

Artículo original

Comorbilidades y factores precipitantes en pacientes con episodio depresivo mayor del servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat

Guillermo Fernando Mendoza Vélez

Resumen

Introducción: Los trastornos depresivos son considerados como un problema de salud pública, que generan intenso deterioro en las esferas personal, familiar, social y laboral. La frecuencia de la comorbilidad en los trastornos depresivos es alta. Se ha reportado la presencia concomitante de otros trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, enfermedades médicas y factores psicosociales.

Objetivo: Determinar la prevalencia de comorbilidades y factores precipitantes en pacientes con episodio depresivo mayor en atención ambulatoria de la Clínica Montserrat.

Métodos: Estudio observacional descriptivo mediante revisión documental de historias clínicas de pacientes con depresión mayor que asistieron a consulta no programada de la Clínica Montserrat entre julio de 2011 y junio de 2012. Se realizó análisis estadístico con IBM-SPSS versión 15.0. El protocolo de investigación fue aprobado por un Comité Independiente de Ética en Investigación.

Resultados: Se revisaron 250 historias clínicas de las que cumplieron los criterios de inclusión las historias de 114 pacientes. Al 65% de los pacientes se les diagnosticó episodio grave de trastorno depresivo mayor, seguido por 33% con episodio moderado y 2% leve. En 80% de los pacientes se reportó cualquier tipo de comorbilidad, correspondiendo a las comorbilidades médicas 50% y psiquiátricas 30%. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes fueron los trastornos relacionados con alcohol y sustancias (62%) seguidos por los trastornos de ansiedad (29%). Las comorbilidades médicas más reportadas fueron hipotiroidismo e hipertensión arterial (21% cada una). Los factores precipitantes y predisponentes más frecuentes fueron los conflictos de pareja con o sin separación (45%), ausencia de figura paterna o materna en la niñez o adolescencia (49%), mala relación con los padres (22%) y sobrecarga laboral (10.5%).

¹ Médico Psiquiatra· Egresado del Postgrado de Psiquiatría Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso·
Especialista en Medicina Familiar·
Magíster en Salud Mental· Diplomado en Logoterapia·
gmendozavelez@yahoo.com

Conclusiones: La presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas en pacientes con episodio depresivo mayor es alta, al igual que la proporción de factores precipitantes y predisponentes de tipo familiar. Es relevante la evaluación sistemática de los factores comórbidos, precipitantes y predisponentes en pacientes con depresión mayor, dada su alta prevalencia, y que su presencia perpetúa los síntomas y dificulta el tratamiento.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, comorbilidad, factores precipitantes.

Summary

Introduction: Depressive disorders are considered a public health problem, which generate intense family, social and work impairment. Comorbidity in depressive disorders is high. Concomitant presence of comorbid psychiatric disorders, personality disorders, medical conditions and psychosocial stressors has been reported.

Objective: Determine the prevalence of comorbidities and precipitating factors in major depressive episode outpatients who attended Clinica Montserrat.

Methods: Descriptive observational study. Review of medical records of outpatients diagnosed with major depression who attended unscheduled clinic visit in Clinica Montserrat between July 2011 and June 2012. Statistical analysis with IBM SPSS version 15.0 was performed. The research protocol was approved by an Independent Research Ethics Committee.

Results: 250 medical records were reviewed, selecting 114 that met inclusion criteria. 65% of patients were diagnosed with severe episode of major depressive disorder, followed by 33% moderate and 2% mild episode. 80% of patients had report of any type of comorbidity, of which 50% were medical and 30% psychiatric comorbidities. The most frequent psychiatric comorbidities were alcohol and substance related disorders (62%), followed by anxiety disorders (29%). More frequent medical comorbidities reported were hypothyroidism and hypertension (21% each). Precipitating and predisposing factors commonly reported were: couple conflicts with or without separation (45%), lack of parents in childhood or adolescence (49%), bad relationship with parents (22%) and work overload (10,5%).

Conclusions: The presence of medical and psychiatric comorbidities in patients with major depressive episode is high, as is the proportion of family precipitating and predisposing factors. It is relevant a systematic evaluation of comorbid, precipitating and predisposing factors in patients with major depression, given its high prevalence, and that its presence perpetuates symptoms and complicates treatment.

Key words: depressive disorder, comorbidity, psychosocial stressors.

Introducción

Los trastornos depresivos son considerados como un problema de salud pública, que generan intenso deterioro en las esferas personal, familiar, social y laboral de los individuos, y que afectan no sólo la vida de quienes lo padecen, sino también a sus familias y a la sociedad.

Además, es una condición de salud que genera muchos estigmas, lo que dificulta su temprano diagnóstico y oportuno tratamiento (1-3).

En los últimos tiempos, con el advenimiento de la psiquiatría descriptiva, la tendencia es clasificar a las personas según criterios diagnósticos preestablecidos, sin tener en

cuenta que el ser humano es dinámico, y los síntomas representan para una persona algo diferente que para otra.

Por esa razón, es necesario investigar no sólo los síntomas cardinales, sino también las distintas comorbilidades, así como los posibles factores que exacerbaron la aparición de los síntomas depresivos, los cuales inciden directamente sobre el pronóstico de la enfermedad y sobre la respuesta al tratamiento (1-3). El presente estudio tiene como propósito evaluar las distintas comorbilidades y factores precipitantes de la depresión, para poder intervenir sobre estos, y crear estrategias preventivas de futuros episodios.

Generalidades sobre la depresión mayor

Los trastornos depresivos afectan a una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres en algún tiempo durante sus vidas (1,3). A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos para el manejo de la depresión, muchas personas se encuentran con discapacidades, y las tasas de suicidio siguen siendo particularmente altas en jóvenes y en adultos mayores (1).

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute por la vida, apatía, sentimientos de minusvalía y pérdida de interés por el trabajo o las relaciones. Suelen manifestar ansiedad o síntomas somáticos (1,2,4).

El episodio depresivo mayor es un cuadro sindromático caracterizado por un período de por lo menos 2 semanas durante los cuales existe ya sea ánimo deprimido o pérdida del interés en todas o casi todas las actividades (anhedonia). Además de esto, pueden aparecer otros síntomas como cambios en el apetito, alteraciones del sueño, cambios en el estado motor, falta de energía, sentimientos de culpa,

ideas de minusvalía, falta de concentración e ideación suicida o de muerte (1-6).

Epidemiología de la depresión

En el estudio NCS (National Comorbidity Survey) realizado en EEUU en 1991 se encontró una prevalencia en la vida de los trastornos depresivos del 17.1%; se describió una prevalencia a 1 año de 10.3%. La prevalencia corriente en la población general es 4.9%. En el año 2002, en el estudio NCS-R se vio una prevalencia en la vida de 16.2%, y a un año de 6.6%. En cuanto a la incidencia, en el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area Study) realizado en EEUU en 1981, se observó una incidencia en un año de 1.89% en mujeres, y 1.1% en hombres (1).

Gómez y cols. adelantaron un estudio en 2004 sobre la prevalencia de la depresión en Colombia y de sus factores asociados. Se estudiaron 1.116 adultos de todas las edades, de ambos géneros, mostrando que el 10% tuvieron un episodio depresivo mayor en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% sufrieron un episodio el último mes. Más del 50% de episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres y se encontró una más alta prevalencia en mayores de 45 años (7).

Factores de riesgo para depresión

En el estudio de Gómez y cols. en Colombia, se observó que los factores más frecuentemente asociados a depresión fueron: “ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, estar desempleado o con discapacidad” (7).

Género: El hallazgo más consistente en todos los estudios de trastornos depresivos es que es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (1-4). Ya que no hay datos de que el hecho de ser mujer per se aumente el riesgo de tener depresión, se asume que hay otros factores que influyen en la mayor frecuencia de depresión: sensibilidad aumentada al estrés, estrategias mal adaptativas, roles sociales múltiples y consumo de sustancias más frecuente en hombres (lo que enmascara los síntomas de depresión) (1,3).

Edad: Los trastornos depresivos muestran una prevalencia más alta en personas menores de 45 años, pero esto puede verse modificado si hay antecedentes familiares. La edad promedio de aparición de la depresión oscila entre los 30 a 35 años (1). Las personas jóvenes son mucho más sensibles a los factores estresantes psicosociales que los mayores; en el adulto mayor tienen más importancia factores como el aislamiento, la pérdida de contactos sociales, problemas médicos y la discapacidad (1,3).

Estado civil: El ser soltero/a, separado/a o viudo/a es un factor de riesgo para desarrollar depresión, y se ha visto que en esta población la prevalencia es mayor (1-3). Pero si se detalla más, la mujer soltera tiene menos prevalencia de depresión que la casada, lo contrario sucede en los hombres, donde los casados tienen menos prevalencia. La depresión es muy alta en personas que recién han envidado, en especial en adultos mayores (1).

Factores socioeconómicos: Aunque la relación entre depresión y baja clase social está bien documentada, la mayoría de estudios recientes muestran una débil asociación entre estas dos variables, aunque

es consistente (1). Las personas con bajo nivel socioeconómico tienen menos nivel educativo, bajos ingresos y pobres condiciones de vida, y más alta tasa de desempleo (1,3).

Factores genéticos y hereditarios: La historia familiar de depresión se considera uno de los factores de riesgo más firmes para esta enfermedad. Los descendientes de primer grado de pacientes con depresión tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un episodio depresivo que la población general (3). Estos datos han sido probados en numerosas ocasiones en estudios de gemelos, de adopción y familiares (3,8).

Estresores sociales: Han sido ampliamente reconocidos como importantes factores de riesgo para depresión. Sin embargo, diferentes tipos de factores estresantes (en la niñez versus los de la adultez; agudos versus crónicos; eventos positivos versus negativos) juegan diferentes roles en la predisposición y precipitación de trastornos depresivos (1-4). En el trastorno depresivo mayor los estresores crónicos como el desempleo, insatisfacción laboral o problemas maritales, juegan un rol más relevante que los estresores agudos (1,3). Sin embargo, la acumulación de múltiples eventos estresantes negativos a través de la vida es el factor predisponente más importante. Aún así, el hecho de que sea más importante la forma como la persona vive el evento que el evento como tal, hace que evaluar esto sea más difícil (1).

Soporte social: El soporte social puede modificar las consecuencias de los estresores psicosociales y sus eventos secundarios. Vivir solo y estar desempleado son

factores de riesgo para depresión. De esa forma, el pobre soporte social es un factor de riesgo mayor para depresión (1,2).

Eventos traumáticos en la infancia: estos eventos actúan como factores predisponentes, es decir, que abonan el terreno para una posible depresión en la edad adulta. El factor más importante es la pérdida de uno de los padres, lo cual duplica o triplica el riesgo de padecer depresión en el futuro. Otros eventos adversos destacados que aumentan el riesgo de depresión en edad adulta son: abuso sexual en la infancia, abuso físico, pobre percepción de su papel en la familia y el estilo educacional (3).

Personalidad del individuo: Ciertos rasgos de personalidad parecen predisponer a depresión mayor, sobre todo, lo que se denomina “neuroticismo”. También se ha visto que las personas con baja autoestima tienen más riesgo de depresión. Algunos factores de personalidad en los cuales no se ha encontrado asociación con depresión son la introversión, la baja tolerancia a la frustración ni la baja sociabilidad (3).

Distorsiones cognitivas: Pueden afectar la forma como el individuo ve la vida y predisponerlo a sufrir depresión con mayor frecuencia que la población general, siempre y cuando tenga otros factores asociados. Algunos de estos factores cognitivos son las creencias y paradigmas, los esquemas de sí mismo y de las personas, y las creencias sobre el futuro. También se ha visto que las personas con pensamiento optimista sufren menos de depresión que los que tienen un pensamiento pesimista (8).

Comorbilidades de la depresión

Las personas que sufren de depresión tienen un riesgo mucho mayor de presentar otros trastornos del eje I que la población general (1-3). Los trastornos psiquiátricos más relacionados con la depresión son: abuso de alcohol y otras sustancias (27%), trastorno de pánico (10%), trastorno obsesivo compulsivo (12%) y fobia social (1). Así mismo, los pacientes con abuso de sustancias y con trastornos de ansiedad, tienen más riesgo de presentar trastornos afectivos (1-3).

En cuanto a las comorbilidades médicas, Maes y cols., publicaron en 2011 un estudio en Tailandia donde describen los determinantes neurobiológicos de la depresión y por qué está asociada a tantas comorbilidades médicas (9). Según estos autores, actualmente hay evidencia de que la depresión es la expresión de la activación periférica mediada por células, la inflamación y la inducción de vías de estrés oxidativas y nitrosativas, así como una activación de la microglía, aumento de la apoptosis y disminución de la neurogénesis. Esto explicaría su alta comorbilidad con: trastornos cerebrales caracterizados por neurodegeneración, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cerebrovascular; trastornos médicos, como enfermedades cardiovasculares, síndrome de fatiga crónica, artritis reumatoidea, síndrome de colon irritable, lupus eritematoso sistémico, diabetes tipo 1 y 2, obesidad y síndrome metabólico; y condiciones médicas especiales, como hemodiálisis, inmunoterapia con interferón, período postnatal y estresores psicosociales.

Los estudios con pacientes deprimidos habitualmente tienen como criterio de exclusión que el paciente no presente comorbilidad médica; pero en la práctica clínica, esta es la norma más que la excepción. Entre las patologías más asociadas a depresión están las

enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la infección por VIH, la diabetes, enfermedades renales, esclerosis múltiple, enfermedades pulmonares, entre otras (10).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en pacientes con depresión. Algunos estudios muestran que los trastornos de ansiedad son los trastornos del eje I más frecuentes comórbidos con depresión (56,8%). Y en pacientes deprimidos, entre más severos los síntomas de depresión, mayores niveles de ansiedad (10).

También se ha observado mayor incidencia de episodios depresivos en pacientes con trastornos de personalidad, en especial los ubicados en el grupo B (en especial narcisista, histriónico y límite) (10).

Materiales y Métodos

Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población que se tomó para el presente estudio fueron pacientes mayores de 18 años que consultaron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat por diagnóstico de episodio depresivo mayor en el período de julio de 2011 a junio de 2012; el diagnóstico debió haber sido realizado por médico psiquiatra.

Criterios de inclusión y de exclusión

Entre los criterios de inclusión están: individuos mayores de 18 años; diagnóstico por médico psiquiatra de episodio depresivo mayor unipolar según criterios de la Cuarta Edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR).

Entre los criterios de exclusión están: diagnóstico de trastorno afectivo bipolar I ó II; presencia de síntomas psicóticos; presencia

o sospecha de deterioro cognitivo o retardo mental; pacientes con cuadro depresivo secundario a patología médica orgánica, medicación, uso de sustancias ilícitas o síndrome de abstinencia; historias clínicas que no posean información completa o claridad en la información consignada.

Muestra

Se evaluaron todas las historias clínicas realizadas en consulta no programada desde junio de 2011 a julio de 2012. Posteriormente se seleccionaron las que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. No se realizó una muestra, sino una selección de todas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Variables

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

1. Género: masculino o femenino.
2. Ciclo vital individual: adulto joven (18 a 44 años), adulto maduro (45 a 64 años), adulto mayor (mayor a 65 años).
3. Severidad de la depresión: leve, moderada o grave, según parámetros del DSM-IV-TR.
4. Trastornos del eje I: patologías psiquiátricas específicas.
5. Trastornos del eje II: trastornos de la personalidad o rasgos de personalidad.
6. Trastornos del eje III: enfermedades médicas asociadas.
7. Trastornos del eje IV: factores psicosociales precipitantes y predisponentes.

Metodología

Se revisaron en Hosvital (software de historias clínicas vigente en la Clínica Montserrat en el momento del estudio) las historias clínicas de los pacientes que consultaron por episodio depresivo mayor a la Clínica Montserrat entre julio de 2011 a junio de 2012. Se preseleccionaron las historias que cumplían

los criterios de inclusión y de exclusión. Se seleccionaron luego las historias clínicas que poseían información completa y claridad en la información; las demás fueron descartadas del estudio. Las historias seleccionadas fueron evaluadas una a una, en búsqueda de las comorbilidades y los factores predisponentes presentes en los cuatro ejes descritos por el DSM-IV-TR. Se llevó un registro de las variables del estudio en un formato de Excel prediseñado. Luego de tener los datos de las variables, se procedió al plan de análisis.

Plan de análisis

Los datos recopilados en la tabla de Excel fueron ingresados en el programa IBM-SPSS versión 15.0, y por medio del mismo, se diseñaron las tablas de resultados, analizando las frecuencias de los datos demográficos y de las diferentes comorbilidades mencionadas. También se diseñaron tablas con las frecuencias de las comorbilidades por género y ciclo vital individual.

Consideraciones Éticas

Para el siguiente estudio, se realizó una revisión documental de historias clínicas, conservando la confidencialidad. No se realizó ningún tipo de intervención a los pacientes. Se considera como una investigación sin riesgo de acuerdo con las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la Resolución 8430 de 1993 y cumple con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque y se obtuvo autorización de la Clínica Montserrat para la revisión de las historias clínicas.

Resultados

Se revisaron más de 250 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron en total 114 historias que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. Las demás historias fueron excluidas por no poseer información completa. Todas las historias que se seleccionaron contaban con información completa en cuanto a datos de identificación, enfermedad actual, historia personal, historia familiar, examen mental, análisis y diagnósticos.

Variables demográficas

De acuerdo a los datos analizados en el estudio, 73 pacientes (64% del total) correspondieron a mujeres, y 41 pacientes (36% del total), a hombres.

La distribución por ciclos vitales fue la siguiente: 70 adultos jóvenes (61.4% del total), 29 adultos maduros (25.4% del total) y 15 adultos mayores (13.2% del total).

En cuanto a la distribución por ciclos vitales por géneros, en mujeres, hubo 43 adultos jóvenes (37.7% del total de pacientes), 20 adultos maduros (17.5% del total) y 10 adultos mayores (8.7% del total); en hombres, hubo 27 adultos jóvenes (23.6% del total), 9 adultos maduros (7.9% del total) y 5 adultos jóvenes (4.3% del total) (Tabla 1).

Con respecto al grado de severidad, 2 pacientes presentaban episodio depresivo mayor leve (1.8% del total de pacientes), 38 pacientes moderado (33.3% del total) y 74 pacientes episodio grave (64.9% del total).

En cuanto al grado de severidad por géneros, los 2 casos de depresión leve fueron en mujeres (2.7% de las mujeres). De los casos moderados, 23 fueron en mujeres (31.5% de las mujeres) y 15 fueron en hombres (36.5% de los hombres). De los casos graves, 48 fueron en mujeres (65.7% de las mujeres) y 26

Tabla 1. Distribución de los pacientes por ciclo vital individual de cada género

Género	Adulto joven (n)	Adulto maduro (n)	Adulto mayor (n)	Total n
Masculino	27	9	5	41
Femenino	43	20	10	73
Total	70	29	15	114

Tabla 2. Severidad de la depresión según el género

Género	Leve (n)	Moderada (n)	Grave (n)	Total (n)
Masculino	0	15	26	41
Femenino	2	23	48	73
Total	2	38	74	114

fueron en hombres (63.4% de los hombres). (Tabla 2).

Trastornos del eje I

De los 114 casos analizados, se encontró en 7 de ellos (6.1% del total de pacientes) trastorno de ansiedad no especificado, 1 caso de trastorno de pánico, 1 caso de trastorno de ansiedad generalizada y 1 caso de trastorno por estrés postraumático. Se encontraron 8 casos (7% del total) de dependencia a alcohol y 6 casos de abuso de alcohol (5.2% del total). El abuso o dependencia de sustancias se halló en 7 pacientes (6.1% del total). También dentro de este eje se encontró 1 caso de trastorno de conducta alimentaria, 1 caso de narcolepsia y 1 caso de trastorno de identidad de género (Tabla 3 y 4).

Trastornos del eje II

Se encontraron en el siguiente estudio 2 pacientes con diagnóstico previo de trastorno límite de la personalidad (1.8% del

total de pacientes), y 7 pacientes con rasgos límites según la entrevista (6.1% del total). También se encontraron 2 pacientes con rasgos dependientes (1.8% del total), 1 con rasgos antisociales y 1 con rasgos obsesivos (Tabla 5).

Trastornos del eje III

En los pacientes estudiados, se encontró hipotiroidismo en 12 pacientes (10.5% del total de pacientes), 12 pacientes con hipertensión arterial (10.5% del total), 8 con dislipidemia (7% del total) y 7 con diabetes mellitus (6.1% del total). Se encontraron 4 pacientes con enfermedad coronaria (3.5% del total), 4 con fibromialgia, 3 con migraña, 3 con epilepsia, 2 con enfermedad cerebrovascular y 2 con síndrome de Sjögren. Se hallaron casos aislados de otros diagnósticos médicos (EPOC, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, síndrome de ovario poliquístico, infección por virus de papiloma humano,

Tabla 3. Comorbilidades más frecuentes en el eje I

Diagnóstico Psiquiátrico	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Abuso + Dependencia OH	14	41,2	26,3	57,8
Trastornos de Ansiedad	10	29,4	16,7	46,3
Abuso + Dependencia SPA	7	20,6	10,0	37,1
Otros trastornos psiquiátricos	3	8,8	2,3	23,7
Total	34	100		

Tabla 4. Comorbilidades más frecuentes en el eje I por ciclo vital individual

Comorbilidad	Adulto Joven n	Adulto Maduro n	Adulto Mayor n	Total n (%)
Trastorno de ansiedad no especificado	3	2	2	7 (6.1)
Abuso de alcohol	5	1	0	6 (5.3)
Dependencia a alcohol	1	5	2	8 (7.0)
Dependencia a sustancias	6	0	0	6 (5.3)

asma, sífilis secundaria, hepatopatía alcohólica y meningioma) (Tabla 6).

Trastornos del eje IV

Los resultados en el eje IV se dividieron en 2: factores precipitantes y factores predisponentes.

Dentro de los factores precipitantes, los que más alto porcentaje tuvieron fueron: conflictos de pareja, 33 pacientes (28.9% del total de pacientes); mala relación con los padres, 25 pacientes (21.9% del total); ruptura reciente de noviazgo, 12 pacientes (10.5% del total); sobrecarga laboral, 12 pacientes (10.5%); mala relación con los hijos, 11 pacientes (9.6%) (Tabla 7).

Se encontraron muchos otros hallazgos en los factores precipitantes, en menor porcentaje, como maltrato físico, verbal o psicológico por la pareja, estrés laboral, divorcio o separación reciente, infidelidad en la pareja, muerte de un hijo, falta de so-

porte familiar, pérdida reciente de empleo, crisis económicas, insatisfacción académica o laboral y enfermedad en un familiar. En cuanto a los factores predisponentes, los que más se encontraron fueron: abandono del padre o de la madre en la niñez, 17 pacientes (14.9% del total); separación de los padres en la niñez, 16 pacientes (14.0% del total); separación de los padres en la adolescencia, 9 pacientes (7.9%); muerte de un padre en la niñez, 7 pacientes (6.1% del total); muerte de un padre en la adolescencia, 7 pacientes (6.1% del total); e historia de maltrato físico, emocional o verbal por parte de los padres, 9 pacientes (7.9%). Se encontraron otros factores predisponentes, en menor porcentaje, como historia de abuso sexual, bulling en edad escolar, abuso de alcohol en un padre y violencia intrafamiliar en la familia de origen (Tabla 8).

Tabla 5. Comorbilidades más frecuentes en el eje II por género

Comorbilidad	Masculino n	Femenino n	Total n (%)
Rasgos límites de la personalidad	3	4	7 (6.1)
Trastorno límite de la personalidad	0	2	2 (1.8)
Rasgos dependientes de la personalidad	0	2	2 (1.8)

Tabla 6. Comorbilidades más frecuentes en el eje III

Diagnóstico Médico	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Hipotiroidismo	12	21,1	12,3	33,4
HTA	12	21,1	12,3	33,4
Dislipidemia	8	14,0	7,0	25,6
Diabetes	7	12,3	5,8	23,6
Enfermedad Coronaria	4	7,0	2,3	17,2
Fibromialgia	4	7,0	2,3	17,2
Migraña	3	5,3	1,2	14,9
Epilepsia	3	5,3	1,2	14,9
ECV	2	3,5	0,3	12,6
S. Sjogren	2	3,5	0,3	12,6
	57	100		

Discusión

Análisis de los resultados demográficos

Con los resultados obtenidos, se observa que la relación entre las mujeres que consultan por episodio depresivo mayor en el servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat y los hombres consultantes es aproximadamente de 2:1 (64% mujeres, 36% hombres). Estos hallazgos son compatibles con los estudios de prevalencia a nivel mundial, donde establecen que la depresión mayor es cerca de 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres (1-4).

Lo siguiente que se puede observar es la distribución de los pacientes por ciclos vitales. La población adulta joven representó cerca de dos tercios de los pacientes estudiados (61.4%). Del tercio restante, la mayoría fueron adultos maduros, y el resto, adultos mayores. Esta relación se mantiene más o menos igual tanto en hombres como en mujeres. Este hallazgo es consistente con la bibliografía, que relata que la mayoría de pacientes con depresión mayor inician síntomas antes de

Tabla 7. Factores precipitantes más frecuentes

Factor Precipitante	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Conflictos de pareja	33	28,9	21,4	37,9
Mala relación con los padres	25	21,9	15,3	30,4
Ruptura reciente de noviazgo	12	10,5	6,0	17,6
Sobrecarga laboral	12	10,5	6,0	17,6
Mala relación con los hijos	11	9,6	5,3	16,6
Enfermedad discapacitante o dolorosa	10	8,8	4,7	15,6
Maltrato físico/psicológico/verbal por pareja	9	7,9	4,0	14,5
Estrés laboral	9	7,9	4,0	14,5
Divorcio o separación reciente	6	5,3	2,2	11,2

Tabla 8. Factores predisponentes más frecuentes

Factor Predisponente	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Abandono de un padre en la niñez	17	14,9	9,4	22,7
Separación de los padres en la niñez	16	14,0	8,7	21,7
Separación de los padres en la adolescencia	9	7,9	4,0	14,5
Maltrato físico/verbal/psicológico por padres	9	7,9	4,0	14,5
Muerte de un padre en la niñez	7	6,1	2,8	12,3
Muerte de un padre en la adolescencia	7	6,1	2,8	12,3

los 40 años, y son usualmente los que más consultan (1).

En cuanto a la severidad de la depresión, casi dos tercios de los consultantes padecieron episodio grave (64.9%), y el tercio restante, moderada. Sólo hubo 2 pacientes con depresión leve. Esta relación se mantiene tanto en hombres como en mujeres. Hay que tener en cuenta que los pacientes seleccionados fueron personas que consultaron a un servicio de consulta no programada en una institución espe-

cializada psiquiátrica, por lo cual estos resultados no muestran la prevalencia de la gravedad de la depresión en la población general. Esto puede reflejar la tendencia de los pacientes con depresión a consultar cuando los síntomas están ya muy graves.

Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje I

Se observa que los trastornos del eje I más comórbidos en pacientes con depresión mayor son los trastornos por uso o abuso de alcohol y/o sustancias, y los trastornos

de ansiedad.

Esto es consistente con la bibliografía, que refiere que estos dos grupos son las comorbilidades más frecuentes en pacientes con depresión mayor, aunque los porcentajes hallados en el presente estudio son mucho menores que los reportados por la bibliografía, que son 56.8% para trastornos de ansiedad (10) y 27% para abuso de alcohol y/o sustancias (1). Hay que tener en cuenta que en el siguiente estudio lo que se analizó fue la prevalencia puntual. En cuanto a la prevalencia de los trastornos por uso y abuso de alcohol y sustancias en la población general en Colombia, Torres y Posada publicaron en 2010 un estudio donde mostraban una prevalencia anual en los 12 meses previos de 0.7% y para alguna vez en la vida de 2.4% (11). El estudio presenta evidencia una mayor asociación del uso y abuso de alcohol y sustancias en personas con depresión que en lo reportado por la población general.

En 2006, Posada y Buitrago publicaron un estudio de prevalencia donde se observaba que la prevalencia vida de los trastornos de ansiedad en la población general colombiana es del 19.3%; la prevalencia los últimos 12 meses es de 11.7%; y en los últimos 30 días, de 5.1% (12). Si tomamos como referente el último valor, que expresaría más acertadamente la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un momento específico, se observa que en pacientes con depresión mayor este porcentaje es más alto, evidenciado tanto en los estudios previos como en el presente estudio.

Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje II

Los resultados del estudio mostraron una baja comorbilidad de los trastornos del eje

II. Estos bajos números pueden deberse a lo difícil que es diagnosticar un trastorno de personalidad en la práctica psiquiátrica general, y por la ausencia de uso de escalas de trastornos de personalidad en los servicios de consulta no programada.

Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje III

La enfermedad tiroidea y la hipertensión arterial fueron las comorbilidades médicas más encontradas en los pacientes del presente estudio. También se evidenciaron otros trastornos como Diabetes Mellitus, dislipidemia y enfermedad coronaria, más en adultos mayores. Se observaron otros trastornos, en proporciones menores, pero igualmente presentes.

La mayoría de estas enfermedades son del espectro cardiovascular, o son factores de riesgo cardiovasculares. Martín y Neita, en agosto de 2012, publicaron un estudio realizado en Jamaica, donde tomaron bases de datos de pacientes de servicios ambulatorios, y observaron que cerca de un tercio de los pacientes con enfermedad cardiovascular estaban padeciendo depresión mayor, y que los pacientes con enfermedades cardiovasculares tenían más probabilidad de padecer depresión en algún momento de sus vidas (14).

En enero de 2013 Wu et al publicaron un estudio realizado en Taiwan donde revisaron historias clínicas de sujetos que habían asistido a los servicios de salud entre 2005 y 2010, e identificaron una más alta prevalencia de hipotiroidismo en personas con depresión mayor que en la población general (1.2% vs 0.3%) (15). Los porcentajes del estudio presente son mucho mayores que los encontrados por Wu, pero también re-

fleja la más alta prevalencia de hipotiroidismo en la población con depresión.

En el presente estudio, se encontraron en porcentajes menores otras enfermedades que hacen parte de las enfermedades psicosomáticas, las cuales tienen un importante componente biológico, pero que se ven empeoradas por situaciones de tipo emocional, como la migraña, fibromialgia, artritis reumatoidea, síndromes dolorosos y asma.

Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje IV

Llama la atención que en este eje fueron donde más comorbilidades se observaron; tanto, que se podría enfocar el presente estudio en sólo estas situaciones. Se hallaron factores precipitantes y predisponentes en prácticamente todas las historias clínicas revisadas.

Es notorio, al mirar los hallazgos de los factores precipitantes, que la gran mayoría de problemas son de tipo relacional. Así, se encontró que casi un tercio de los pacientes (28.9%) presenta conflictos de pareja, y casi un quinto de los pacientes evaluados (16.6%) tuvieron una separación, divorcio o ruptura reciente. Al sumar estos porcentajes, se ve que casi la mitad de los pacientes estudiados (45.5%) tenían una problemática con su pareja. Estos hallazgos fueron más relevantes en adultos jóvenes, aunque también se ve en alto grado en los adultos maduros. También fueron relevantes otros hallazgos como maltrato físico, emocional o verbal por parte de la pareja y la infidelidad por parte de la pareja.

Dentro de los problemas de tipo relacional, también se encontraron altos porcentajes de malas relaciones entre los miembros de la familia y conflictos intrafamiliares. Esto suma peso al planteamiento que los proble-

mas relacionales son un importante factor de riesgo para depresión.

Aunque la mayor prevalencia de factores precipitantes estaban dados por conflictos a nivel relacional, se ve también que las situaciones de tipo profesional, académico y laboral ocupan un importante papel en la generación de crisis depresivas. Un 10% de pacientes evaluados refirieron que la causa de su depresión fue sobrecarga laboral, asociado o no a estrés laboral. También algunos pacientes se quejaron de insatisfacción con la carrera que habían escogido, insatisfacción con el trabajo que tienen, sobrecarga académica y 2 casos de acoso laboral; 6 de los pacientes evaluados perdieron el empleo recientemente, y en 8 casos, el factor que activó la depresión fue una crisis económica.

Un importante número de pacientes, casi un 9%, refirieron que padecían de una enfermedad crónica discapacitante o dolorosa, que generaba en ellos sensación de estar incapacitados o impedidos para realizar sus labores cotidianas.

Con los resultados mencionados, se puede observar cómo para los individuos en general es muy importante el tema de las relaciones interpersonales; llama la atención que estos problemas fueron en casi su totalidad con personas de su familia o pareja, no hubo pacientes, al menos en el presente estudio, que hubiera iniciado síntomas depresivos por conflictos con amigos u otros pares. También se observa la importancia que las personas dan a su área profesional y laboral, y cómo su alteración influye en su estado de ánimo. Así mismo, la enfermedad física en el propio cuerpo o en familiares o amigos influye sobre el estado emocional de las personas.

Con los datos obtenidos, se podría proponer que el abordaje de los conflictos de

pareja y de familia sería capaz en cierto modo de prevenir síntomas depresivos en un número importante de personas. De esa forma, el presente estudio abre las puertas para material de investigación adicional; por ejemplo, si las intervenciones de pareja y/o familiares podrían prevenir las crisis depresivas en personas susceptibles o con diagnóstico previo de episodio depresivo mayor.

Dentro del análisis de los factores predisponentes, se observa un patrón muy similar al descrito en los factores precipitantes, donde los problemas y conflictos de familia se encuentran en un alto porcentaje de pacientes. De los factores predisponentes estudiados, la gran mayoría tienen que ver con conflictos en la familia de origen del paciente.

Así, más de un quinto de los pacientes (21.8%) son hijos de padres separados, en su mayoría durante su niñez. Al realizar un análisis detallado de las historias de estos pacientes, en la gran mayoría de casos, el padre salió del hogar y tuvo muy poca relación con el paciente; igualmente, en la mayoría de casos, la madre no volvió a establecer relación alguna, con lo cual se observa que la mayoría de estos pacientes tuvieron ausencia de la figura paterna en etapas muy importantes de su desarrollo psicosocial.

Siguiendo la línea de la ausencia de la figura paterna o materna, dentro de los resultados del presente estudio se observa que casi un 15% de pacientes sufrieron el abandono físico absoluto de una de las figuras paternas, usualmente desde antes de nacer, en la mayoría padres que abandonaban a su pareja al enterarse del embarazo de la madre; pero también varios casos de abandono en edad infantil.

En un 12% de pacientes hubo antecedente de fallecimiento de uno de los padres durante la niñez o la adolescencia, lo que es causa importante también de ausencia de una de las figuras paternas. Detallando las historias clínicas, en la mayoría de pacientes el fallecido fue el padre, y en muchos casos la madre no volvió a establecer una relación de pareja.

Sumando los porcentajes de estos pacientes con ausencia de la figura paterna o materna por separación, muerte o abandono, daría un total de 48.9%. Estos hallazgos sugieren que la mitad de los pacientes que asistieron a consulta no programada por depresión mayor, casi en su totalidad moderada o grave, tuvieron como antecedente la ausencia de la figura paterna o materna en la infancia y/o adolescencia.

Dentro de los resultados del presente estudio, hay otros factores predisponentes, los cuales muchos pertenecen a conflictos relacionados con la familia de origen, como maltrato físico, verbal o emocional por parte de los padres; un hogar de origen que se caracterizaba por situaciones usuales de violencia, y padres que eran consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas.

Con estos resultados se puede inferir que la intervención temprana sobre estos niños con antecedente de ausencia de figura paterna o materna por cualquier causa, podría a futuro evitar episodios depresivos. Es posible que estos niños hayan crecido con importantes déficits en estrategias de afrontamiento a las situaciones estresantes vitales, y trabajar sobre esto podría ser relevante para el fortalecimiento psicológico de estos niños vulnerables. También, como factor preventivo de de-

presión mayor en la adultez, es importante trabajar sobre los niños que han presentado situaciones de abuso o maltrato infantil, ya sea físico, verbal, emocional o sexual, tanto por padres como por otros.

Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto en el estudio, se pueden sacar algunas conclusiones para discusión, y crear propuestas para futuras investigaciones en las personas con depresión:

En los pacientes que asistieron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat por depresión mayor, el diagnóstico es más frecuente en mujeres y en el grupo de adultos jóvenes. La mayoría de estas personas padecen depresión moderada a grave.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en estos pacientes son los trastornos por abuso o dependencia de alcohol o sustancias, y los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno de ansiedad no especificado, siendo estos hallazgos más relevantes, en el primer caso, en adultos jóvenes y maduros hombres, y en el segundo caso, en adultos jóvenes hombres y mujeres.

Las patologías médicas más encontradas en los pacientes con episodio depresivo mayor son las enfermedades endocrinas y cardiovasculares, destacándose la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, en especial en adultos maduros y mayores.

En prácticamente todos los pacientes estudiados se observaron elementos en el eje IV, tanto factores precipitantes del

episodio depresivo como factores predisponentes, lo cual nos lleva a la conclusión que en todo paciente con depresión mayor hay que buscar sistemáticamente factores en el eje IV que puedan ser material para psicoterapia y/o prevención, aparte del tratamiento farmacológico.

Los factores precipitantes más frecuentemente hallados tienen que ver con las relaciones intrafamiliares, destacándose los conflictos de pareja, pero teniendo también un papel importante la mala calidad en las relaciones entre los miembros de la familia. Es importante abordar estos temas, con el fin de aliviar más rápido los síntomas depresivos, prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de la persona con depresión y de su familia.

Dentro de los factores predisponentes, lo más destacado son problemas de tipo familiar en la infancia, teniendo como factor principal la ausencia de la figura paterna o materna ya sea por divorcio, separación, fallecimiento o abandono. Es importante valorar estos elementos y poder resolver los sentimientos implicados en el paciente.

Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio son: 1) sesgo de selección, ya que se evaluaron sólo las historias clínicas que el investigador consideró que tenían información completa; adicionalmente, el tipo de población que se atiende en la Clínica Montserrat puede limitar la inferencia a la población general; 2) sesgo de información, ya que es posible que los pacientes pudieran omitir o alterar información importante, en especial en los factores psicosociales, ya sea por olvidos o por

distorsiones cognitivas secundarias a la depresión.

Referencias Bibliográficas

1. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9ª edición. Editorial Wolters Kluher / Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
2. Toro R, Yepes LE. *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. 3ª edición. Corporación de Investigaciones Biológicas; 1998.
3. Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Ars Médica; 2005.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, fourth edition, text revision (IV-TR). Masson, S.A.; 2000.
5. *International Classification of Diseases (ICD)*, 10th revision. World Health Organization; 1992.
6. Stahl S. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 3a edición. Cambridge University Press; 2008.
7. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16(6):378–86.
8. Dobson K, Dozois D. *Risk Factors in Depression*. 1a edición. Editorial Elsevier; 2008.
9. Maes M, Kubera M, Obuchowiczwa E, Goehler L, Brzeszcz J. Depression's multiple comorbidities explained by (neuro) inflammatory and oxidative & nitrosative stress pathways. *Neuro Endocrinol Lett*. 2011;32(1):7-24
10. Krishnan R. Comorbidity and Depression Treatment. *Biol Psychiatry*. 2003;53:701-706.
11. Torres Y, Posada J, Bareño J, Barbesí D. Trastornos por Abuso y Dependencia de Sustancias en población Colombiana: Su Prevalencia y Comorbilidad con Otros Trastornos Mentales Seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2010; 39(Supl1):14-35.
12. Posada J, Buitrago J, Medina Y, Rodríguez M. Trastornos de Ansiedad Según Distribución por Edad, Género, Variaciones por Regiones, Edad de Aparición, Uso de Servicios, Estado Civil y Funcionamiento/Discapacidad. *Nova – Publicación Científica – ISSN*, 2006;4(6)1-114.
13. Kincannon J. Prediction of the Standard MMPI Scale Scores from 71 Items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1968;32: 319-325.
14. Martin J, Neita S, Gibson R. Depression Among Cardiovascular Disease Patients on a Consultation-Liaison Service at a General Hospital in Jamaica. *West Indian Med Journal*, 2012;61(5):499-503.
15. Wu E., Chien I., Lin Ch., Chou Y. Increased Risk of Hypothyroidism and Hyperthyroidism in Patients with Major Depressive Disorder: A Population-Based Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013;74(3):233-7.
16. Holman T., Rahe R. Life Situations, Emotions and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 1978;9:747.