican las teorías su origen su diagnóstico y tratamiento. Se percibe como una alteración más dentro del continuo salud-enfermedad.

Los estudiantes de medicina, futuros médicos, tienen en su manos, la responsabilidad de ser los mejores con el fin de ser útiles a la sociedad, además en su vida de internado son los responsables directos de la vida de un paciente es así que planteamos que dentro del ámbito universitario y más aun de Medicina debe haber una apertura de los profesores, con el fin de encaminarlos en estos aspectos

A continuación detallo, como existe una estrecha relación entre el entorno social y el desarrollo de los conceptos de salud, trastorno mental.

La homeostasia del organismo depende de factores externos e internos, cuando uno de ellos se ve alterado repercute directamente en el funcionamiento normal de una persona, es así como podemos decir el cerebro como rector del cuerpo humano

El proceso psicosocial es muy importante en el comienzo de los trastornos de la salud mental, porque la percepción y atribución de los hechos se trasladan a la esfera de lo social. Para percibir y adaptarse a la realidad cambiante, el ser humano necesita de sus redes sociales, no del aislamiento, la reclusión o marginación.

En la Sociología y la Psicología la normalidad se asume como el constante que no se desvía de un valor, el cual no definimos, porque la normalidad depende del modelo de ecosistema social concreto. Entre las "personas normales" existen variaciones de comportamiento y salvo en grandes desviaciones de la norma, que en esa cultura prevalece como valor, la frontera entre lo normal y lo anormal es difusa. Es en base a las exigencias específicas de cada tiempo y lugar el único referente que nos sirve para delimitar esta frontera.

La salud no es un concepto estático en la estructura social, depende de las posibilidades de adaptación al medio físico y social, un equilibrio relacional positivo. Por todo ello, la salud de cada persona, querámoslo o no, estará en la esfera de lo relativo, de la percepción de lo individual y del grupo social. Y hablando de salud mental, hablamos de tolerancia, integración, reinserción... Esta relación entre el ser humano, su ambiente, su entorno, es materia de reflexión porque el "ser social" que todos nosotros somos depende de la organización en la que se encuentra, de la tolerancia de ésta y de la capacidad de adaptación de la persona a ella.

De esta manera nos acercamos al estudio antropológico de la enfermedad mental, enfoque científico que considera las mismas enfermedades en culturas muy distintas; el resultado de sus estudios nos describe como varían los síntomas y las manifestaciones de los trastornos mentales en base al proceso endocultural de cada grupo.

En las depresiones más graves puede darse una falta total de reactividad ante las cosas que les rodean; se describe la anestesia afectiva (sentimiento de falta de sentimientos) (MIR 03-04, 4) en la que el individuo vive con gran sufrimiento “como si no fuera capaz de sentir nada”. No debemos confundir la anestesia afectiva con otros estados en donde los pacientes responden escasamente a las personas o circunstancias que les rodean (la frialdad afectiva de los trastornos antisociales de la personalidad, el aplanamiento o indiferencia afectiva de la esquizofrenia y los trastornos esquizoides de la personalidad).

En determinados pacientes va a predominar la irritabilidad (disforia) más que la tristeza; puede verse en cuadros crónicos de tipo distímico/neurótico y en las depresiones que aparecen en estudiantes universitarios.

Específicamente los estudiantes de medicina sufren un importante estrés desde el comienzo de su preparación profesional y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven de manera adecuada. En muchos de ellos, los programas y las exigencias generan miedo, incompetencia, enojo y sensación de inutilidad y culpa. Todas estas manifestaciones pueden producir respuestas psicológicas y físicas mórbidas; aunado a la transición de la educación media superior a la vida universitaria que no siempre es asimilada de la mejor forma en los estudiantes.

En Ecuador cada día empeora la situación: 12% de las mujeres y 6% de los hombres la han padecido por lo menos una vez en su vida. Es aterrador observar que ni siquiera la mitad de ellos solicita ayuda por miedo a una represión social; la gente evita las visitas médicas y las curaciones oportunas, que impedirían reincidir en este problema. La violencia, el desempleo, la inseguridad, una amplia carga de responsabilidades, las deudas, las crisis económicas y las escasas oportunidades para conseguir una buena calidad de vida, son las causantes de este tipo de trastornos en los ecuatorianos.

En algunos pacientes, el estado de ánimo cambia a lo largo del día; así, los pacientes con síntomas endógenos, melancólicos pueden referir que se encuentran mucho peor por la mañana que por la tarde; este ritmo circadiano se ha puesto en relación con las alteraciones de la secreción de cortisol y es un síntoma altamente específico, sobre todo cuando se combina con el insomnio por despertar precoz (MIR 00-01,150); en pacientes distímico, el estado de ánimo fluctúa en función de factores externos como el nivel de actividad o la presencia de determinadas personas; la mejoría que pueden experimentar estos pacientes por la mañana no va a deberse entonces a factores biológicos.

Tratamiento

Cuando se hace el diagnóstico depresión mayor tanto el médico general como el especialista no psiquiatra están en capacidad de tratarla adecuadamente con un uso adecuado y racional de los medicamentos disponibles en la actualidad.

Sin embargo es de vital importancia explicar claramente al paciente algunas de las características farmacológicas de los antidepresivos, tales como sus efectos adversos, el tiempo de latencia (tiempo necesario para empezar lograr su efecto terapéutico , que es aproximadamente de 2 a 4 semanas) y advertir que la interrupción brusca puede aumentar de manera significativa el riesgo de recaída.

El éxito del tratamiento depende además de usar dosis terapéuticas y luego sostener dichas dosis por un periodo no menor de 8 meses a 1 año.

Dentro del arsenal farmacológico disponible actualmente en nuestro país existen algunos grupos como los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y el trazodone que se encuentran disponibles tanto para el médico general como para el especialista no psiquiatra, y otros medicamentos que por su características farmacológicas y su no inclusión en el plan obligatorio de salud (POS) los hace de uso casi exclusivo del especialista en psiquiatría.

Dentro de este último grupo

se encuentran: venlafaxina, reboxetina y bupropion.

1. Antidepresivos Tricíclicos.

Se inician con una dosis de 25-50 mgs al día y se aumentan 25 mgs cada 2 ó 3 días según la tolerancia del paciente hasta llegar a dosis promedio terapéutica de 75 a 150 mgs /día. Idealmente deben administrarse en monodosis nocturna excepto en pacientes ancianos, por el riesgo de posibles caídas debidas principalmente a la hipotensión ortostática que producen estos medicamentos.

A continuación se describen las características de los tricíclicos disponibles en Ecuador.

Fármaco	Presentación
Imipramina	Tab 10,25,75 mgs
Amitriptilina	Tab 10,25,50 mgs
Clomipramina	Tab 25 y 75 mgs
Butriptilina	Tab 25 y 50 mgs.
Maprotilina	Tab 25 y 75 mgs

Efectos adversos

Los principales efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos son: boca seca, constipación, visión borrosa, taquicardia, retención urinaria, hipotensión ortostática, sedación, convulsiones, aumento de apetito y de peso. A dosis terapéuticas pueden alterar la conducción interventricular y tener efecto proarrítmico (quinidínico).

En pacientes con Trastorno afectivo bipolar puede inducir viraje de depresión a excitación hipomaniaca o maniaca. No menos importante son los efectos a nivel sexual como impotencia, anorgasmia, disminución de la libido y eyaculación retardada.

Contraindicaciones

- Epilepsia.
- Trastorno afectivo bipolar (T.A.B).
- Glaucoma.
- Embarazo y lactancia.

- I.C.C.
- Hipertrofia prostática.
- Estados confusionales tóxicos.
- En Pacientes con depresión severa e ideación suicida tienen contraindicación absoluta debido al potencial cardiotoxico en sobredosis de estos medicamentos.
- En la actualidad sólo existen estudios que no han demostrado teratogenicidad en animales, sin embargo no se recomienda su uso en mujeres en gestación o lactando.

2. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

Este grupo de medicamentos se caracteriza desde el punto de vista farmacológico en inhibir de manera más selectiva la recaptación de serotonina que la de noradrenalina;

Tienen mínima afinidad por los receptores muscarínicos, histamínicos, y alfa 1 y 2 adrenérgicos, lo que explica su perfil favorable de efectos adversos y por lo tanto sean mejor tolerados, además por tener una vida media prolongada pueden administrarse en monodosis diaria, lo cual, finalmente, va a redundar en una adherencia mucho más adecuada del paciente al tratamiento.

A continuación se describen algunas características de los ISRS disponibles en nuestro medio.

Son antidepresivos de primera elección en ancianos, pacientes con cardiopatías , prostatismo, glaucoma, TAB y epilepsia.

Fármaco Comercial Presentación Dosis

Fluoxetina	Cápsulas 20 mgs 20-80 mgs
Sertralina	Cap y tab 50 y 100 mgs 50-200 mgs.
Paroxetina	Tab 20 mgs 10-40 mgs

A diferencia de los antidepresivos tricíclicos, generalmente la dosis inicial que se prescribe es la dosis antidepresiva efectiva y tienen una menor toxicidad en sobredosis lo que los hace de elección con depresión severa e ideación suicida asociada.

Efectos adversos

Se Relacionan casi exclusivamente con el aumento de la actividad serotoninérgica sin embargo son dosis dependientes y en la mayoría de los casos disminuyen en el transcurso de dos o tres días, por lo tanto causan con menor frecuencia abandono del tratamiento que los antidepresivos tricíclicos.

Los más frecuentes son:

- Náuseas y vómito.
- Gastritis.
- Heces blandas y diarrea.
- Hipoexia (disminución del apetito).
- Ansiedad y nerviosismo.
- Cefalea.
- Insomnio
- Temblor.
- Disminución de la libido, impotencia, eyaculación retardada.

Todos en mayor o en menor medida Inhiben la Citocromo P-450 específicamente las subfracciones 2D6, 1A2 y 2C19 lo que hace que aumenten de manera importante los niveles plasmáticos de los medicamentos que se metabolizan por esta vía, entre los cuales están: antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos típicos, ácido valproico, carbamazepina, benzodiazepinas, omeprazole, fenitoina, propranolol y teofilina entre otros.

3. TRAZODONE

Tabletas de 50,100 y 150 mgs de liberación controlada.

Su acción farmacológica consiste en inhibir predominantemente la recaptación de serotonina, sin embargo también ejerce antagonismo sobre los receptores de histamina y alfa 1 adrenérgicos. A diferencia de los tricíclicos, no tiene acción anticolinérgica.

El efecto antidepresivo de este medicamento se logra con dosis superiores a los 450-600 mgs/día, sin embargo a dosis de 50-100 mgs en monodosis nocturna tiene gran utilidad como coadyuvante acompañado de otro tipo de antidepresivo (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor que cursa con insomnio.

El trazodone tiene la ventaja sobre otros hipnóticos que no altera la arquitectura del sueño ni tiene riesgo de dependencia o abuso.

Dentro de sus efectos adversos están: mareos, excesiva sedación e hipotensión postural. El priapismo se presenta en 1 de 6000 casos tratados con trazodone.

4. BUPROPION

Tabletas de 150 mgs.

Inhibe recaptación de dopamina.

A diferencia de otros antidepresivos no antagoniza receptores adrenérgicos, colinérgicos ni de histamina, razón por la cual lo hace seguro a nivel cardiovascular, no produce sedación ni disfunción sexual.

La dosis terapéutica fluctúa entre 300 y 450 mgs divididos en 3 dosis.

Efectos adversos: Agitación, insomnio, temblor, nauseas, vómito, cefalea y puede producir convulsiones en 4 de 1000 casos cuando se excede la dosis de 450 mgs/día.

5. VENLAFAXINA

Tabletas 37.5 y 50 mgs, cápsulas 75 150mgs (liberación controlada).

Inhibe selectivamente la recaptación de serotonina y noradrenalina sin actuar sobre sistemas colinérgicos ni de histamina.

La dosis terapéutica de este medicamento fluctúa entre 75 y 225 mgs/ día. En caso de utilizar la presentación de liberación controlada se administra en monodosis diaria.

Efectos adversos: Nauseas, somnolencia, mareos, sudoración, temblor. A dosis mayores a 225 mgs/día puede producir crisis hipertensivas.

6. REBOXETINA

Tabletas de 4 mgs.

Inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina. La dosis terapéutica está entre 4 y 8 mgs/ día repartido en dos dosis diarias.

Efectos adversos: Sequedad bucal, diaforesis, insomnio, agitación, mareos y cefalea.

7. MEDICAMENTOS “NATURISTAS”

Por último está la llamada “Hierba de San Juan” (Saint john’s Wort).

Su principal compuesto es el Hypericum Perforatum.

Se indican para el tratamiento de la Depresión leve a moderada. Sin embargo hasta la fecha los estudios con este medicamento no han tenido una metodología adecuada y rigurosa.

Algunos de estos estudios no tienen control contra placebo y otros se comparan con antidepresivos tricíclicos a dosis subterapéuticas.

Efectos adversos: Reacciones alérgicas y molestias G.I. Boca seca, sedación, cefalea y fotosensibilidad a altas dosis.

Es un gran Inductor de la citocromo P450 3A4, por lo que puede disminuir considerablemente los niveles plasmáticos de: Macrólidos, Benzodiazepinas, citostáticos, antirretrovirales, Calcioantagonistas y estatinas. (17)

2.3 ALCOHOL

El alcohol etílico es el único que puede ingerirse, el resto de alcoholes poseen actividad industrial por su gran toxicidad, el alcohol etílico es una sustancia hidrosoluble y de molécula pequeña que se absorbe fácilmente a través de la membranas corporales. La tolerancia, factores genéticos, variaciones en el estado de ánimo entre otros, son importantes en la velocidad de absorción del alcohol.

EL alcohol llega a la sangre y se distribuye por todo el organismo tomando el espacio que corresponde al agua. El metabolismo del alcohol se produce por oxidación hepática en un 95 - 98%, se elimina sin mayor modificación por tres vías, aire espirado, micción espontánea, la transpiración. El aire inspirado da el olor sui-generis. Siendo este el rasgo más característico en una persona que tiene problemas de alcoholismo

La dependencia constituye un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo consume continuamente la sustancia, a pesar de los problemas que ésta causa.

Criterios para el diagnóstico de la dependencia de alcohol

1. Tolerancia: definida por cualquiera de los siguientes:
 - a. Necesidad de cantidades crecientes de la sustancia para obtener el efecto deseado
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye con su consumo continuado.
2. Abstinencia: definida por:
 - a. Interrupción o reducción de la ingesta de alcohol después de un consumo prolongado y abundante, y dos o más de los siguientes,
 - i. Hiperactividad autonómica
 - ii. Temblor distal de las manos
 - iii. Insomnio
 - iv. Nauseas y vómitos
 - v. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones
 - vi. Agitación psicomotora

- vii. Ansiedad
- viii. Crisis comerciales de gran mal
- b. Consumo de alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- 3. Consumo de alcohol en cantidades mayores o un periodo más largo. USO COMPULSIVO
- 4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia
- 5. Mucho tiempo dedicado a obtener o consumir alcohol o a recuperarse de sus efectos
- 6. Reducción de importantes actividades familiares, sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol
- 7. Uso continuado a pesar de los problemas psicológicos o físicos.

El abuso y la dependencia del alcohol. Jellineck lo defino como “Cualquier consumo de bebidas alcohólicas que cause perjuicios al individuo, la sociedad, o ambos”

Existe un numero de factores que han actuado en el pasado y que operan en el presente, interactuantes y de gran variedad que pueden ser causantes del consumo de alcohol y la dependencia. Estos factores pueden agruparse en tres categorías: Socioculturales, psicológicos, Biológicos.

F. Socioculturales:

Aquí se debe considerar todas las circunstancias en las que la sociedad expone al individuo al consumo de alcohol.

- Disponibilidad de bebidas alcohólicas y hábitos que facilitan su consumo.
- Alto grado de estrés colectivo
- Ausencia de sanciones contra el consumo excesivo
- Ambivalencia ética y filosófica hacia el alcohol
- Uso del alcohol con fines “ utilitarios”

F. Psicológicos:

Aquí se incluyen ciertos mecanismos de defensa que predominan en alcohólicos como: Negación, Proyección, Racionalización.

Existe predominancia de ciertos rasgos de carácter como depresión, esquizoidismo, pasividad, dependencia y hostilidad que están relacionadas con alcoholismo.

Situaciones estresantes de vida como matrimonio infeliz, soledad, viudez pueden ser un riesgo de bebida.

F. Biológicos:

- Predisposición constitucional relacionada con la enzima aldehído deshidrogenasa.
- Herencia, terreno biológico predisponente genéticamente determinado. (6)

Para que el alcoholismo se convierta en una enfermedad es necesario un proceso de varios años, después de una experiencia inicial que por lo general se da alrededor de los 15 años. No se puede distinguir a aquellas personas que desarrollarán problemas en el futuro. El comienzo de la dependencia se da por lo general a los 20 y 30 años. La edad de la primera hospitalización varía entre los 30 y 40 años. Los síntomas de alcoholismo se presentan después de los 45 años, la mortalidad en alcohólicos es 2 a 3 veces mayor que en no alcohólicos. (20)

Jellineck estableció cuatro fases en el desarrollo de la enfermedad:

- Fase prealcohólica
- Fase prodrómica (Hay lagunas de memoria)
- Fase crucial
- Fase crónica

Las remisiones pueden ocurrir sin tratamiento formal (recuperación espontánea) un retorno a la bebida asintomática puede darse en un grupo pequeño de alcohólicos sobre todo con problemas leves o recientes. Los pacientes tratados por su dependencia tienen al menos una recaída durante el primer año después del tratamiento. Los pacientes sin tratamiento tienen peor pronóstico. (21)

En 1960 Jellineck estableció una clasificación en la que cinco categorías eran las más difundidas:

- Alcoholismo Alfa: bebedor excesivo por razones puramente psicológicas, sin evidencia de “adaptación tisular”

- Alcoholismo Beta: Aparecen complicaciones orgánicas pero no hay dependencia.
- Alcoholismo Gamma: Pérdida de la capacidad para detenerse. Hay tolerancia y dependencia física.
- Alcoholismo Delta: Incapacidad para abstenerse, hay tolerancia y dependencia física.
- Alcoholismo Épsilon: Alcoholismo periódico con largos períodos de abstinencia y bebida compulsiva.

Según la etiología puede haber dependientes primarios y secundarios. Los bebedores pueden ser: moderados (sociales) que no tienen problemas por su ingesta alcohólica; o excesivos que pueden tener problemas y caer dentro de abuso o dependencia.

Tratamiento

En primer lugar, no hay un consenso científico de un modelo filosófico o paradigma de actuación coherente, no hay consenso de cuáles deberían ser los objetivos y/o las necesidades fundamentales que se deberían cubrir o solucionar a nivel de los pacientes alcohólicos y tampoco hay un consenso de cuáles dispositivos asistenciales serían los más adecuados para asegurar una asistencia válida y confiable. Con este panorama científico y social, y con el incremento del consumo de bebidas alcohólicas, es comprensible que aumenten los fracasos en los tratamientos de las personas que sufran esta adicción y las consecuencias en la salud pública por las enfermedades relacionadas con el alcoholismo.

Así entonces, en muchos casos la ausencia de tratamientos eficaces para el consumo abusivo de bebidas alcohólicas se debe a concepciones erróneas sobre lo que es la adicción al alcohol o alcoholismo. Todavía para mucha gente (incluido profesionales sanitarios) el alcoholismo es una cuestión de decisión personal, es decir, el adicto lo sería porque quiere beber mucho alcohol, o es un asunto de falta de carácter, de tal forma que los alcohólicos no dejan de beber porque no tienen fuerza de voluntad. Detrás de estas concepciones está la creencia de que abandonar la dependencia del alcohol está enteramente en las manos (en la voluntad) de la persona adicta.

Pero la realidad es que la adicción, más allá de la decisión y la voluntad personal del adicto, es una enfermedad que escapa al control del alcohólico. Porque con el consumo elevado,

compulsivo y/ o prolongado de alcohol, el cerebro se adapta patológicamente y experimenta cambios bioquímicos que modifican los comportamientos, pensamientos y sentimientos del bebedor, y que producen entre otros efectos, un deseo compulsivo e incontrolable de beber alcohol. Esto implica que la persona que padece esta adicción, difícilmente puede controlar ese deseo compulsivo generado por los daños cerebrales producidos por el alcohol, así como también decrece su capacidad para autoevaluar los daños que el consumo le está provocando y para dirigir su conducta hacia el abandono de la bebida y la modificación de su estilo de vida adictógeno.(22)

Por tanto, podemos afirmar que el alcoholismo es una enfermedad, una adicción que afecta de manera significativa el funcionamiento cerebral. Es una enfermedad que se puede tratar y de la que hay recuperación. Hoy en día, gracias a las investigaciones y las nuevas tecnologías, cada vez se sabe más acerca de cómo actúa el alcohol en el cerebro y los efectos que produce, lo que permite desarrollar tratamientos contra el alcoholismo y fármacos adecuados para que el adicto recupere el control de su vida. Es más, en la actualidad se puede visualizar mediante técnicas de medicina nuclear, como la Tomografía de Emisión de Positrones (PET), los daños que el alcohol provoca en el metabolismo celular cerebral, especificando qué áreas de tejido cerebral se encuentran afectadas por esta patología.

El tratamiento contra el alcoholismo debe comenzar con un diagnóstico que comprenda tanto, la evaluación clínica de los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la enfermedad de cada persona, como analíticas y pruebas médicas y test psicológicos. Posterior a esta etapa diagnóstica, los tratamientos de bebidas alcohólicas deben continuar con la desintoxicación hospitalaria.

Aquí es importante señalar que la desintoxicación se puede entender de diversas maneras. En los tratamientos contra el alcoholismo tradicionales, la desintoxicación solo se centra en el control de los síntomas más evidentes de la adicción, esto es, en el control de los síntomas del síndrome de abstinencia. Según esta concepción, tratar la adicción significa ante todo limpiar el organismo del alcohol.

Sin embargo, la desintoxicación, tal y como se entiende en tratamientos avanzados, implica no sólo la eliminación de los síntomas de la abstinencia, sino también y de manera fundamental la recuperación de los daños cerebrales causados por el alcohol, y de las funciones cognitivas y afectivas que sufren alteraciones. Desde esta segunda concepción, más que hablar de desintoxicación, se habla de neuroregulación, es decir, tratar la adicción al alcohol significa limpiar el organismo y reparar los daños cerebrales que esta adicción está causando en el tejido cerebral.

Estas dos maneras de entender la recuperación de la adicción se pueden ejemplificar así. Cuando una persona se rompe un hueso, es decir, sufre una fractura, se puede tratar el dolor, hacer que desaparezca, pero eso no quiere decir que realmente se haya curado el hueso y recuperado su funcionalidad.

Esto no quiere decir que no sea importante tratar los síntomas de la abstinencia cuando se deja de consumir alcohol, ya que de hecho el síndrome de abstinencia es un reto y un obstáculo para la recuperación de la adicción. Este síndrome ocurre porque el organismo se ha acostumbrado a la presencia del alcohol (se ha vuelto dependiente) y el cerebro, por tanto, deja de producir las sustancias químicas naturales que el alcohol reemplaza. Es decir, el organismo depende del alcohol para funcionar “normalmente”, y por eso cuando se deja de beber después de un tiempo prolongado de consumo compulsivo, el organismo no cuenta ni con las sustancias químicas naturales que ha dejado de producir, ni con el sustituto químico que supone el alcohol, y por eso sufre alteraciones. Unas alteraciones que se experimentan como síntomas opuestos a los efectos del alcohol, con ansiedad y agitación, dolor de cabeza, vómitos, sudoración, temblores, y en muchos casos convulsiones e incluso, en grado extremo, delirium tremens. Síntomas que sólo desaparecen, si no hay tratamiento adecuado, cuando se vuelve a consumir alcohol. De hecho, el síndrome de abstinencia se convierte en el principal miedo cuando se quiere abandonar el consumo de bebidas alcohólicas, así como en el principal riesgo de recaída, por la necesidad del paciente de aliviar el malestar que produce dicha abstinencia.

Se están desarrollando rápidamente residencias especializadas para su tratamiento y unidades específicas en los hospitales generales y psiquiátricos.

A medida que la sociedad toma conciencia de la verdadera naturaleza del alcoholismo, disminuye su consideración como estigma social, los enfermos y sus familias lo ocultan menos y el diagnóstico no se retrasa tanto. Los tratamientos más precoces y mejores están produciendo unas altas y esperanzadoras tasas de recuperación.

Además de resolver las complicaciones orgánicas y los cuadros de abstinencia, el tratamiento pasa por los consejos y entrevistas individualizados y por las técnicas de terapia de grupo encaminadas a conseguir una abstinencia no forzada de alcohol y otras drogas. La abstinencia es el objetivo deseado.

La adicción a otras drogas, sobre todo tranquilizantes y sedantes, es muy peligrosa para los alcohólicos.

A pesar de los resultados esperanzadores del tratamiento actual, en Ecuador el problema se presenta ubicándonos dentro de los diez primeros lugares en el mundo, proporcionalmente, en el número de pacientes por daño hepático por ingesta de alcohol.

En el resto del mundo el problema no es menor. Se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales sólo en los Estados Unidos a causa del alcohol. En México, y según las últimas encuestas, el porcentaje de hombres dependientes del alcohol es de 12,5 por ciento, mientras que el de las mujeres es de 0,6 por ciento. El grupo de edad que manifestó una incidencia más alta fue de 18 a 29 años, cifras que también se dan en Chile.

Alcohol en el sistema nervioso

Los efectos del alcohol de acuerdo a la concentración existente en la sangre son:

Euforia y analgesia	0,2 – 0,4 g/lit
Incoordinación motora y somnolencia	0,4 – 0,5 g/lit
Mayor incoordinación y alargamiento del tiempo de reacción	1,0 – 1,5 g/lit
Mayor retardo del tiempo de reacción	1,5 – 2,0 g/lit
Amnesia, coma, depresión respiratoria	2,0 – 3,0 g/lit

Muerte (no tolerantes)	2,6 – 5,0 g/lt
Muerte (tolerantes)	5,0 – 10 g/lt

Fases en la ingesta de Alcohol

1. Fase prodrómica (0,25 gr./l - 0,3 gr./l) Cuando el individuo percibe un cambio en su estado mental. Determinados tests sicomotores y aptitud revelan alteraciones que afectan la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos.
2. Excitación (0,3 gr./l - 1,5 gr./l) Pérdida de la inhibición y pérdida del autocontrol con parálisis progresiva de los procesos mentales más complejos. Este es el primer estado que puede comportar cambios de personalidad. (24)
3. Incoordinación (1,5 gr./l - 3 gr./l) Temblor, confusión mental, incoordinación motriz: generalmente, la persona acaba durmiéndose.
4. Coma y muerte (+3 gr./l).

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de la ansiedad, depresión y consumo de alcohol en estudiantes de medicina de la Universidad del Azuay

3.2 Objetivo específicos:

- 1- Determinar la edad de los estudiantes en que presenta la patología.
- 2- Determinados según sexo.
- 3- Identificar los casos según el nivel de avance de la carrera (semestre).
- 4- Mostrar antecedentes familiares de depresión u otras patologías mentales.
- 5- Identificar casos actuales con antecedentes previos (tratados o no).

4. MATERIALES Y METODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluó la presencia de síntomas ansiosos y depresivos mediante la utilización de las Escalas de Hamilton para la ansiedad y depresión, además el cuestionario CAGE para la determinación del abuso del alcohol, en estudiantes de Pregrado de la Universidad del Azuay Facultad de Medicina que corresponden al periodo de estudio 2009-2010.

4.2. Población

4.2.1. Población blanco o de referencia

Estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de la Universidad del Azuay.

4.2.2. Población de estudio

250 estudiantes de medicina de 1º a 12º semestre de la Universidad del Azuay (UDA), activos en el segundo semestre del 2010

4.3 Variables

4.3.1 Enumeración y definición de variables

1. **Depresión:** Es una de las variables independientes. Se define como una alteración del estado del ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora,

manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Esta alteración del estado del ánimo se caracteriza por un estado de abatimiento e infelicidad

2. **Ansiedad:** Es la otra variable independiente. Se define como una alteración del afecto que se caracteriza por sensación de temor y aprensión frente a algo desconocido, esta alteración influye en todas las esferas del individuo, se instala abrupta o progresivamente y puede ser persistente en el tiempo.

3. **Trastorno Depresivo:** Variable categórica, nominal, dicotómica (presente o ausente)

4. **Trastorno de Ansiedad:** Variable categórica, nominal, dicotómica (presente o ausente).

5. **Edad:** Variable continua que se obtuvo en años cumplidos. Ésta se categorizó en dos grupos para incluirla en el modelo como una variable de control, uno incluyó los sujetos entre 16 y 20 años y el otro los sujetos entre 21 y 28 años.

6. **Sexo:** Variable categórica, nominal, dicotómica de control. Sexo del estudiante.

7. **Semestre:** Variable categórica, ordinal de control. Semestre que cursaba el estudiante, para el modelo se categorizó en dos variables: semestre de ciencias básicas (1° a 4° semestres) y semestre de ciencias clínicas (5° a 10° semestres).

8. **Tamizaje de alcohol CAGE** Variable categórica de control. Éste tamizaje de alcohol validado en Latinoamérica permite establecer el riesgo de abuso y dependencia al alcohol, se

tomó como positivo para abuso todos aquellos casos que presentaron riesgo de abuso con dos o más respuestas afirmativas.

4.4 Metodología

Para el presente trabajo, se utilizó los cuestionarios sobre ansiedad, depresión, y alcoholismo: ANSIEDAD HAMILTON, DEPRESION HAMILTON, CAGE, propuestos por el DSM-IV. Los cuestionarios se detallan en los anexos.

4.5 Justificación de la metodología

Se define como un estudio de corte transversal por que solamente se realizó una medición en el tiempo de cada sujeto en estudio. La finalidad principal del estudio fue describir la presencia de depresión y de ansiedad en los estudiantes de medicina de pregrado de la Universidad del Azuay mediante una prueba de tamizaje. Esto partió de la consideración de que estos son los trastornos mentales más frecuentes tanto en la población general como en este tipo población estudiantil.

4.6 Criterios de inclusión

- Estar matriculado en la facultad de medicina de la Universidad del Azuay y cursar entre 1° y 12° semestres.
- Aceptar participar en el estudio.

4.7 Muestreo y tamaño de la muestra:

Se contabilizó el total de estudiantes activos que fueron de 250 de los cuales 238 participaron en el estudio, tanto de depresión y ansiedad, los cuestionarios fueron diligenciados en su totalidad por los investigadores.

4.8 Recolección de la información:

Para la aplicación de los cuestionarios se convocó a los estudiantes de los distintos niveles de la carrera, en días diferentes de acuerdo a los horarios disponibles en la Facultad de Medicina, con previo acuerdo con los coordinadores de la asignatura o rotación correspondiente con el fin de evitar interrupciones en las actividades habituales. Fueron realizadas en la mitad del período académico (abril-mayo 2010). En estas reuniones para la aplicación de los cuestionarios se tomó como mínimo 30 minutos por cada nivel con el fin de que se sirvan a leer y responder de la mejor manera posible, obviamente existió un poco porcentaje de ausentismo en dichas reuniones.

El puntaje y aplicación de cada cuestionario consta dentro de los anexos.

MECANISMO DE CALIFICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS:

Se procedió a calificar en forma cuantitativa y cualitativa:

CALIFICACIÓN CUANTITATIVA: Se procedió en función de la calificación estándar del cuestionario, que permite 5 alternativas de respuesta para cada pregunta:

0 = ausencia de conflicto

1 = leve, 2 = moderado, 3 = severo, 4 = muy severo

Se consideró el puntaje total superior a 30 puntos, como indicador de FRANCA DEPRESION Y ANSIEDAD y de 20 a 30 puntos como síntomas depresivos de nivel LEVE.

CALIFICACIÓN CUALITATIVA, se tomó en cuenta los puntajes 3 y 4 que equivalen a intensidad de molestias severas y muy severas en las preguntas que exploran: *ÁNIMO DEPRIMIDO, IMPULSIVIDAD SUICIDA, SENTIMIENTOS DE CULPA, INTROSPECCIÓN, VARIACIÓN DIURNA DEL ESTADO DE ÁNIMO, PENSAMIENTOS PARANOICOS, INSOMNIO e HIPOCONDRIASIS para determinar DEPRESIÓN.*

ESTADO ANSIOSO, MIEDOS, INSOMNIO, TENSION MUSCULAR, MOLESTIAS RESPIRATORIAS, GASTROINTESTINALES Y DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO, para identificar ANSIEDAD.

Síntomas que están de acuerdo a los criterios diagnósticos para depresión y ansiedad del DSM IV TR (MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES, de La Asociación Americana de Psiquiatría).

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM4. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del

punto de corte considerado.

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- **0-1** Bebedor social

- **2** Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia

- **3** Consumo perjudicial

- **4** Dependencia alcohólica

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones.

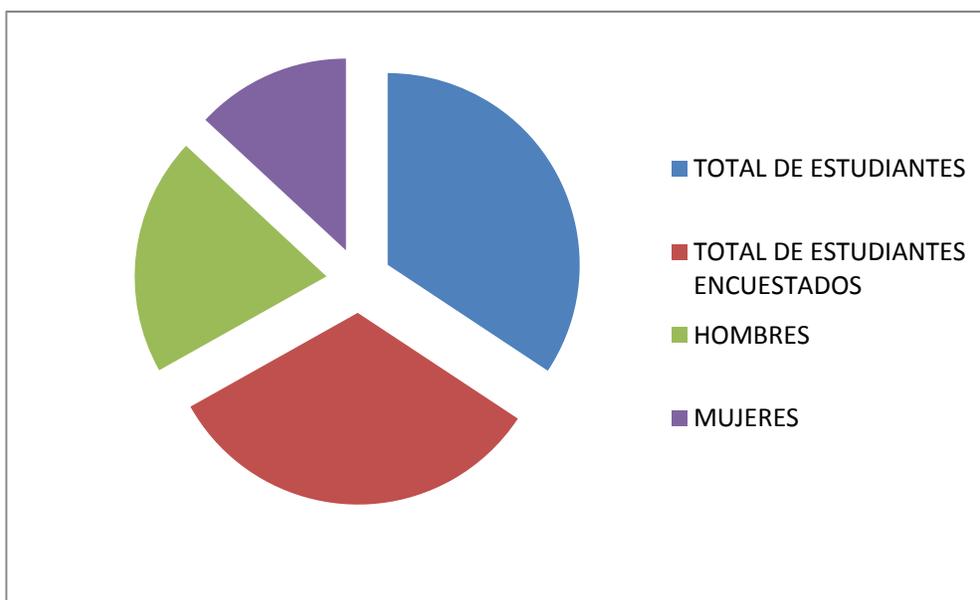
- Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE. Tampoco distingue entre consumo actual y pasado.

ANSIEDAD

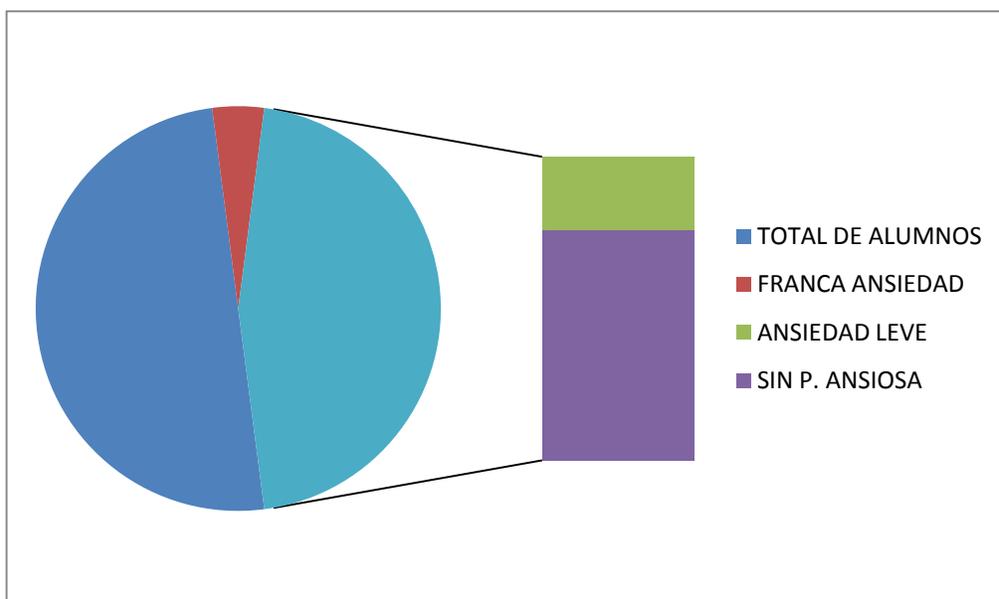
5. RESULTADOS

ANSIEDAD

TOTAL DE ESTUDIANTES	236	100%
TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	224	100%
HOMBRES	138	63,00%
MUJERES	90	47,00%



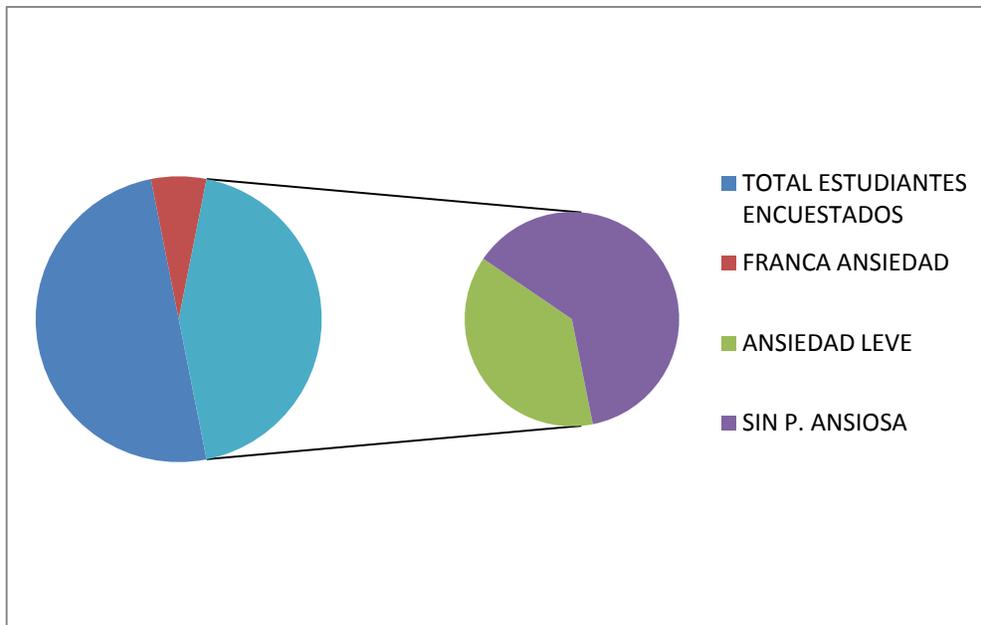
ANSIEDAD	
TOTAL DE ALUMNOS	100,00%
FRANCA ANSIEDAD	8,96%
ANSIEDAD LEVE	22,22%
SIN P. ANSIOSA	69,54%



HOMBRES

TOTAL ESTUDIANTES

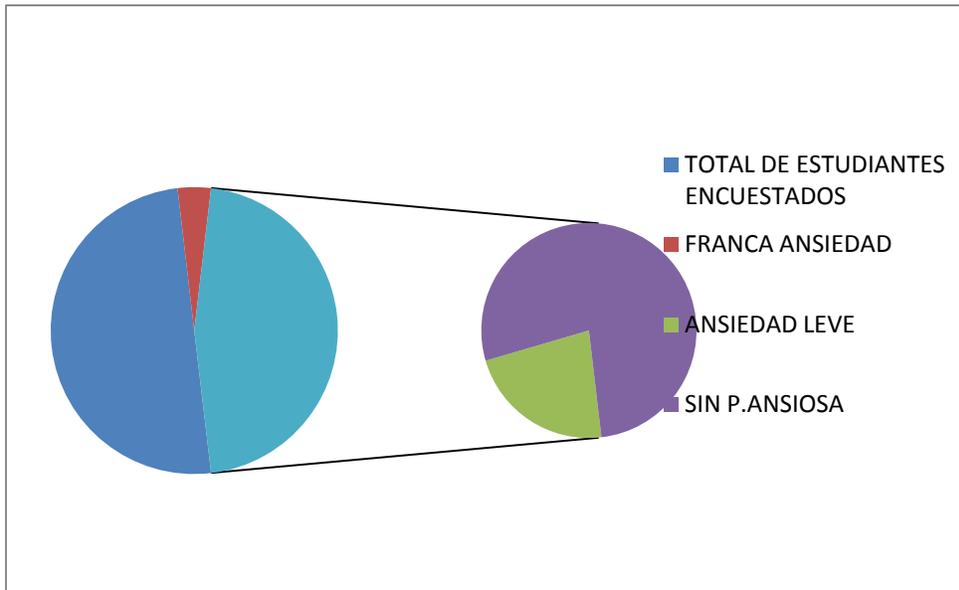
TOTAL ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA ANSIEDAD	4,93%
ANSIEDAD LEVE	13,00%
SIN P. ANSIOSA	82,06%



MUJERES

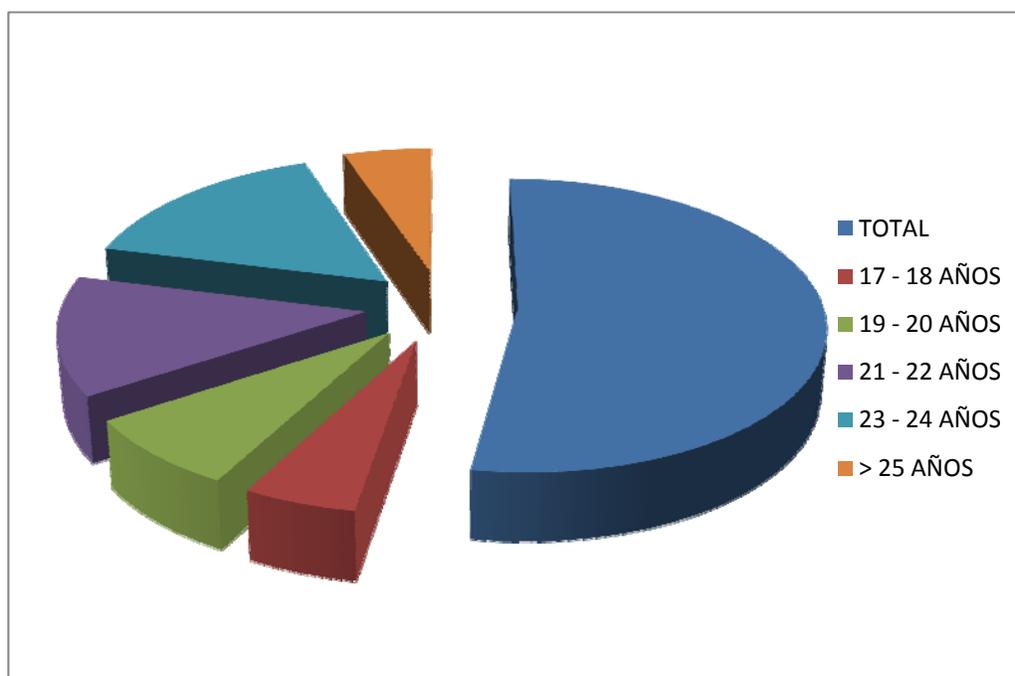
TOTAL DE ESTUDIANTES

TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA ANSIEDAD	7,43%
ANSIEDAD LEVE	20,66%
SIN P.ANSIOSA	71,90%



Por Edad

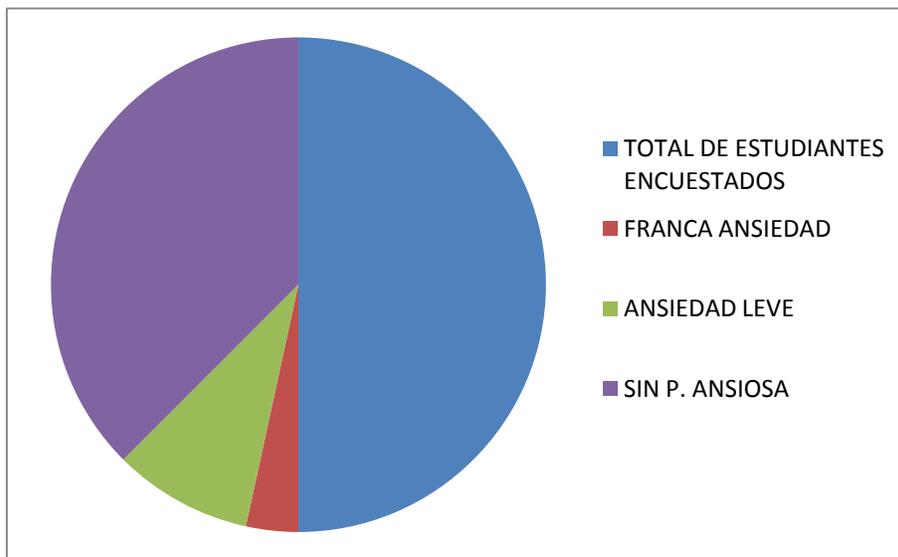
TOTAL	100%
17 - 18 AÑOS	10,00%
19 - 20 AÑOS	15,00%
21 - 22 AÑOS	25,00%
23 - 24 AÑOS	30,00%
> 25 AÑOS	10,00%



PRIMER AÑO

TOTAL DE ESTUDIANTES

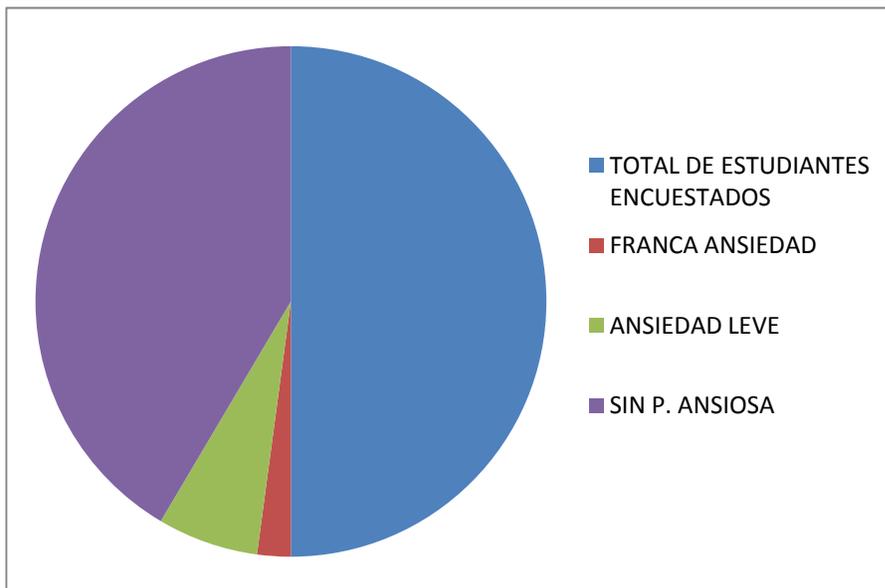
TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
A ANSIEDAD	6,86%
ANSIEDAD LEVE	18,18%
SIN P. ANSIOSA	75,00%



SEGUNDO AÑO

TOTAL DE ESTUDIANTES

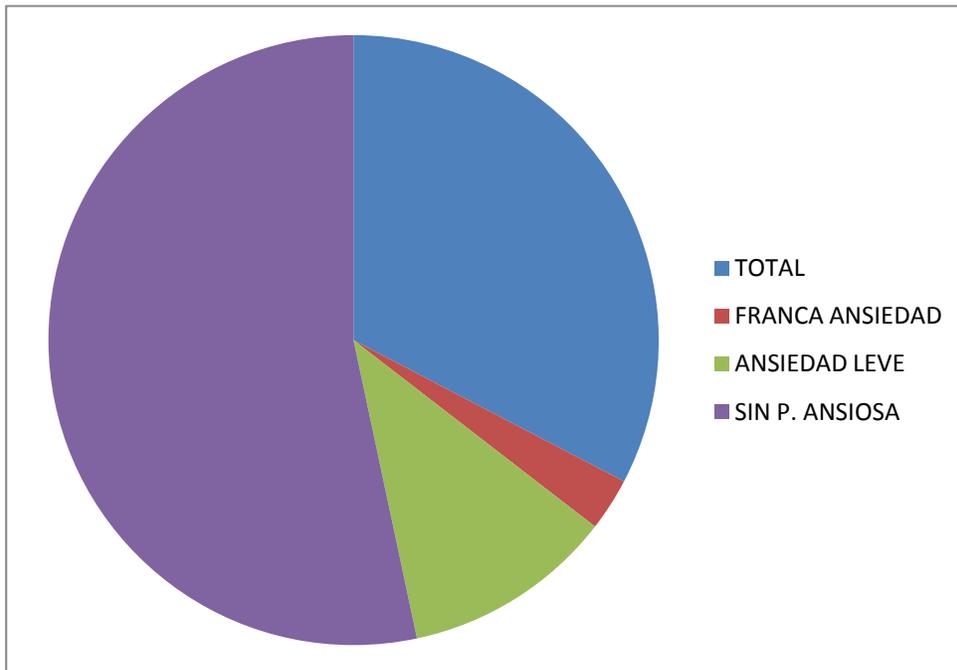
TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA ANSIEDAD	4,25%
ANSIEDAD LEVE	12,76%
SIN P. ANSIOSA	82,97%



TERCER AÑO

TOTAL ESTUDIANTES

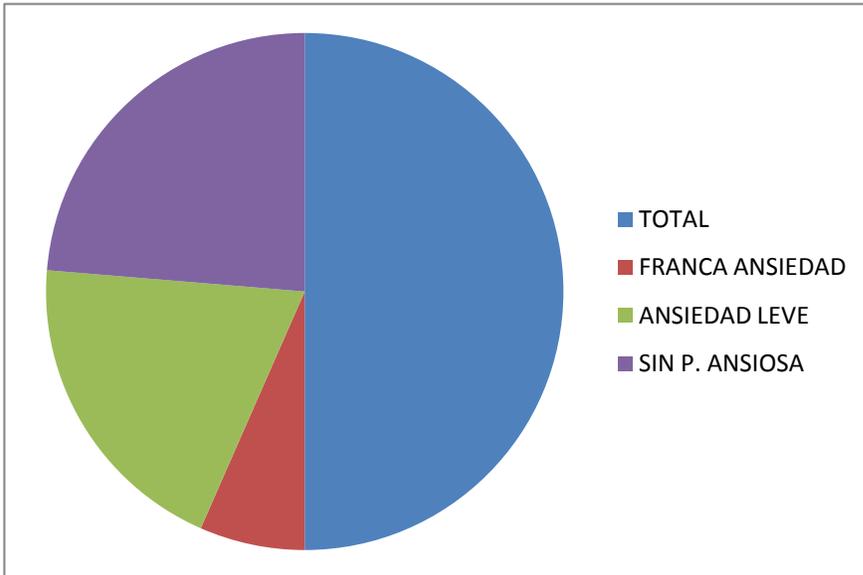
TOTAL	100%
FRANCA ANSIEDAD	8,57%
ANSIEDAD LEVE	34,20%
SIN P. ANSIOSA	79,69%



CUARTO AÑO

TOTAL ESTUDIANTES

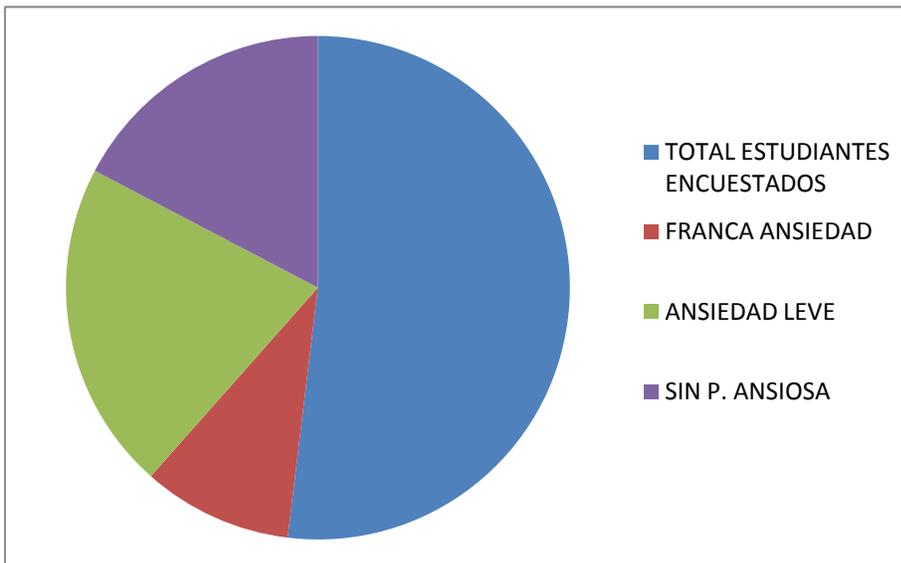
TOTAL	100%
FRANCA ANSIEDAD	13,15%
ANSIEDAD LEVE	39,47%
SIN P. ANSIOSA	47,30%



QUINTO AÑO

TOTAL ESTUDIANTES

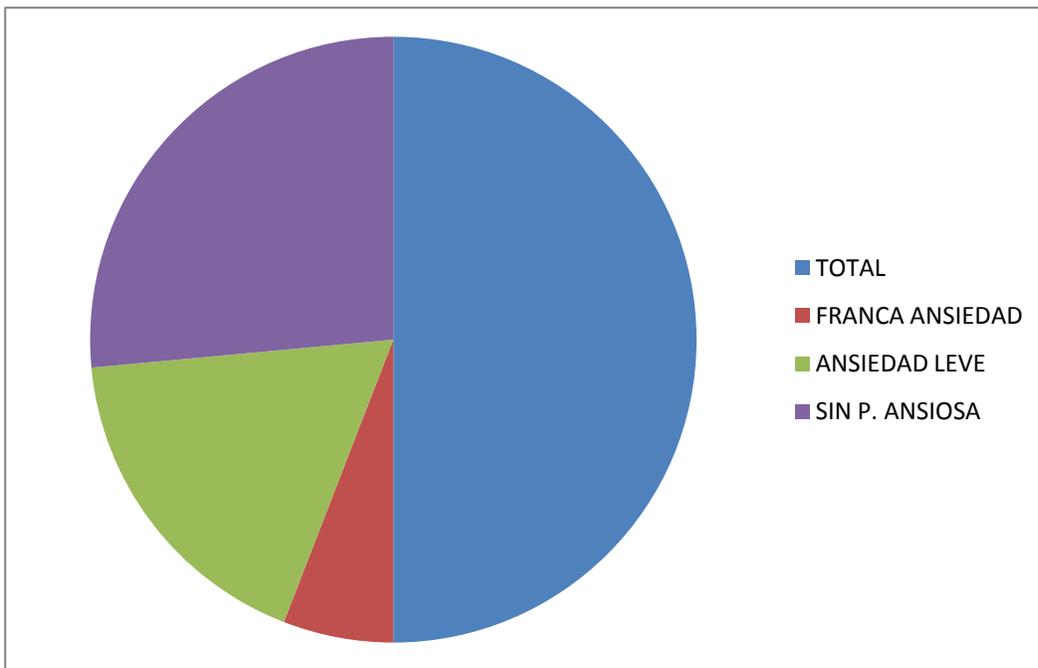
TOTAL ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA ANSIEDAD	18,51%
ANSIEDAD LEVE	40,74%
SIN P. ANSIOSA	33,33%



SEXTO AÑO

TOTAL ESTUDIANTES

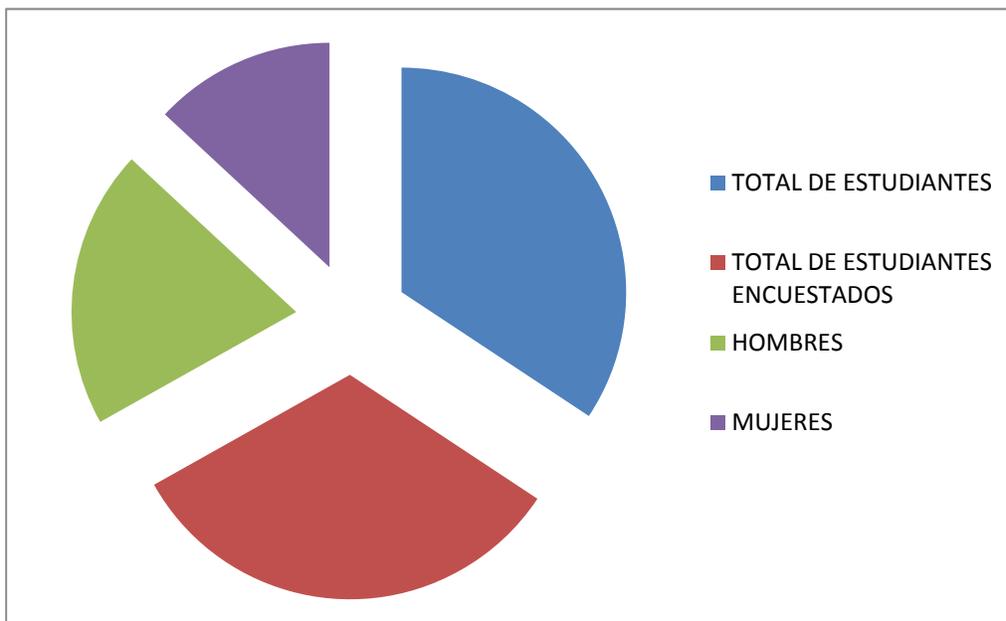
TOTAL	100%
FRANCA ANSIEDAD	11,76%
ANSIEDAD LEVE	35,29%
SIN P. ANSIOSA	52,94%



DEPRESION

5.2 DEPRESIÓN

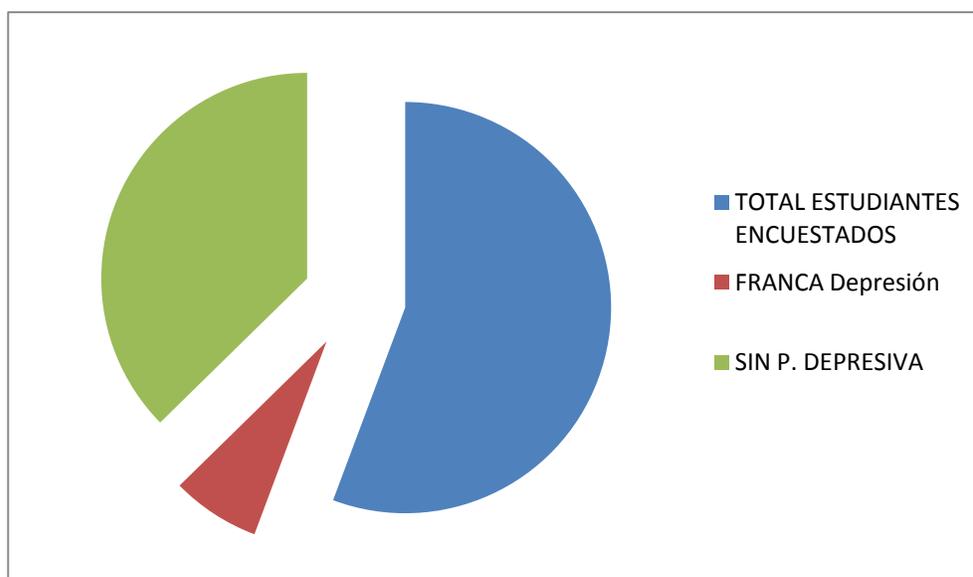
TOTAL DE ALUMNOS	100%
HOMBRES	63,00%
MUJERES	47,00%



HOMBRES

TOTAL ESTUDIANTES

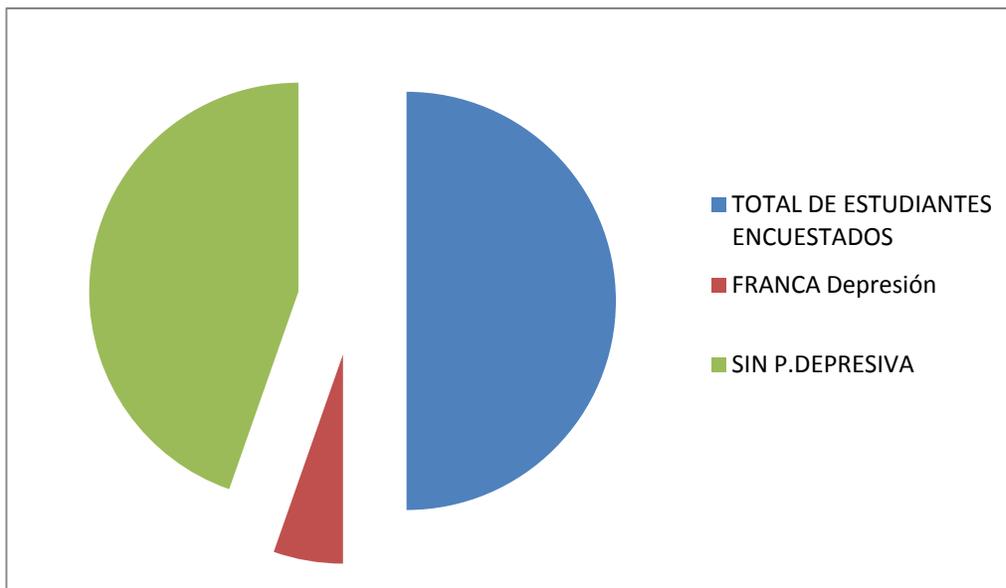
TOTAL ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA Depresión	12,50%
SIN P. DEPRESIVA	67,04%



MUJERES

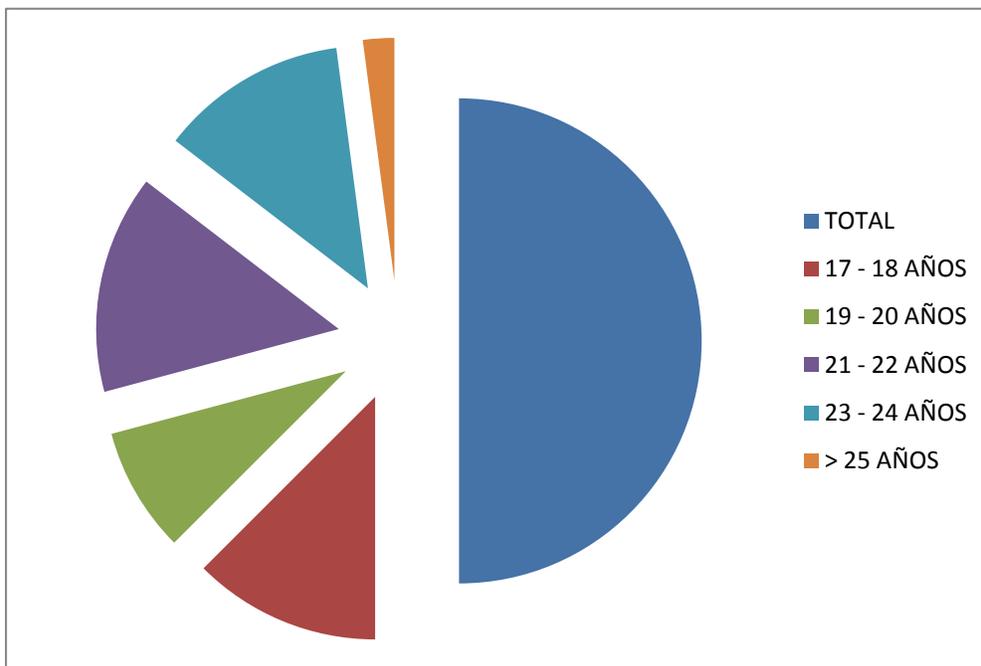
TOTAL DE ESTUDIANTES

TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA Depresión	10,74%
SIN P.DEPRESIVA	89,25%



EDAD

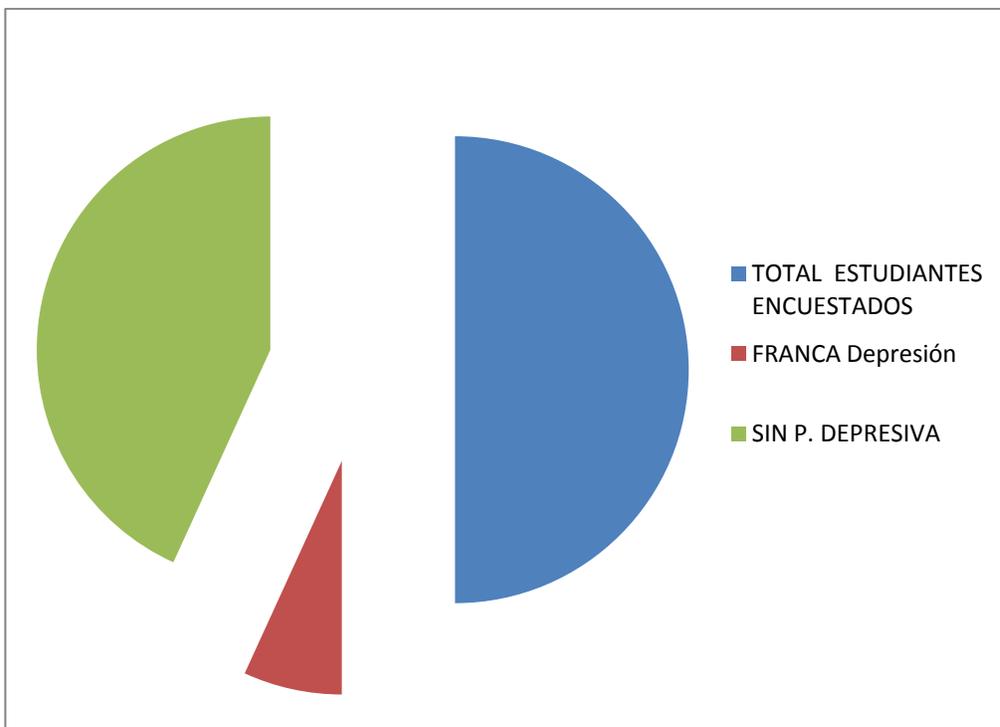
TOTAL	100%
17 - 18 AÑOS	12,19%
19 - 20 AÑOS	17,07%
21 - 22 AÑOS	36,58%
23 - 24 AÑOS	29,26%
> 25 AÑOS	4,87%



PRIMER AÑO

TOTAL ESTUDIANTES

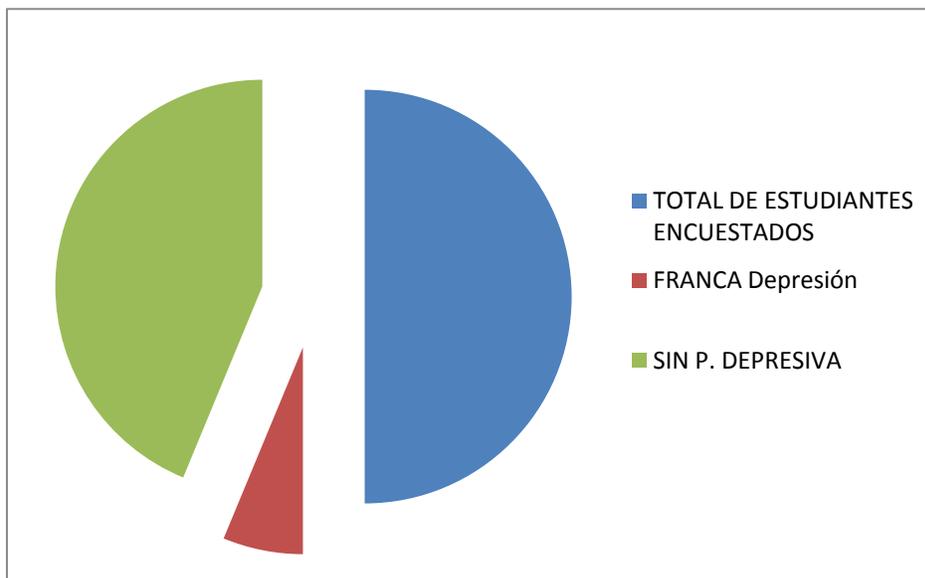
TOTAL ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA Depresión	13,63%
SIN P. DEPRESIVA	86,36%



SEGUNDO AÑO

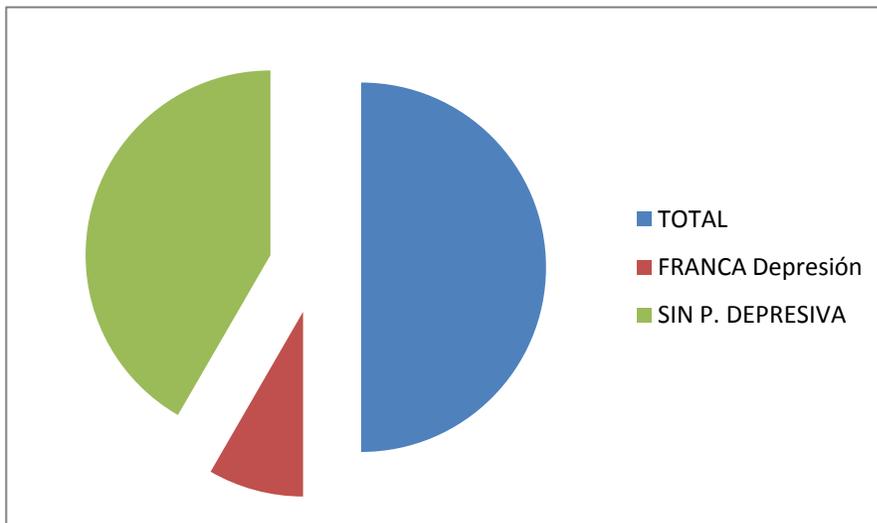
TOTAL DE ESTUDIANTES

TOTAL DE ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA Depresión	12,50%
SIN P. DEPRESIVA	87,50%



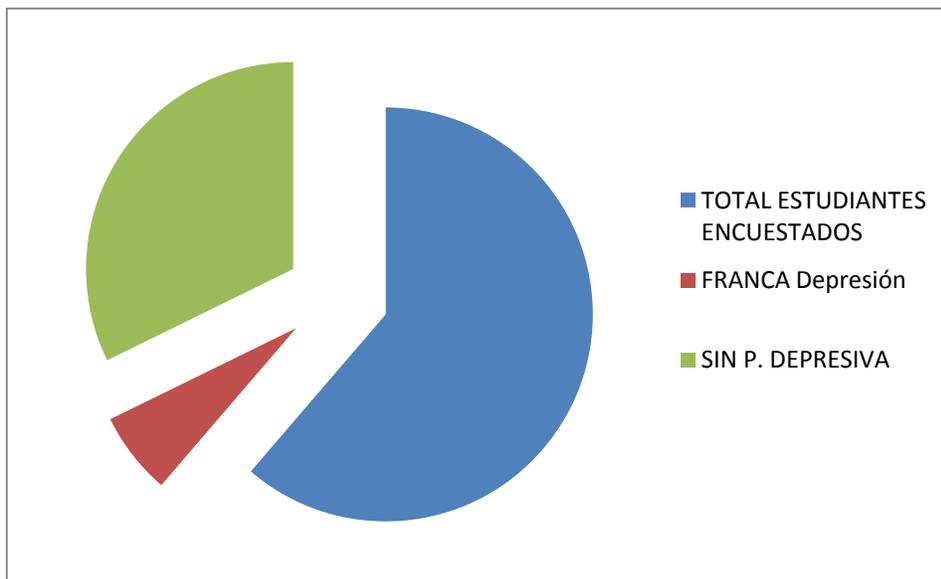
TERCER AÑO

TOTAL	100%
FRANCA Depresión	16,66%
SIN P. DEPRESIVA	83,33%



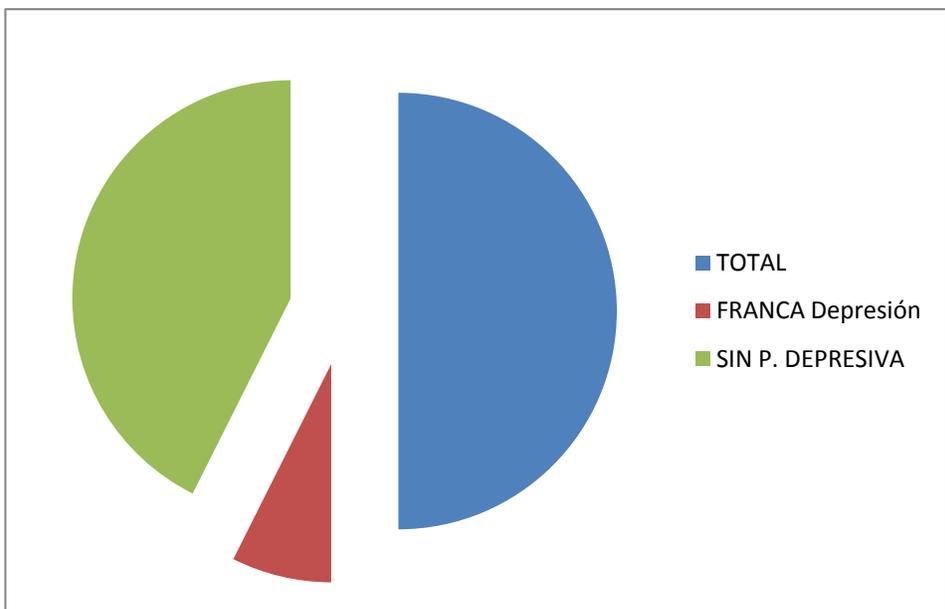
CUARTO AÑO

TOTAL ESTUDIANTES ENCUESTADOS	100%
FRANCA Depresión	10,52%
SIN P. DEPRESIVA	89,47%



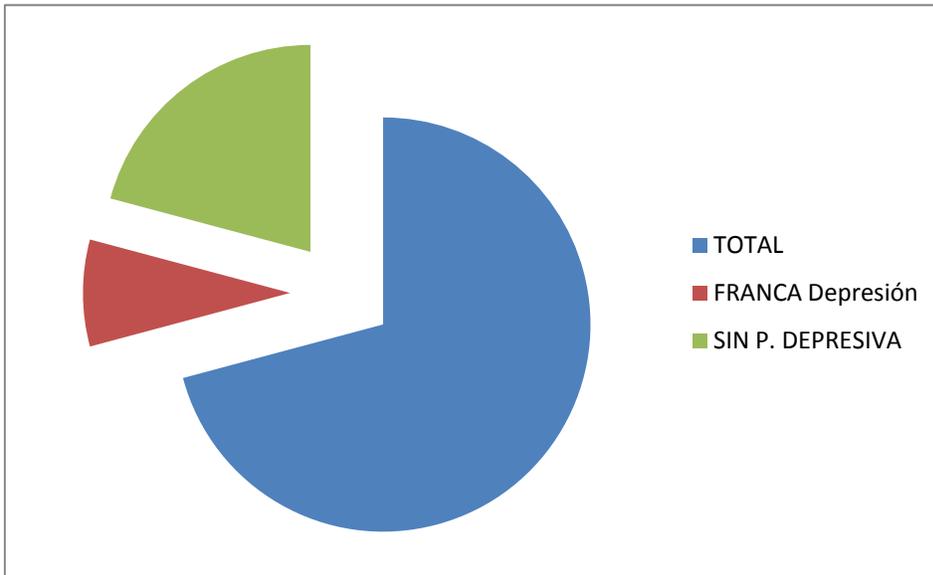
QUINTO AÑO

TOTAL	100%
FRANCA Depresión	14,81%
SIN P. DEPRESIVA	85,18%



SEXTO AÑO

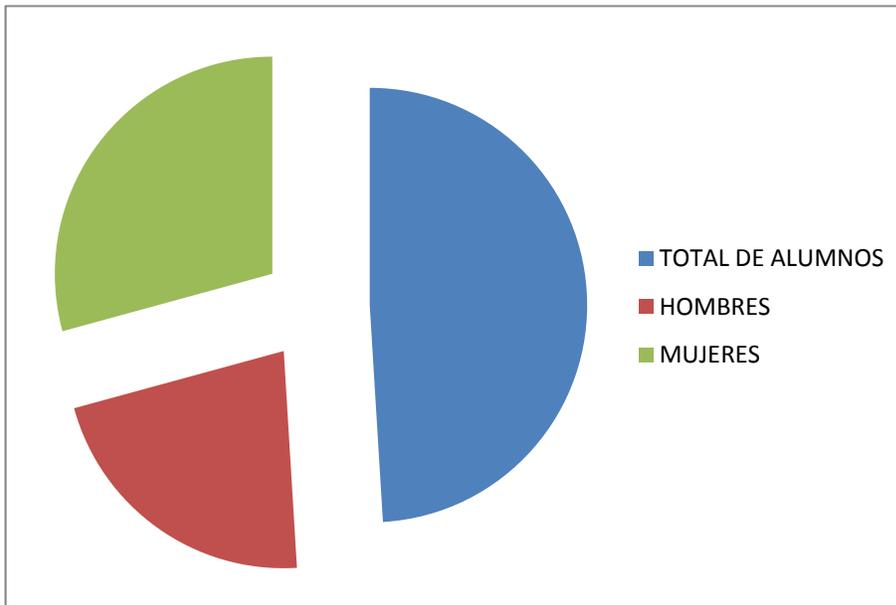
TOTAL	100%
FRANCA Depresión	11,76%
SIN P. DEPRESIVA	88,23%



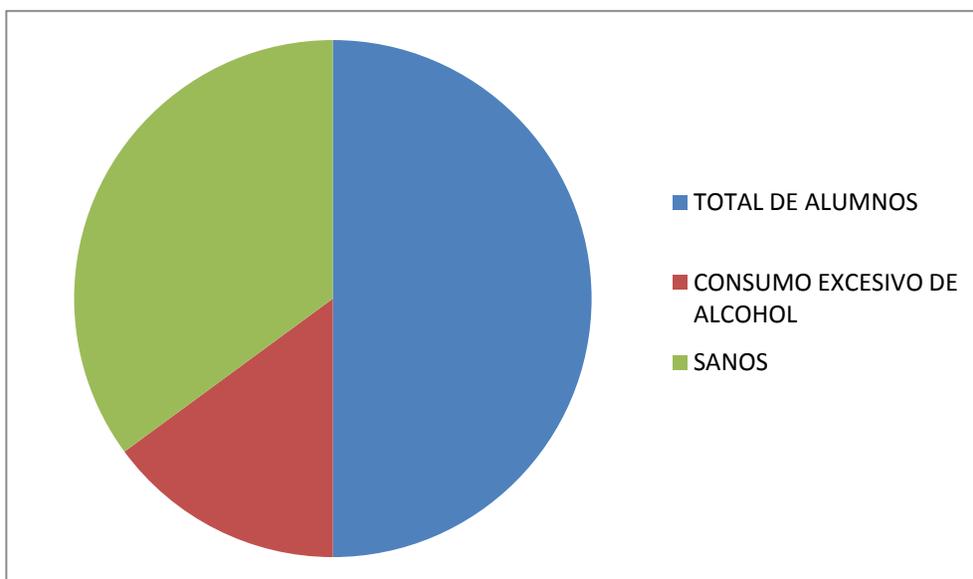
ALCOHOLISMO

5.3 ALCOHOLISMO

TOTAL DE ALUMNOS	100%
HOMBRES	63,00%
MUJERES	47,00%

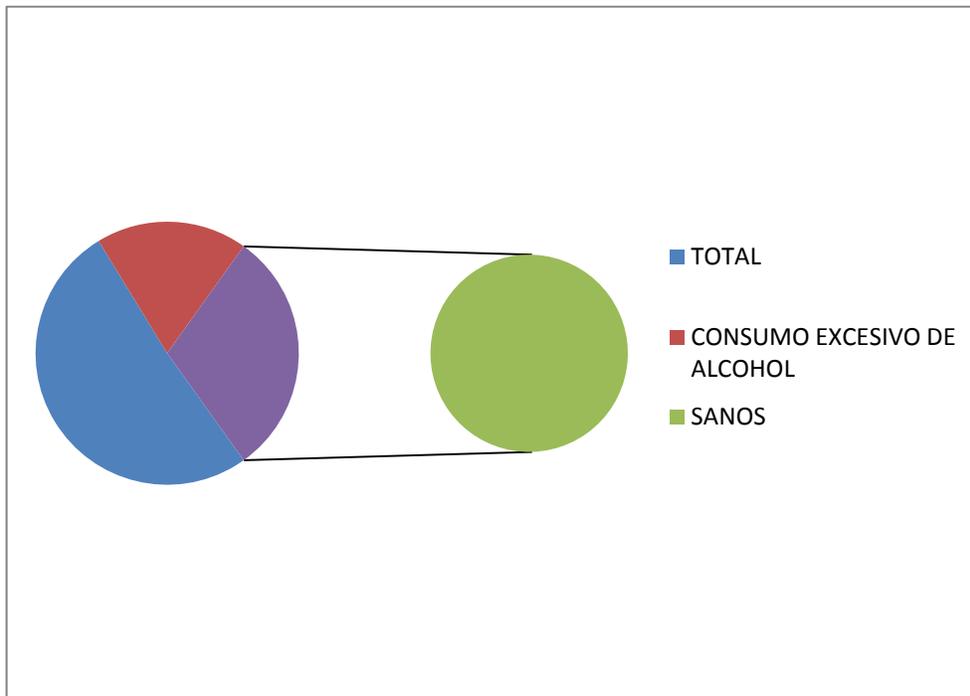


TOTAL DE ALUMNOS	100,00%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	29,82%
SANOS	70,10%



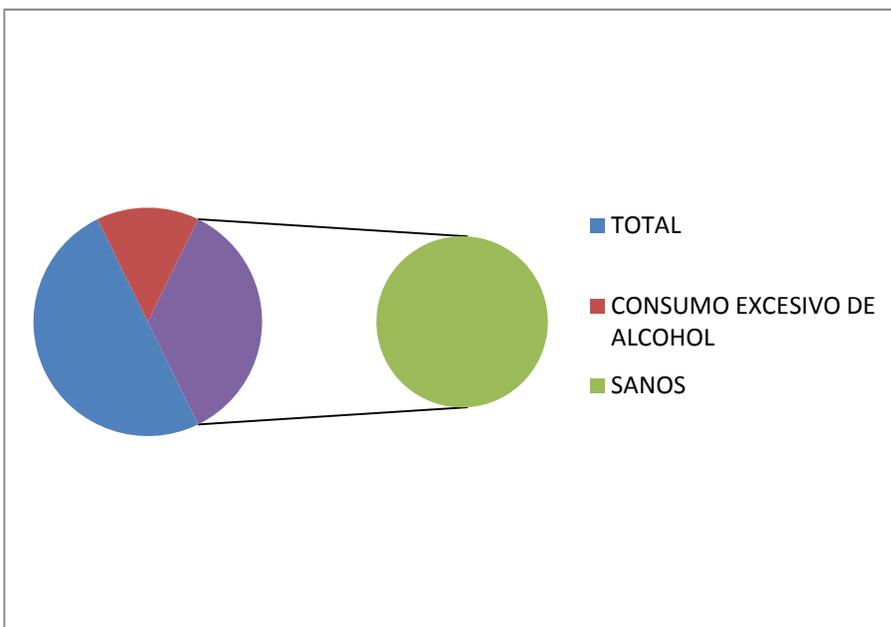
HOMBRES

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	36,00%
SANOS	64,00%



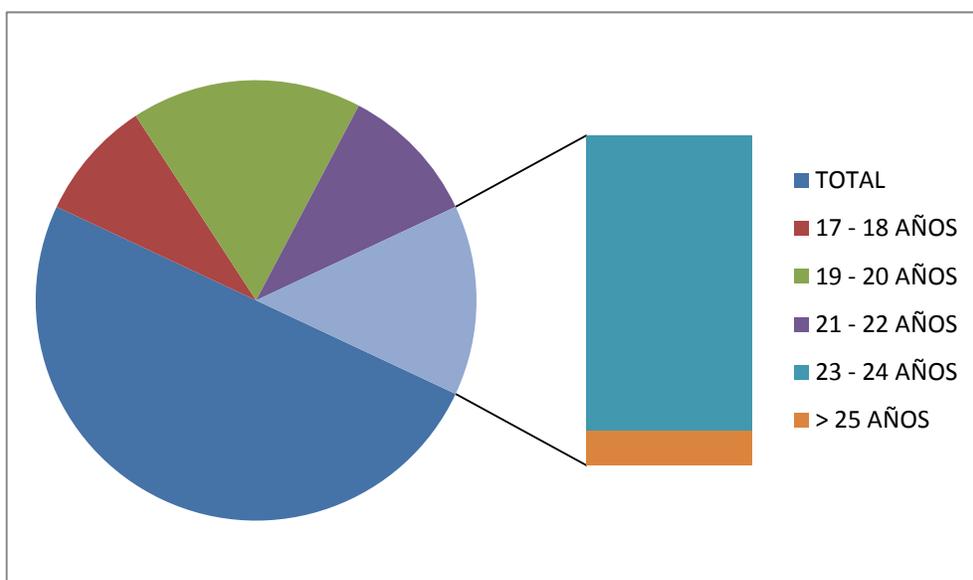
MUJERES

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	29,03%
SANOS	71,97%



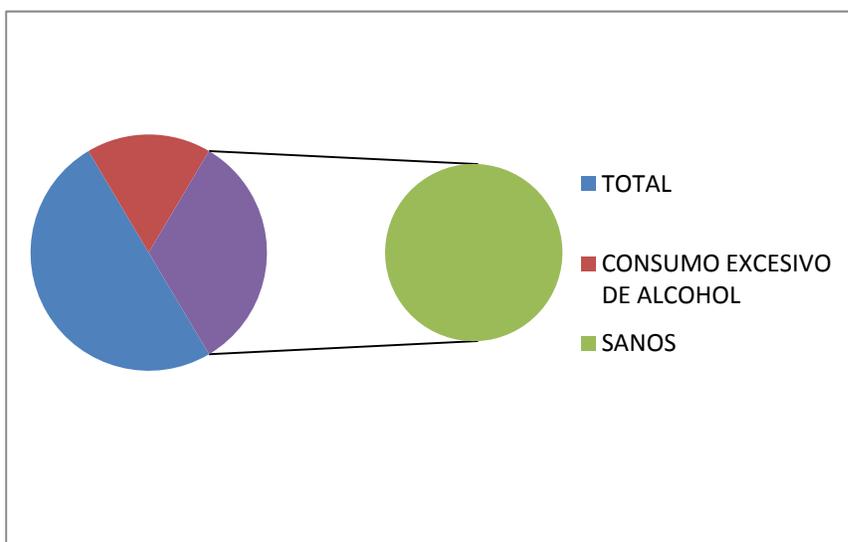
EDAD

TOTAL	100%
17 - 18 AÑOS	12,19%
19 - 20 AÑOS	17,07%
21 - 22 AÑOS	36,58%
23 - 24 AÑOS	29,26%
> 25 AÑOS	4,87%



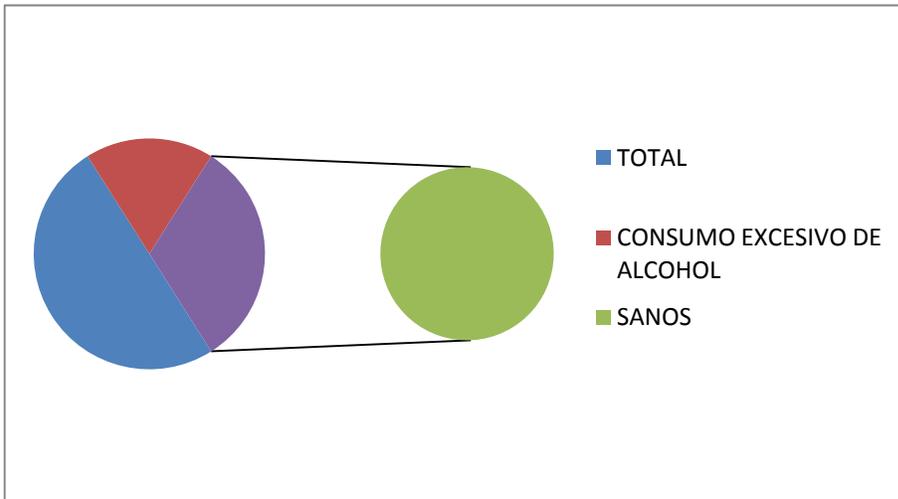
PRIMER AÑO

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	34,00%
SANOS	66,00%



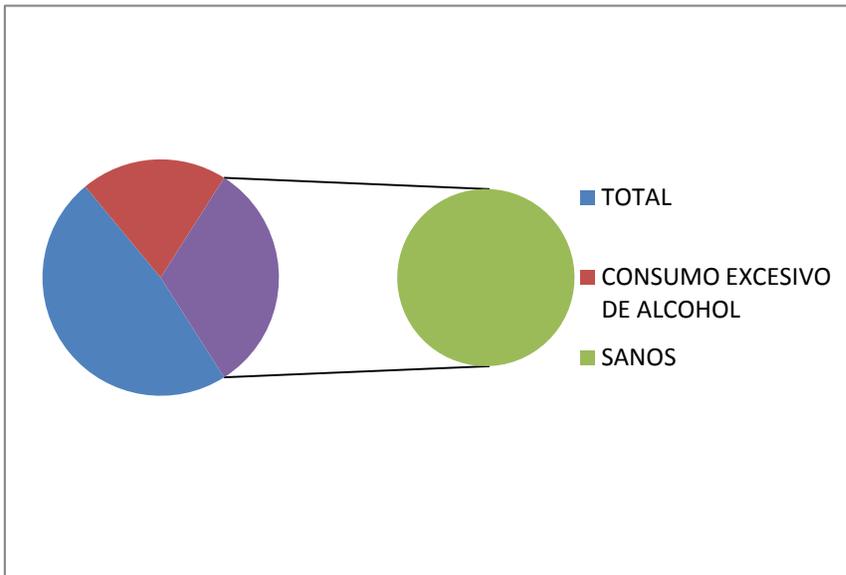
SEGUNDO AÑO

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	35,00%
SANOS	65,00%



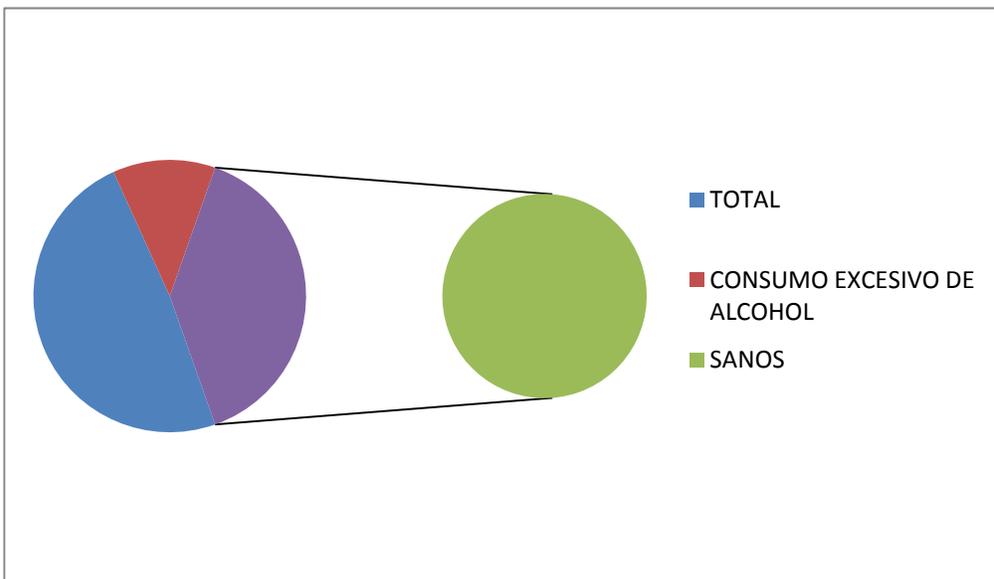
TERCER AÑO

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	41,00%
SANOS	59,00%



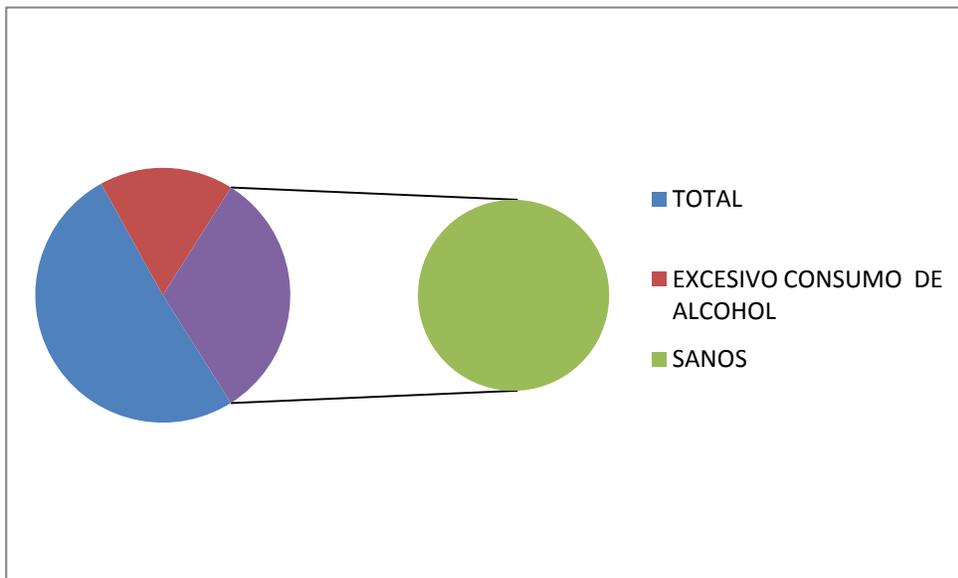
CUARTO AÑO

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	25,00%
SANOS	75,00%



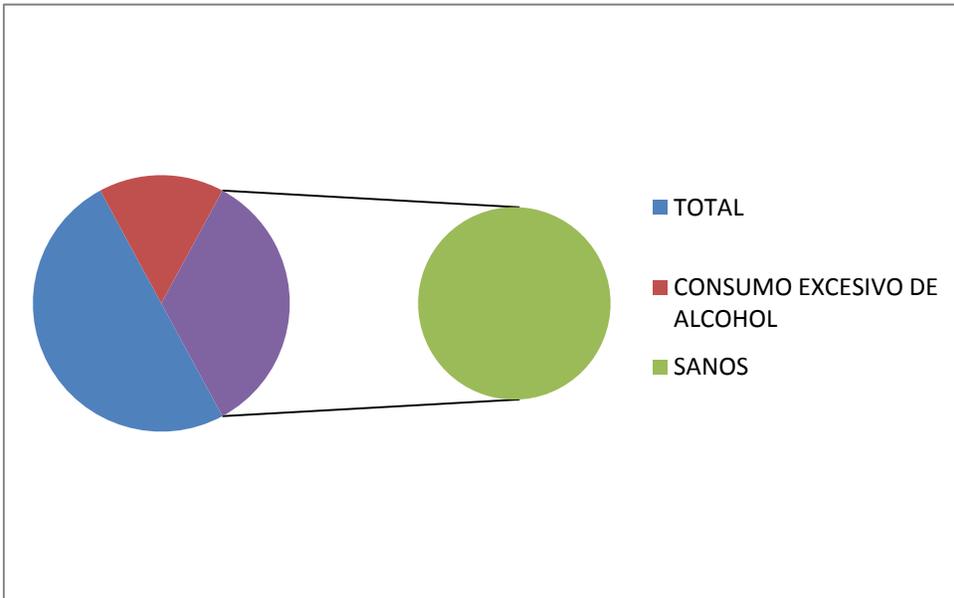
QUINTO AÑO

TOTAL	100%
EXCESIVO CONSUMO DE ALCOHOL	33,30%
SANOS	66,60%



SEXTO AÑO

TOTAL	100%
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	31,50%
SANOS	68,50%



Discusión de los Resultados

DEPRESION, ANSIENDAD Y

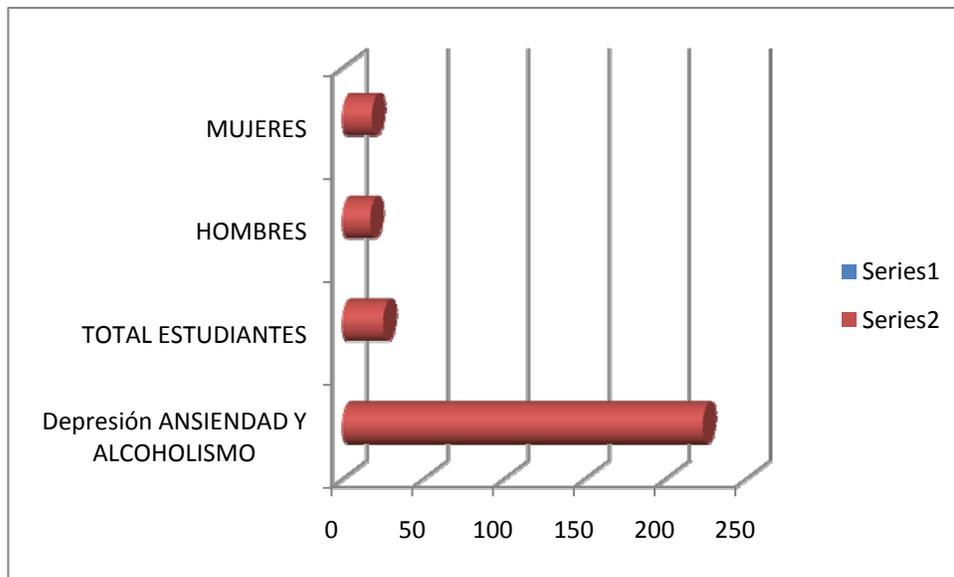
ALCOHOLISMO

TOTAL ESTUDIANTES

HOMBRES

MUJERES

	223
	25
	17
	18



6. DISCUSIÓN

Este estudio realizado en la población de estudiantes de 1° a 12° semestres de medicina de la Universidad Azuay durante el segundo semestre del 2010, que contó con la participación de 234 estudiantes (81% de la población activa), buscaba determinar la prevalencia de depresión y ansiedad. Las prevalencias fueron obtenidas mediante la aplicación de las escalas de Hamilton para Depresión y Ansiedad y la escala de CAGE

Interpretación y comparación de las prevalencias de depresión y de ansiedad

Se encontró una elevada proporción de estudiantes con puntajes en las escalas compatibles con depresión (13.95%) y ansiedad (29,33%), estas prevalencias fueron superiores a las encontradas en estudios de la población general latinoamericana que han utilizado el mismo instrumento.

También se evidenció una mayor proporción de ansiedad entre los estudiantes de ciencias básicas como lo han descrito en otros estudios, y la prevalencia de depresión fue mayor en estudiantes de clínicas.

Al comparar los diferentes estudios se ha podido determinar que la población médica estudiantil, en los que se han realizado diferentes estudios, hay mayor incidencia de depresión, y el riesgo de suicidio, en 5 personas, son alarmantes, pues son bombas de tiempo a punto de estallar.

Entre las posibles fuentes de ansiedad y estrés académico fueron; tener la responsabilidad frente al paciente, tener subordinados, y ser subordinados, en los alumnos de especialidades clínicas e internado, mientras que en los alumnos de ciencias básicas, los temores básicos fueron la pérdida de año, y la separación del grupo.

Al considerar los factores socio-demográficos, académicos y clínicos de control hay varios

hallazgos a considerar: primero, en cuanto al soporte social, a pesar de ser procedentes de fuera de la ciudad de Cuenca en un pequeño número de estudiantes vivían solos en el momento de la entrevista (2,7%); de estos más de la mitad presentaban puntajes positivos para depresión y para ansiedad, sin embargo el estar viviendo con alguien más no implicó menores prevalencias (45,44% depresión y 54,83% ansiedad).

Se encontró abuso de alcohol en el 46,04% de los estudiantes cuyo valor difiere de otros estudios unos están por encima del 30% y otros por debajo del 15% (22,23,24.), en particular el estudio de Sogi Uetmatsu (25) que utilizó la misma prueba encontró un tamizaje positivo para abuso de alcohol en el 13,7% de estudiantes de medicina en un Análisis secundario.

También se observó una mayor prevalencia de depresión en los abusadores de alcohol que en los no abusadores, la de ansiedad fue similar en ambos grupos.

Los estudiantes con antecedentes de enfermedad mental tuvieron prevalencias mayores al 66% tanto de depresión como de ansiedad. Es importante anotar que estos sujetos a pesar de haber sido diagnosticados previamente no estaban recibiendo manejo farmacológico.

7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la depresión fue (13.95%) y de ansiedad (29.33%) en estudiantes de la Facultad de Medicina de 1ro a 12avo ciclo.

2. El género femenino presentó síntomas de franca ansiedad en un 7.4%, en comparación del 4.9% de los varones, lo que nos indica que entre el género femenino existe mayor grado y prevalencia de ansiedad

3. En cuanto a la depresión, los varones presentaron síntomas de franca depresión un 12.5%, en relación al 10.7% de las mujeres, lo que nos demuestra que algunos varones padecen más de depresión que las mujeres.

4. El consumo excesivo de alcohol se ve en mayor porcentaje en el sexo masculino con un 36% vs el 29.03% en las mujeres.

8. RECOMENDACIONES

1. Se debería promocionar programas, hojas volantes o afiches, con el fin de poder proporcionar ayuda médica adecuada para los trastornos del estado de ánimo, y otros trastornos psiquiátricos ya que mucha gente desconoce de la enfermedad ya que simplemente no sabe lo que le pasa.

2. Se puede dar consulta externa en la Facultad de Medicina a personas que necesiten orientación o ayuda en cuanto a problemas personales, interpersonales, académicos, etc. Pero como lograr esto? Se tiene que empatizar un poco más con los estudiantes e inculcarlos a que si realmente padecen de estos trastornos, visiten a su médico de confianza para ser diagnosticados, y recibir el tratamiento adecuado.

3. Promover campañas o charlas educativas sobre el alcohol y sus efectos sobre la persona, la sociedad y sobre todo sobre el daño potencial para la salud de este químico.

9. ANEXOS:

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA”

Edad: _____

Sexo: 1. Masculino _____ 2. Femenino _____

Ciclo Actual de estudio: _____

Antecedentes de ansiedad, depresión, alcoholismo en la familia: Si _____ No _____,

indique cual _____ Consulta psiquiátrica-psicólogo: Si _____ No _____

Procedencia _____

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<p>7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.</p>	0	1	2	3	4
<p>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.</p>	0	1	2	3	4
<p>9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>	0	1	2	3	4
<p>10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>	0	1	2	3	4
<p>11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

Test Psicométrico de Depresión de Hamilton

Marque cada síntoma que haya experimentado en forma casi diaria durante el último mes.

1	Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:	
	Ausente	
	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	
	Estas sensaciones las relata espontáneamente	
	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	
	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	
2	Sentimiento de culpa:	
	Ausente	
	Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	
	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	
	Siente que la enfermedad actual es un castigo	
	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	
3	Suicidio:	
	Ausente	

	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	
	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	
	Ideas de suicidio o amenazas	
	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
	Insomnio precoz:	
	No tiene dificultad	
4	Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño	
	Dificultad para dormir cada noche.	
	Insomnio intermedio:	
	No hay dificultad	
5	Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea	
	Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)	
	Insomnio tardío:	
	No hay dificultad	
6	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	
	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	

	Trabajo y actividades:	
	No hay dificultad	
	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	
7	Pérdida de interés en su actividad (dis. de la atención, indecisión y vacilación)	
	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. de la productividad	
	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	
	Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):	
	Palabra y pensamiento normales	
8	Ligero retraso en el habla	
	Evidente retraso en el habla	
	Dificultad para expresarse	
	Incapacidad para expresarse	
9	Agitación psicomotora:	
	Ninguna	

	Juega con sus dedos	
	Juega con sus manos, cabello, etc.	
	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	
	Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos	
	Ansiedad psíquica:	
10	No hay dificultad	
	Tensión subjetiva e irritabilidad	
	Preocupación por pequeñas cosas	
	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	
	Expresa sus temores sin que le pregunten	
	Ansiedad somática (<i>Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración</i>):	
11	Ausente	
	Ligera	
	Moderada	
	Severa	

	Incapacitante	
	Síntomas somáticos gastrointestinales:	
	Ninguno	
12	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen	
	Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
	Síntomas somáticos generales:	
	Ninguno	
13	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.	
	Cualquier síntoma bien definido	
	Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):	
14	Ausente	
	Débil	
	Grave	
	Hipocondría:	
15	Ausente	

	Preocupado de si mismo (corporalmente)	
	Preocupado por su salud	
	Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
	Pérdida de peso:	
16	Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana	
	Pérdida de más de 500 gr en una semana	
	Pérdida de más de 1 kgr en una semana	
	Perspicacia:	
	Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	
17	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	
	No se da cuenta que está enfermo	

CUESTIONARIO CAGE

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos o dejar de beber?

Si _____ No _____

A: ¿Le ha molestado o le disgusta que la gente lo critique por su forma de beber?

Si _____ No _____

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

Si _____ No _____.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar las molestias por haber bebido la noche anterior?

Si _____ No _____

(Especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No

tiene prácticamente falsos positivos.

FIGURA 1: ETIOPATOGENIA

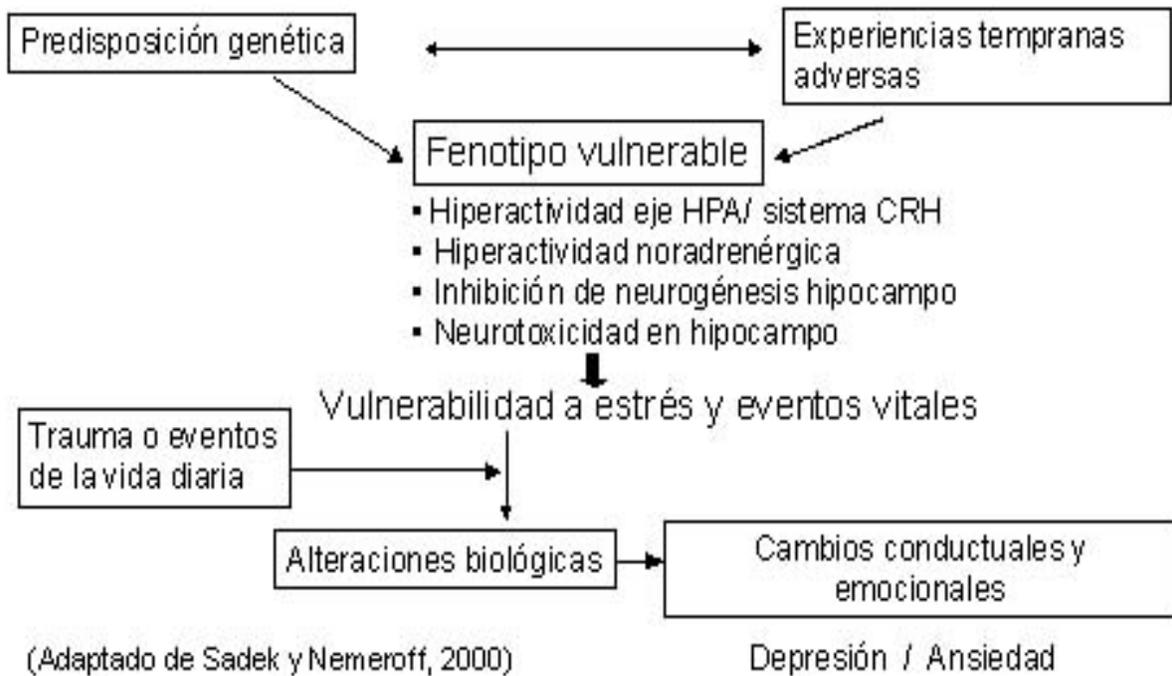


Figura 1. Etiopatogenia de los trastornos mentales

10. BIBLIOGRAFIA

- 1.-ALARCÓN, R. (1991). "Métodos y Diseños de Investigación del comportamiento". Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Fondo Editorial.
- 2.-BECK, A y otros (1983). "Terapia Cognitiva de la Depresión". 5ta Edición. Editorial Desclee de Brouwer S.A. España.
- 3.- CRA (2007) "Estadísticas en población Austro" consulta externa,
4. Marshall FJ. Disorders of Mood and Behavior. En: Andreoli TE, Carpenter Ch CJ, Griggs RC, Benjamin IJ, editores. Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine. 7ª edición. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2007.p.1060-1065.
5. - KATON W, SCHULBERG H: Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*,14:237–247, 1992.
- 6.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, 2000.
- 7- Rudd, M.D Y Rajab, MH (1995) Specificity of the Beck Depression Inventory and the confounding role of comorbid
8. Marsiglia I. Ansiedad y depresión en la práctica de la medicina interna. *Med Intern (Caracas)*. 2001;17:159- 166.
9. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 6ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991:363-427.
10. Davidson, J.R.T., & Foa, E.B (Eds.) (1993). Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press.
11. Horowitz, M.J. (1986). Stress response syndromes (2nd ed.). Northvale, NJ: Aronson.

12. Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Ontario, Canada: Institute Press.
13. Müller N, Schwarz MJ. The immune-mediated alteration of serotonin and glutamate towards an integrated view of depression. *Mol Psychiatry*. 2007;12:988-1000.
14. Marsiglia I. La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad. *Gac Méd Caracas*. 2009;117:183-195.
15. Matsunaga M, Isowa I, Kimura K, Miyakoshi M, Kanayama N, Murakami H, et al. Associations among central nervous, endocrine, and immune activities when positive emotions are elicited by looking at a favorite person. *Brain Behav Immun*. 2008;22:408-417.
16. Basedovsky H, Sorkin E. Network of immunoneuroendocrine interactions. *Clin Exp Immunol*. 1977;27:1-12.
17. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:1039-44.
18. - Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. *The New England Journal of Medicine*. Vol 347:667-671.
19. Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcon W, Monge. Ansiedad y Estrés académico en estudiantes de medicina de primer y sexto año. *An Fac Med. (Perú)*. 2001; 62 (1): 25-30

20. Parra, J. (1994). Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la noche. En: Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva. Madrid: CCS.
21. Critchlow LB. Belief about the effects of alcohol on self and others. *J Stud Alcohol* 1987;48(5):467-475.
22. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Gronvold NT, Ekeberg O. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking. A study of two nation-wide. Norwegian samples of medical students. *Addiction*.1998; 93(9): 1341-9
23. Webb E, Ashten CH, Kelly P, Kamahf. An update on British medical student's lifestyles. *Med. Educ*.1998; 32(3): 325-31.
24. Gomes de Matos e Souza F, Machado Landium R, Biaga Perdigao F, Maid de Morais R, Arruba Carneiro BF: Consumo de alcohol e desempenho academic en estudantes de medicina, no ceara. *Rev. Psiquiatr.Clin. (Sao Paulo)*. 1999; 26(4): 188-94.
25. Sogi Uematsu C, Perales Cabrera A, Uso/Abuso de alcohol en Estudiantes de Medicina. *An. Fac. Med. (Perú)*; 2001; 62(1): 13-19