

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Depresión en pacientes con vitiligo.

Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2015.

TESIS DE GRADO

SARA DE LA ROCA PINZÓN

CARNET 11954-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Depresión en pacientes con vitiligo.

Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

SARA DE LA ROCA PINZÓN

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO:	DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO:	MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA:	LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA:	MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO

MGTR. EVA EMPERATRIZ OLIVA CATALAN

LIC. TERESA BEATRIZ MONTUFAR LANDAVERRY



VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION

Guatemala, 7 de agosto de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **Depresión en pacientes con vitiligo/ Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2015** del estudiante **Sara de la Roca Pinzón** con **carne N° 1195409**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


Dra. Ruth María Guerrero
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Dra. Guerrero 4833.



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09365-2015

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante SARA DE LA ROCA PINZÓN, Carnet 11954-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09809-2015 de fecha 25 de agosto de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Depresión en pacientes con vitiligo.
Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2015.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de septiembre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Resumen

Antecedentes: El vitíligo ha sido una enfermedad poco estudiada, debido a que no provoca daños sistémicos, es decir, sólo afecta desde el punto de vista estético. Sin embargo, al ser una enfermedad visible tiene gran influencia en las relaciones interpersonales de las personas que la padecen, pudiendo causar depresión, por lo que es de suma importancia brindarles un tratamiento que englobe todos los aspectos para mejorar la calidad de vida. **Objetivo General:** Determinar la proporción de pacientes con vitíligo que cursan con depresión. **Diseño:** Estudio observacional, transversal, descriptivo. **Lugar:** Consulta Externa de Dermatología del Hospital Roosevelt, Guatemala. **Materiales y Métodos:** El estudio se realizó en base a la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, la cual fue aplicada a pacientes con diagnóstico de vitíligo que asisten a la Consulta Externa de Dermatología. Se realizó una boleta de recolección de datos. Se elaboró indicadores para describir la presencia de depresión en pacientes con vitíligo, y para caracterizar epidemiológicamente a los mismos. Se calcularon promedios, e intervalos de confianza al 95%. Con EPI INFO se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** El porcentaje de depresión del total de pacientes es de 74.3%. El porcentaje de pacientes mujeres con depresión es superior al de hombres. Las personas sin pareja poseen una media más alta del valor de ZUNG que quienes si tienen pareja. Las personas que han experimentado un suceso importante poseen una media más alta del valor de ZUNG que quienes no lo han experimentado. **Limitaciones:** La investigación se limita a la población que pueda ser captada en la consulta externa del Hospital Roosevelt. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de los pacientes con vitíligo estudiados cursa con un cuadro depresivo de grado variable, lo que concuerda con los datos consultados. Con más frecuencia el vitíligo y la depresión se presentaron en mujeres, entre las edades de 31-50 años. 68.6% de la población estudiada identificó la presencia de un factor previo a la aparición del vitíligo.

Índice

1	Introducción	1
2	Marco Teórico.....	2
2.1	Vitiligo.....	2
2.1.1	Generalidades	2
2.1.2	Etiología.....	2
2.1.2.1	Factor Precipitante	3
2.1.3	Epidemiología.....	4
2.1.3.1	Herencia Familiar	4
2.1.4	Clínica.....	5
2.1.5	Clasificación	5
2.1.6	Histopatología.....	6
2.1.7	Diagnóstico.....	6
2.1.8	Diagnóstico diferencial.....	7
2.1.9	Tratamiento	7
2.2	Depresión	8
2.2.1	Generalidades	8
2.2.2	Definición.....	9
2.2.3	Desarrollo histórico.....	10
2.2.4	Epidemiología.....	11
2.2.5	Etiología.....	12
2.2.5.1	Primarias:.....	12
2.2.5.2	Secundarias	13
2.2.6	Signos y Síntomas.....	14
2.2.7	Clasificación	14
2.2.7.1	Grupo A(39)	15
2.2.7.2	Grupo B(39)	15
2.2.7.3	Grupo C (39).....	15
2.2.7.4	Grupo D (39).....	15
2.2.7.5	Depresión leve	15
2.2.7.6	Depresión moderada.....	15

2.2.7.7	Depresión grave.....	16
2.2.8	Tipos de depresión	16
2.2.8.1	El trastorno depresivo grave:	16
2.2.8.2	El trastorno distímico:.....	16
2.2.8.3	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo):	16
2.2.8.4	Trastorno depresivo no especificado:	17
2.2.8.5	Reacción de duelo	17
2.2.8.6	Depresión en el anciano	17
2.2.8.7	Depresión en la infancia y la adolescencia	17
2.2.8.8	Síndrome de burn-out o síndrome de agotamiento,.....	17
2.2.8.9	Depresión postparto:.....	18
2.2.8.10	Depresión estacional:.....	18
2.2.9	Criterios de diagnóstico	18
2.2.9.1	Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante	18
2.2.9.2	Trastorno distímico.....	19
2.2.10	Consecuencias	20
2.2.11	Tratamiento	21
2.2.11.1	Principios del manejo de la enfermedad.....	22
2.2.11.2	Fases del tratamiento	22
2.2.11.3	Psicoterapia.....	23
2.2.11.4	Terapia de luz.....	24
2.2.11.5	Terapia Electroconvulsiva (ECT).....	24
2.2.11.6	Terapia medicamentosa	24
2.2.11.7	Tiempo de tratamiento.....	26
2.3	Escala de Zung.....	27
2.3.1	Generalidades	27
2.3.2	Puntuación.....	28
3	Objetivos.....	30
3.1	General.....	30
3.2	Específicos	30

4	Materiales y Métodos.....	31
4.1	Diseño de estudio.....	31
4.2	Unidad de análisis.....	31
4.3	Población.....	31
4.4	Muestra.....	31
4.5	Metodología.....	31
4.6	Variables e Indicadores.....	31
4.6.1	Variables de las características personales (caracterización de la muestra)	31
4.6.2	Indicadores de depresión.....	32
5	Criterios de inclusión y exclusión.....	33
5.1	Criterios de inclusión.....	33
5.2	Criterios de exclusión.....	33
5.3	Definición y operacionalización de variables.....	34
6	Instrumento.....	36
6.1	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
6.2	Procedimiento.....	37
6.2.1	Primera etapa:.....	37
6.2.2	Segunda etapa: Obtención del aval institucional.....	37
6.2.3	Tercera etapa: Preparación y estandarización del instrumento.....	37
6.2.4	Cuarta etapa: Identificación de los participantes y solicitud de consentimiento informado.....	37
6.2.5	Quinta etapa: Recolección de datos.....	37
6.2.6	Sexta etapa: Tabulación y análisis de datos.....	37
6.3	Alcances y límites de la investigación.....	38
6.3.1	Alcances.....	38
6.3.2	Límites.....	38
6.4	Aspectos éticos.....	39
7	Resultados de datos.....	40
7.1	Caracterización epidemiológica de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015.....	40

7.2	Indicadores de depresión de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015	41
7.3	Asociaciones encontradas en los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015	42
8	Análisis y discusión de datos	46
9	Conclusiones	48
10	Recomendaciones	49
11	Referencias bibliográficas	50
12	Anexos.....	56
12.1	Escala de Zung.....	56
12.2	Boleta de recolección de datos.....	57
12.3	Consentimiento.....	59

1 Introducción

El vitíligo es una psicodermatosis crónica despigmentante, de carácter progresivo y adquirido, caracterizada por la ausencia de melanocitos funcionales y de causa desconocida. Al ser una enfermedad cutánea y visible causa impacto psicológico en el individuo afectado, pudiendo ocasionar distorsión e insatisfacción de la autoimagen, ocasionando de esta manera baja autoestima y progresando a un cuadro de depresión, con repercusión social. (1)

Desde la antigüedad, los pacientes con vitíligo sufrieron los mismos abusos psicológicos y el mismo rechazo que los pacientes con lepra. De hecho vitíligo fue referido como “SvetaKustha”, lo que significa “lepra blanca”. (2) En la actualidad, el rechazo hacia esas personas continúa presentándose, repercutiendo en todos los aspectos de la vida de quienes la padecen, incluyendo entre estos, los aspectos laborales, sociales y amorosos. En muchos lugares del mundo, los pacientes con vitíligo enfrentan problemas psicológicos y sociales severos, lo que les impide vivir una vida relativamente normal.

Esta dermatosis es una enfermedad relativamente frecuente que afecta entre el 0,5% y 2% de la población mundial. Su mayor incidencia se reporta en hispanos (32%), seguido por caucásicos (22%), africanos y americanos (25%). Usualmente empieza en la niñez o en la juventud y aproximadamente en el 50% de los pacientes la enfermedad empieza antes de los 20 años. (1)

En un estudio realizado en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en Venezuela, en el año 2010, llamado “Rasgos de Personalidad en pacientes con psicodermatosis: vitíligo o alopecia areata”, se pudo concluir que el rasgo psicológico más destacado estuvo representado por el depresivo expresado en 62% en pacientes con vitíligo. (3)

En el presente trabajo de investigación se estableció el porcentaje de pacientes con vitíligo que asisten a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, Guatemala, en los meses de enero, febrero y marzo del año 2015, que presentan algún grado de depresión, así como las características sociodemográficas del grupo estudiado y la percepción de factores estresantes previo al apareamiento de síntomas de la enfermedad. Esto para proporcionarles un tratamiento integral, para que la calidad de vida de estos pacientes mejore.

2 Marco Teórico

2.1 Vitiligo

2.1.1 Generalidades

Es un trastorno autoinmune adquirido e idiopático, que se caracteriza por la despigmentación localizada y / o generalizada de la piel y que también puede afectar membranas mucosas, ojos, oído interno, leptomeninges y bulbo piloso. Esta despigmentación consiste en máculas acrómicas circunscritas, que aparecen como resultado de la destrucción de los melanocitos epidérmicos. Es una leucoderma, en la que el estrés oxidativo y la acumulación de radicales libres generan mecanismos autodestructivos selectivos de los melanocitos. (17)

Las áreas más comúnmente afectadas son la cara, labios, manos, brazos, piernas y áreas genitales. Estas manchas van progresando lentamente a partir de estos sitios y pueden extenderse por todo el cuerpo y llegar a un grado de despigmentación que la persona semeja a un albino: ausencia de pigmento en toda la piel del cuerpo, las cejas, pestañas y el pelo (18)

Es un trastorno progresivo que puede afectar a todas las razas y ambos sexos. La mayoría de las personas afectadas presentan el inicio de la enfermedad durante la niñez, pero su inicio puede ocurrir a cualquier edad hasta la vejez.

Es una enfermedad que se conoce desde la antigüedad. La referencia auténtica más temprana de la enfermedad se remonta a la época de Aushooryan (2200 aC), en el clásico Tarikh-e-Tib-e-Irán. La medicina faraónica en el Papiro de Ebers (1550 aC) describió dos tipos de enfermedades que afectan el color de la piel, la primera se describió con tumores, probablemente la lepra y la segunda, con sólo un cambio de color, probablemente vitiligo. (19)

El vitiligo ocurre en todo el mundo y desde tiempos inmemoriales, la literatura mundial está repleta de referencias a la condición y los diferentes aspectos de sus causas y la terapia.

2.1.2 Etiología

La causa del vitiligo no está aún clara, pero se dice que es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, inmunológicos, neurales y ambientales. Parece que sigue un patrón de herencia no mendeliana, con un modelo de transmisión poligénico, que se ha asociado a factores genéticos, especialmente a haplotipos de HLA específicos. Se ha demostrado que el gen AIS1, que se encuentra localizado en el cromosoma 1p31, aumenta la susceptibilidad de padecerlo y que otros genes como el de la catalasa, VIT1 y el de la guanosíntrifosfatociclohidrolasa 1 están involucrados en esta enfermedad. (20)

Se ha demostrado que en la piel de los pacientes con vitíligo, existe una acumulación de peróxido de hidrógeno y bajos niveles de glutatión peroxidasa y de catalasa. Asimismo se ha observado un desbalance entre antioxidantes y producción intracelular de radicales libres durante la fase activa de la enfermedad tanto en epidermis como en la sangre periférica. Existe también una disminución de actividad de glutatión peroxidasa y de los niveles de vitamina E y glutatión, que se asocia a una hiperproducción de especies oxígeno reactivas. (17)

En cuanto a la patogenia se han propuesto tres teorías para tratar de explicar la destrucción de los melanocitos:

1. Teoría nerviosa: Hay una liberación de un mediador neuroquímico, en las terminaciones nerviosas, que ejerce un efecto tóxico sobre los melanocitos causando así su destrucción. Esta teoría explicaría la existencia de vitíligos segmentarios que siguen un dermatoma, así como neuropéptidos Y en el vitíligo.
2. Teoría de la autodestrucción (autotoxicidad): Esta teoría concluye que hay una incapacidad intrínseca que impide la eliminación de los metabolitos tóxicos precursores de la melanina, como los radicales libres, que se acumulan durante el proceso de oxidación que ocurre durante la melanogénesis, ocasionando la destrucción de los melanocitos
3. Teoría autoinmune: Es la teoría más aceptada, sobre todo en las formas generalizadas. Ésta asocia el vitíligo con procesos autoinmunes, como patologías como la diabetes, gastritis atrófica, linfopenia T CD4 idiopática, espondiloartritis anquilopoyética, tiroiditis, entre otras, en la presencia de linfocitos dérmicos citotóxicos en lesiones iniciales, en la demostración de autoanticuerpos circulantes y en la respuesta al tratamiento con inmunomoduladores (corticosteroides y fototerapia). Postula que la destrucción de los melanocitos es inducida por la acción de autoanticuerpos séricos contra los antígenos de los melanocitos. Se han demostrado también anticuerpos contra tirosinasa, su proteína relacionada (TRP-1 y 2) y la hormona concentradora de melanina (MCHR-1). Los linfocitos TCD8 y los natural killer, que se encuentran frecuentemente en la piel adyacente a las lesiones, juegan un papel importante. (20)

2.1.2.1 Factor Precipitante

Es difícil definir con precisión los factores desencadenantes para el vitíligo. Sin embargo, es esencial obtener los detalles de la historia de estrés emocional, la ingesta de drogas, infecciones, algún traumatismo / lesión (fenómeno de Koebner) existente antes de la aparición de las lesiones, ya que estos podrían jugar un papel importante en los distintos factores desencadenantes probables en la historia natural / desarrollo de vitíligo. Se cree que una gran cantidad de estrés oxidativo se produce en la piel de

los pacientes con vitíligo, que se evidencia por los bajos niveles de catalasa y vacuolización celular en la epidermis. (17)

En estudios psicológicos se han observado problemas de inhibición psicosexual, histeria, hostilidad, neurosis de angustia, dificultad para establecer buenas relaciones familiares e, introversión. Se cree que dichos factores se relacionan con esta dermatosis que ocasiona alteración de la imagen corporal, lo que necesariamente tiene a su vez repercusiones en el aspecto psíquico, por problemas de aceptación laboral o social. Muchas veces los factores desencadenantes son trastornos emocionales o estrés. (21)

2.1.3 Epidemiología

Es muy frecuente; tiene distribución mundial y afecta a todas las razas; parece predominar en climas cálidos. Se observa en todas las edades; predomina en personas de edad mediana y en mujeres. En 50% empieza antes de los 20 años de edad. En México está entre los cinco primeros lugares de consulta dermatológica, con un porcentaje de cerca de 5%. (21)

El vitíligo ocurre en todo el mundo, con una prevalencia global del 1 al 2%. Sin embargo, su incidencia varía de 0,1 a > 8,8% en EEUU y en diferentes países del mundo. La mayor incidencia de la enfermedad ha sido localizada en el continente Indio, seguido por México y Japón. (19)

En un estudio realizado en la India en el año 1994, se quiso evaluar la incidencia de vitíligo en zonas rurales, se encontró que ésta era mayor en los aldeanos que viven cerca de industrias donde hacen teñido, impresión y alfombras. Y se concluyó que una mayor incidencia de vitíligo en tales zonas puede ser inducida químicamente por fenoles y quinonas industriales, que pueden tener un mecanismo patógeno completamente diferente. (22)

Los adultos y niños de ambos sexos son igualmente afectados, aunque el mayor número de informes se ha visto en las mujeres y esto se debe probablemente a las mayores consecuencias sociales que implican para las que son afectadas por esta condición. Sin embargo, la mayoría de los casos de vitíligo comienzan durante el período de crecimiento. Casi la mitad de los pacientes presentan el cuadro antes de los 20 años y casi el 70 a 80% antes de los 30 años. (19)

2.1.3.1 Herencia Familiar

Del 20% al 30% de los pacientes con vitíligo refieren que la patología se presenta también en parientes de primer y segundo grado. (20)

La proporción de pacientes con historia familiar positiva varía de una parte del mundo a otra. En la India, en particular, oscila desde 6,25 hasta 18%. En algunos estudios se ha

comprobado que es tan alta como 40%. El modo de transmisión hereditaria del vitíligo es bastante complejo. (19) Se trata de un modelo poligénico multifactorial.

2.1.4 Clínica

El vitíligo se presenta clínicamente como una mácula acrómica de tonalidad blanco mate, redondeada, ovalada o lineal, de bordes convexos y que puede variar de tamaño, que se encuentra rodeada de piel normal, de bordes definidos con tendencia a la distribución simétrica (en estos casos llamado vulgar o clásico) y que puede ser asintomática o ligeramente pruriginosa. (20)

Los bordes pueden tener un color intermedio, ser inflamatorios o hiperpigmentados, que son características que determinan las diferentes variantes: el vitíligo tricrómico (en el que aparece en la lesión un tercer color pardusco), cuadrícromo (con un cuarto color marrón oscuro), inflamatorio (puede revelar un área eritematosa, con bordes elevados, la mácula es pruriginosa y presenta ardor. Se presenta de forma rara) y máculas en confite. (17)

Se describe otro tipo de vitíligo, muy poco común, denominado vitíligo azul, el cual corresponde a una variante en la cual se presentan las máculas en el lugar donde se presenta una hipermelanosis posinflamatoria. (19)

Aunque el vitíligo puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, es más frecuente en áreas habitualmente hiperpigmentadas, como cara (alrededor de ojos y labios), dorso de manos, axilas, ingles, ombligo, regiones sacra y anogenital; o en zonas sometidas a traumatismos repetidos como las prominencias óseas o zonas de fricción o de roce como los codos, rodillas, nudillos, tobillos. (20)

2.1.5 Clasificación

La Vitiligo European Task Force (VETF) utiliza la clasificación de Koga, que reconoce las variantes vitíligo segmentario y no segmentario o generalizado. La enfermedad puede clasificarse al inicio como focal y acrofacial, pero posteriormente puede progresar a segmentario o generalizado. (17)

El segmentario tiene una distribución unilateral, es decir, es asimétrico, puede coincidir con un dermatoma, y se presenta con frecuencia en jóvenes. Este tipo de vitíligo puede coincidir con el generalizado, y en este caso las lesiones son refractarias al tratamiento. El vitíligo generalizado está habitualmente relacionado con una historia familiar y/o personal de enfermedades autoinmunes. (17)

También se pueden clasificar de otra manera dependiendo de la extensión y distribución de las lesiones se puede clasificar en:

a) Localizado, que puede ser focal, con una o varias máculas, o segmentario, cuando las máculas son unilaterales y de distribución asimétrica;

b) Generalizado (90% de los casos) que incluye el vulgar, con múltiples máculas acrómicas ampliamente distribuidas por el cuerpo, el acrofacial, con afectación facial periorificial y distal de miembros; y

c) Universal, con completa o casi completa despigmentación cutánea (20)

Se ha hablado también de previtíligo invisible, que es una variante que solo se puede observar con la luz de Wood, o de un eritema que precede a las manchas. Existe también una variante poco frecuente, denominada *leucopatiá punctata et reticularis* simétrica o enfermedad de Safú, la cual sigue un patrón reticulado, disseminado y simétrico, que predomina en las islas de Japón. (21)

Además de las máculas acrómicas, los pacientes con vitíligo pueden presentar también pelo gris o poliosis, así como leucotriquia, alopecia areata, nevus en halo y afectación ungueal y ocular como la uveítis.

El vitíligo es una enfermedad progresiva, que suele iniciar de forma brusca y luego seguir un período variable de progresión hasta llegar a una estabilización final, siendo rara la regresión espontánea. La extensión de la enfermedad puede ser rápida, lenta o intermitente, a veces las lesiones pueden permanecer estacionarias o puede haber repigmentación espontánea en un 8-30%. (21)

2.1.6 Histopatología

Las lesiones del vitíligo se caracterizan por la total pérdida de melanocitos y de pigmento melánico en epidermis, por lo que se utilizan las tinciones de DOPA, plata e inmunohistoquímicas para identificarlas. En lesiones establecidas puede haber melanocitos, pero no son funcionantes; pueden estar reducidos en número o faltar por completo.

En el borde de las lesiones, los melanocitos suelen ser prominentes, con dendritas largas cargadas de gránulos de melanina, algunos autores suponen que quedan reemplazados de manera gradual por células de Langerhans, pero otros opinan que el número de estas células no guarda relación con la acromía. En esta zona pueden encontrarse ocasionales linfocitos, en íntima relación con melanocitos.

En la etapa inflamatoria puede haber daño de la unión dermoepidérmica, y en ocasiones espongirosis; en la dermis superficial hay infiltrado linfocítico.

También se observa un infiltrado mononuclear perivascular superficial, discreto edema y ausencia de células de Merkel.

2.1.7 Diagnóstico

El diagnóstico de vitíligo es fundamentalmente clínico. Se debe tomar una detallada y meticulosa historia clínica, ya que puede servir para determinar etiología. Se recurre

ocasionalmente a la luz de Wood, que acentúa la piel normal de la piel con vitíligo, y sólo cuando existe la duda diagnóstica se realizan biopsias de las lesiones y sus respectivos estudios histopatológicos.

2.1.8 Diagnóstico diferencial

El vitíligo se debe de diferenciar de aquellas entidades que también causen despigmentación de la piel, como la leucoderma de químicos, trauma o quemaduras, el nevo de halo, el nevo de Sutton, la leucoderma asociada al melanoma, el albinismo, el piebaldismo, el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, el síndrome de Waardenburg, casos indeterminados de lepra, pitiriasis versicolor, pitiriasis alba, liquen escleroso y atrófico, la hipomelanosis guttata idiopática, entre otros.

Microscópicamente, muchas de ellas presentan también ausencia de melanocitos, por lo que es de suma importancia saber otros datos para distinguirlas como la edad de inicio, la topografía, la morfología de las lesiones y las manifestaciones asociadas. La presencia microscópica de melanocitos basales y melanina permite distinguirlas del vitíligo.

2.1.9 Tratamiento

Existen diferentes tipos de terapias y tratamientos, sin embargo, el tratamiento de esta entidad es prolongado y permanente y muchas veces no es totalmente eficaz. Es por eso que el paciente con vitíligo debe conocer la naturaleza de la enfermedad, y las limitaciones del tratamiento, ya que en algunos pacientes (sobre todo niños) hay repigmentación total o parcial, pero en otros la dermatosis persiste durante toda su vida.

El objetivo del tratamiento es estabilizar el proceso de despigmentación, así como repigmentar las zonas afectadas, mediante:

- a) Tratamientos tópicos como los corticoides, que a veces logran la repigmentación de lesiones pequeñas y localizadas. Este tratamiento sólo es recomendado en pacientes con vitíligo poco extenso y de corta evolución. Se utilizan los tópicos de preferencia, ya que los sistémicos causan mejoría sólo transitoria. En caso de optar por estos, se recomienda usar los de clases II y III en general, los de clase I y II en cara y pliegues y los de clase III en menores de 12 años.
- b) Tratamientos sistémicos como los UVB de banda estrecha, útiles en vitíligos extensos, en niños y embarazadas y los PUVA (psoralenos y luz ultravioleta A) con respuesta variable, sin embargo los pacientes que utilicen este tratamiento deben ser seleccionados, ya que existen contraindicaciones para el uso de la terapia en pacientes con enfermedad hepática o renal, fotosensibilidad, cáncer de piel, embarazo o lactancia, y se recomienda utilizar protección ocular por el

riesgo de cataratas. Este es un tratamiento, cuyos resultados son cosméticamente aceptados.

- c) Tratamiento quirúrgico mediante trasplante autólogo de piel sana en jóvenes con vitíligo estable, sin fenómeno de Koebner y sin respuesta al tratamiento médico. Se ha recurrido también a trasplantes de melanocitos obtenidos a partir de ampollas generadas por succión o por nitrógeno líquido, y cultivo de melanocitos in vitro, sin embargo es un tratamiento que casi no se utiliza.

Se recomiendan aplicaciones diarias de una solución de éter sulfúrico con ácido acético glacial al 3%. También se usan soluciones alcohólicas con esencia de lima o bergamota al 30%, las cuales implican un riesgo, ya que pueden ocasionar hiperpigmentación perilesional.

Recientemente se ha propuesto el uso de inmunomoduladores como tacrolimús y pimecrolimús. Cuando las manchas son extensas, se puede optar por la despigmentación de la escasa piel no afectada, mediante la aplicación del éter monobencílico de hidroquinona de 5-20%, que es una sustancia blanqueadora.

El plan educacional es básico en estos pacientes, ya que deben tomar medidas generales de protección, como el uso de protector solar, todos los días, para evitar quemaduras, y evitar la exposición a éste y; junto a esto llevar un tratamiento completo, es decir, incluir terapias de apoyo psicológico o psicoterapia para ayudar al paciente a adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Es necesario informarles a los pacientes y a la familia, la naturaleza de la enfermedad y explicarles que no se trata de una enfermedad contagiosa, que el tratamiento es prolongado y puede no ser de total eficacia.

2.2 Depresión

2.2.1 Generalidades

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la población mundial. No se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni de una emoción que pueda detenerse voluntariamente, tampoco es un defecto de carácter o una señal de debilidad de una persona que puede superarse con esfuerzo.

Esta es una enfermedad que afecta distintos entornos en la persona, como su estado de ánimo, su mente, la vida personal, laboral, la alimentación, sus horas de sueño, la opinión de sí mismo, y su vida en general. Es un problema social, ya que no sólo afecta a la persona que está padeciendo el trastorno, sino también involucra a las personas que la rodean.

Los trastornos depresivos son una causa importante de morbilidad y son comunes en la atención primaria. Investigaciones previas sugieren que la depresión es poco diagnosticada y por lo tanto, poco tratada. La detección de la depresión en atención primaria puede mejorar el reconocimiento, el tratamiento, y los resultados de los trastornos depresivos.

Hace casi una década un estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad, sin embargo se decidió incluir el número de días vividos con discapacidad, y las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en vías de desarrollo. (26)

La depresión es un estado emocional que casi todas las personas sufren en algún momento de su vida. El problema radica en distinguir cuando ese estado se debe considerar enfermedad y requiere tratamiento médico. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, mientras que un tratamiento adecuado puede ayudar al 80% de las personas afectadas. Se trata de un problema de salud que afecta el entorno social del paciente y que puede llevar a graves consecuencias, por lo que requiere de la atención de todo el equipo de salud.

Tanto la cronicidad como la recurrencia de los trastornos depresivos, juegan un papel importante en las complicaciones de la enfermedad. Cuanto más grave sea la depresión y cuanto más tiempo dure, mayor será la probabilidad de que la depresión progrese a ser de carácter crónico. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz eficaz de esta enfermedad no sólo disminuirán la morbilidad asociada al episodio actual, sino también puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad pueda llegar a ser crónica, con la morbilidad adicional asociada. (30)

2.2.2 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una de las enfermedades más incapacitantes y está asociada con varios problemas de salud, tales como la pérdida de días laborales, deterioro en otras áreas de la vida y también con otras entidades, como la ansiedad, el estrés postraumático y abuso de sustancias psicoactivas, incluso es una de las condiciones más letales, por su amplia asociación con el suicidio. (31)

Es un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se manifiesta a partir de una serie de síntomas, que incluyen cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, una sensación de angustia, sobrepasando los niveles a lo que se considera normal. (27)

Se dice que son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, es decir, la persona siente disminución de interés en todos los aspectos de su vida, hay sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Puede haber hasta cambios cognitivos, como dificultad para la concentración, para la memoria, pensar ineficiente y una elevada auto-crítica. (28)

“El concepto de depresión, por definición, recoge la presencia de síntomas afectivos, es decir, una esfera de los sentimientos y emociones como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida, y aunque en mayor o en menor grado, siempre están presentes los síntomas cognitivo, volitivo, o incluso somático” (29)

Los trastornos depresivos son comunes, crónicos y costosos. Según encuestas que se han realizado en la comunidad, la prevalencia de depresión va desde 4,9% a 17,1%. En los centros de atención primaria, la prevalencia de la depresión mayor es de 6% a 8%. Los estudios longitudinales sugieren que aproximadamente el 80% de las personas que experimentan un episodio depresivo mayor tendrá al menos 1 episodio más durante su vida, con la tasa de recurrencia aún mayor si se incluyen los episodios leves o los que pasan sin reconocer. Aproximadamente el 12% de los pacientes que experimentan depresión, ésta tendrá un curso continuo crónico. (30)

2.2.3 Desarrollo histórico

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, lleva un largo trayecto, y comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. (32)

Históricamente, los trastornos del estado de ánimo han sido considerados como "orgánicos" o "reactivos", como los describen en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos de la Asociación Americana de Psiquiatría Mentales (DSM-I) (AAP, 1952). La segunda edición del manual (DSM-II) (AAP, 1968) sigue esta distinción básica utilizando los términos "psicótico" y "neurótico".

Según lo describen en los manuales, los trastornos de una variedad neurótica o reactiva podrían ser curados una vez que se elimina la causa. En cambio, los de naturaleza psicótica u orgánica eran vistos como de pronóstico menos favorable. Considerados como un trastorno crónico, el resultado era la institucionalización combinado con un tratamiento somático. Por lo tanto, sólo consideraban dos resultados finales, los trastornos que eran curables o los crónicos. (33)

Los trastornos del humor se entendían como una enfermedad del cerebro y orgánica (Boland y Keller, 2002).

En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría, publicó la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), donde los individuos eran diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo con base al cumplimiento de criterios establecidos, los cuales se basaban en un grupo de síntomas y la duración específica de los mismos. (33)

El objetivo del tratamiento era la reducción de síntomas o la erradicación de los mismos si era posible. Sin embargo, los resultados del tratamiento, incluyendo en las continuas recaídas y la recurrencia, plantean retos para el desarrollo de tratamientos adecuados. Desde la década de 1980 en adelante, se han realizado estudios a largo plazo sobre el curso de la depresión y los resultados en pacientes. (33)

2.2.4 Epidemiología

Los trastornos depresivos son muy comunes. Se pueden presentar en individuos de cualquier edad, sexo y raza. Sin embargo se ha visto que puede llegar a afectar 2 veces más a las mujeres que a los hombres, siendo el pico entre los 20 y los 40 años. Estudios recientes han sugerido un aumento en las tasas de incidencia en adultos jóvenes que comprenden entre los 12 a los 24 años. (28)

Se ha hablado, asimismo, de un incremento en el riesgo de padecer una depresión grave de 1.5 a 3.0 veces en las personas cuyos parientes de primer grado han presentado episodios de depresión, en comparación con aquellas cuyos familiares no los han presentado. (28)

Un tercio de los individuos con desórdenes depresivos experimentan un curso crónico prolongado de aproximadamente 2 años o más, caracterizada por episodios prolongados de la enfermedad y remisiones incompletas entre cada episodio. El Instituto Nacional de Salud Mental realizó un estudio sobre los desórdenes depresivos mayores, donde se concluyó que los pacientes que remiten, el 60% sufre de recaídas cada 5 años. (34)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años.* Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes. (26)

2.2.5 Etiología

Es importante mencionar que a pesar que los trastornos depresivos han sido ampliamente investigados, y cuyo estudio sobre las causas y tratamiento se ha ampliado notablemente, aún existen algunos mecanismos de la fisiopatología de esta enfermedad que permanecen desconocidos.

Para hablar de la etiología de la depresión hay que tener en cuenta que existen diferentes tipos de esta enfermedad, y cada una puede tener causas distintas, por lo que no se ha establecido una causa común que presenten todas las personas que sufren de estos trastornos.

El conocimiento sobre los factores de riesgo y la etiología de la depresión es importante para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento más efectivos. Factores como el género, el nivel socioeconómico, raza, cultura o edad, también se han demostrado estar relacionados con la depresión. Un hallazgo común es que el desarrollo de la depresión está determinado por múltiples y correlacionados factores de riesgo que probablemente cambian durante la vida. (35)

Se han llevado a cabo estudios en pacientes con depresión a largo plazo, encontrando que existen dos formas básicas de depresión: la exógena y la endógena y que las causas pueden influir factores genéticos, químicos y psicosociales. (36)

Algunos autores han descrito algunas de las causas de la siguiente manera:

2.2.5.1 Primarias:

- a. Bioquímicas cerebrales: Es de las teorías más populares y postula que un déficit relativo o absoluto de los neurotransmisores como noradrenalina, serotonina y dopamina, causa depresión, y que un exceso de los mismos, causa manía. Estudios que se han realizado recientemente, han sugerido que la causante de los trastornos depresivos es la serotonina, y que puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que utilizan este neurotransmisor. También se ha asociado a estos trastornos el GABA y la acetilcolina. (37)
- b. Neuroendocrinas: Existen síntomas como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, que sugieren la disfunción del hipotálamo. También se ha relacionado con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3 han presentado trastornos depresivos. Se ha probado que cerca de la mitad de los pacientes con esta entidad muestran un aumento de cortisol. Otro hallazgo importante es que en los pacientes que se encuentran deprimidos existe una disminución de liberación de la hormona del crecimiento durante las horas de sueño, que permanece hasta un año posterior de la desaparición de los síntomas de la depresión. (37)

- c. Neurofisiológicas: Un hallazgo importante y común en los pacientes que padecen de depresión, es que al realizarles un Electroencefalograma existe una disminución de los movimientos oculares rápidos. (MOR o REM, por sus siglas en inglés) (37)
- d. Trastornos hormonales: Como la enfermedad de Addison, la enfermedad de Cushing. (28)
- e. Factores biológicos: que incluyen genéticas y familiares, que como se mencionó anteriormente, existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad. Sin embargo, es importante recalcar, que no todos los que tienen la predisposición genética para los trastornos depresivos los padecen. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general. (37)
- f. Factores psicológicos: Algunos autores sugieren que en depresiones, generalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicológicos tienen gran importancia, ya que se cree que la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa y pesimista de sí mismo, del mundo y del futuro. (37)
- g. Factores estresantes: La muerte de un ser querido, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, algún trauma o eventos de la vida cotidiana, experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, entre otros, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

2.2.5.2 Secundarias

- a. Drogas: Existen más de 200 medicamentos que se han relacionado con la aparición de trastornos depresivos, la gran mayoría de ellos, de forma ocasional y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos, se puede mencionar los AINES (ej: indometacina, fenocetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, digitálicos, procainamida, corticosteroides, ACTH, disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales. El alcoholismo y la farmacodependencia puede también causar trastornos depresivos. (37)
- b. Enfermedades orgánicas: Cualquier enfermedad grave o que cause algún tipo de discapacidad puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia: Parkinson,

Alzheimer, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, infarto al miocardio, cánceres. (37)

- c. Enfermedades infecciosas: Como la hepatitis, influenza, brucelosis, sífilis, SIDA, tuberculosis, también se ha mencionado la meningitis. (37)
- d. Enfermedades psiquiátricas: La esquizofrenia, el trastorno esquizofrénico y las etapas avanzadas de los trastornos de pánico, pueden producir cuadros depresivos (28)

2.2.6 Signos y Síntomas

La depresión es muy variable en cuanto a la presentación de los síntomas y la duración de los mismos. Una depresión puede presentar múltiples síntomas y mostrarse en diferentes grados.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, un episodio depresivo es aquél que se caracteriza por un estado de ánimo triste, disfórico o irritable en niños y adolescentes, que dura al menos dos semanas. Asociado a él se produce una disminución o pérdida del interés, o en cuanto a la disposición para mostrar alegría, así como la capacidad general de concentración y rendimiento. Además, aparecen síntomas físicos característicos, como por ejemplo problemas de sueño, pérdida de apetito y peso así como una opresión mental respecto a una situación que se considera sin salida. Esto puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. El pensamiento se ralentiza y gira en torno a un solo tema, que suele ser lo mal que uno se siente, lo inútil que resulta la situación actual y el futuro parece ser desesperado. (38)

Existen otros síntomas que suelen presentar estos pacientes como:

- Sentimientos persistentes de ansiedad o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para tomar decisiones
- Insomnio o hipersomnio
- Comer excesivamente o perder apetito
- Dolores y malestares persistentes, cefalea, cólicos o problemas digestivos que no se alivian con tratamiento

2.2.7 Clasificación

Los diferentes tipos de depresión se clasifican en función a los síntomas que muestra el paciente.

2.2.7.1 Grupo A(39)

- Duración no inferior a 2 semanas
- No atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos

2.2.7.2 Grupo B(39)

- Humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante. No varía con las circunstancias ambientales del paciente y persiste al menos durante 2 semanas
- Pérdida o desinterés por actividades que anteriormente le parecían placenteras
- Aumento de fatiga o pérdida de energía habitual

2.2.7.3 Grupo C (39)

- Pérdida de confianza en sí mismo y de autoestima. Sentimientos de inferioridad e inutilidad
- Sentimientos de culpa excesiva
- Pensamientos de muerte o de suicidio recurrentes, tentativas
- Disminución de la capacidad en la concentración y pensamiento, acompañada de indecisión
- Lentitud en las actividades motoras o agitación
- Alteraciones del sueño
- Variaciones en el peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso del apetito)

2.2.7.4 Grupo D (39)

- Presencia de síndrome somático, el cual incluye alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave

De acuerdo a estos criterios se puede clasificar el cuadro depresivo en:

2.2.7.5 Depresión leve

Los pacientes con depresión leve presentan dos o tres síntomas del grupo B. Estos pacientes, generalmente, son capaces de continuar con su estilo de vida y con sus actividades habituales de manera normal. (39)

2.2.7.6 Depresión moderada

El paciente presenta al menos dos síntomas del grupo B y un cierto número del grupo C, hasta conformar un mínimo de seis síntomas. Estos

pacientes muestran dificultades para realizar sus actividades habituales normalmente. (39)

2.2.7.7 Depresión grave

El paciente que padece de depresión grave, presenta todos los síntomas del grupo B, acompañados de varios síntomas del grupo C, hasta conformar un mínimo de ocho síntomas. Estos pacientes presentan una situación emocional marcada por la angustia, especialmente con pérdida de autoestima y sentimientos intensos de culpa excesiva e inutilidad.

En estos episodios es de gran importancia tomar en cuenta los intentos suicidas asociados a la carga somática, principalmente en el sexo masculino, ya que es más común en este grupo, por lo que estos pacientes deben ser controlados de forma constante e incluso, en determinados casos, se debe valorar la hospitalización del paciente. En esta fase pueden aparecer asociados síntomas del grupo D. (39)

2.2.8 Tipos de depresión

Existen varias clasificaciones para los trastornos depresivos.

2.2.8.1 El trastorno depresivo grave:

Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer del paciente y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. (40)

2.2.8.2 El trastorno distímico:

Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. (40)

2.2.8.3 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo):

Se le llama también depresión reactiva, y se caracteriza por la aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Hay un deterioro significativo de la actividad interpersonal,

laboral o social del paciente, después de que éste presenta un malestar mayor esperable en respuesta al factor responsable. (29)

2.2.8.4 Trastorno depresivo no especificado:

Existen varios síntomas depresivos, que no cumplen los criterios de los trastornos antes mencionados. Algunas de estas condiciones se pueden observar en:

1. Síndrome ansioso-depresivo
2. Trastorno disfórico premenstrual
3. Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia (29)

2.2.8.5 Reacción de duelo

Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, la duración es variable y generalmente se presenta de distinta manera en cada paciente. En estos casos, si los síntomas permaneces por más de dos meses se puede hacer el diagnóstico de depresión mayor. (29)

2.2.8.6 Depresión en el anciano

En estos casos el diagnóstico puede ser complicado, ya que el estado de ánimo puede ser poco significativa y puede presentarse de forma enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, puede verse afectada la memoria, insomnio, pérdida del interés de las actividades, quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Se pueden presentar síntomas de tipo deficitario, de ser así, se habla de pseudo-demencia depresiva. (29)

2.2.8.7 Depresión en la infancia y la adolescencia

En este grupo de población también puede resultar de mayor dificultad el diagnóstico, ya que la mayoría de veces no se presenta con un estado de ánimo triste. En la infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas de alimentación, enuresis, entre otras. En la adolescencia, la sintomatología puede presentarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados al consumo de sustancias psico-suicidas, conductas para suicidas, problemas escolares, entre otros. (29)

2.2.8.8 Síndrome de burn-out o síndrome de agotamiento,

Una depresión provocada por un estrés prolongado, generalmente de carácter profesional. Este síndrome se caracteriza por pérdida de energía, reducción de la

capacidad productiva, indiferencia, cinismo y falta de ganas respecto a un compromiso, mantenido durante años y suele explotar ante un desencadenante relativamente pequeño. Pueden existir a menudo, síntomas de molestias físicas, como diaforesis, mareos, cefaleas, problemas gastrointestinales y dolores musculares. En este síndrome también pueden aparecer trastornos del sueño y puede llegar a progresar a una depresión mayor. (38)

2.2.8.9 Depresión postparto:

Los episodios depresivos tras un parto suelen aparecer en un 10-15% de las pacientes y comienzan a manifestarse generalmente durante la primera y la segunda semana tras el parto. Puede desarrollarse de forma latente durante semanas y meses. Debe diferenciarse la depresión postparto de los llamados «días tristes» (o «baby blues»), que empiezan en la primera semana tras el alumbramiento, generalmente no antes del tercer día, y que suelen durar desde unas pocas horas a unos días a lo sumo. Se manifiestan en aproximadamente el 50% de las mamás y no se considera una enfermedad. (38)

2.2.8.10 Depresión estacional:

Es llamada también depresión invernal, que ocurre durante los días oscuros y nublados del invierno, los cuales pueden empeorar el estado de ánimo. Puede haber también tendencias suicidas. La causa es que el ojo percibe una menor entrada de luz, lo cual conduce a que las personas propensas a ello padezcan una disfunción del metabolismo nervioso cerebral, dando lugar así a la depresión. (38)

2.2.9 Criterios de diagnóstico

En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) como de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y los clasifican de la siguiente manera (29):

2.2.9.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

- a. Criterio A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas (el primero o el segundo debe estar necesariamente presente), durante al menos un periodo de dos semanas, y supone un cambio importante respecto a su actividad previa.
 - Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo: triste, disfórico, irritable (niños y adolescentes)
 - Disminución o pérdida del interés, o de la capacidad para sentir placer o bienestar en la mayoría de las actividades
 - Síntomas somáticos:
 - Disminución o aumento de peso, o disminución o aumento de apetito
 - Insomnio o hipersomnia
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz
 - Sensación de fatiga o falta de energía
 - Síntomas psíquicos:
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos
 - Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar en actividades intelectuales
 - Pensamientos recurrentes de muerte, o ideación o planes suicida
- b. Criterio B. Describe el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizofrénico o trastorno esquizo-afectivo.
- c. Criterio C. Los síntomas causan un malestar significativo, al igual que un deterioro de la actividad social, laboral y otras áreas de la vida del paciente.
- d. Criterio D y E. Son criterios de exclusión, es decir, la sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia tóxica, o un medicamento, ni por una enfermedad orgánica, tampoco una reacción de un duelo ante la pérdida de un ser querido.

Es importante tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Gravedad, síntomas psicóticos (si son o no congruentes con el estado de ánimo), remisión
- Cronicidad
- Presencia de síntomas catatónicos

2.2.9.2 Trastorno distímico

- a. Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, durante al menos dos años (en niños, un tiempo mínimo de un año)
- b. Criterio B. Dos o más de los siguientes:
- Disminución o aumento del apetito
 - Insomnio o hipersomnia
 - Falta de energía vital
 - Baja autoestima
 - Dificultades para concentrarse y tomar decisiones
 - Sentimientos de desesperanza
- c. Criterio C. Si hay períodos libres de síntomas mencionados en A y B durante los dos años requeridos, que no constituyen más de dos meses seguidos.
- d. Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes).

- e. Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno ciclotímico.
- f. Criterios F y G. Son criterios de exclusión. Se descarta esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas y enfermedades médicas.
- g. Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar significativo, junto a un deterioro social, laboral o en otras áreas del funcionamiento del paciente. (29)

2.2.10 Consecuencias

Los problemas y las complicaciones que conlleva el sufrir de depresión, son sustanciales, y la consecuencia más temida y severa es el suicidio. Según una revisión de múltiples estudios realizados en EEUU, éste tiene una tasa de aproximadamente 3,5% de todos los casos con depresión mayor, y existe un riesgo de que se incremente hasta aproximadamente el 15% en las personas que han requerido hospitalización psiquiátrica. (30)

Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes que sufren de depresión, el 15% de las personas que se encuentran gravemente deprimidas terminan suicidándose y al menos el 66% de las personas suicidas han tenido depresión. (28)

Se ha estimado que para el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad más discapacitante, después de la cardiopatía isquémica.

El riesgo específico para el suicidio asociado con los trastornos depresivos es elevado, es de 12 - a 20 veces mayor en comparación con la población general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la depresión mayor como la cuarta causa de enfermedad discapacitante en todo el mundo en 1990, causando más incapacidad que la cardiopatía isquémica o la enfermedad cerebrovascular. Se espera que la morbilidad asociada a estos trastornos aumente. Se prevé que en el 2020, la enfermedad depresiva unipolar sea la segunda causa de discapacidad en el mundo. (30)

Además, los trastornos depresivos se han relacionado con el incremento de las tasa de mortalidad e incapacidad por enfermedades cardiovasculares. Estos y otros hallazgos han sido motivo y base de muchas investigaciones actuales.

Es común que los pacientes que se encuentran deprimidos gravemente, lleven un estilo de vida muy poco saludable, ya que pierden el interés por vivir y esto los lleva a generar malos hábitos higiénicos, alimenticios, de sueño, entre otros, por lo que el sistema inmunológico de estos pacientes se deprime, y esto aumenta el riesgo de padecer cualquier otra entidad. Debido a esto, es de suma importancia que el médico pueda reconocer y estar alerta a ciertos signos y síntomas claves, que pueden ayudar al diagnóstico temprano y por lo tanto una mejor evolución de la enfermedad.

Es importante que el médico esté alerta en casos que puedan ocurrir en el contexto de otras enfermedades agudas o crónicas, ya que la suma de un trastorno depresivo a

otra entidad puede llevar al paciente a un mal apego al tratamiento y por lo tanto mayor dificultad y complicación para la resolución o el control de la enfermedad de base.

2.2.11 Tratamiento

El tratamiento de la depresión depende de qué tipo sea la que esté afectando al paciente. La depresión que se vincula con trastornos reactivos, por lo general no requiere farmacoterapia y puede tratarse con psicoterapia. Sin embargo, en los casos graves, cuando los signos son significativos y los síntomas han persistido por varias semanas, generalmente la terapéutica con fármacos antidepresivos es eficaz. El tratamiento medicamentoso también se sugiere cuando existe una historia familiar de depresión mayor en pacientes de primer grado o una historia de episodios previos. (41)

La atención primaria juega un papel sustancial en la evaluación y gestión de la enfermedad depresiva, ya que la mayoría de los pacientes que ingresan al sistema de cuidado de la salud son atendidos por los médicos de atención primaria, y son éstos, con frecuencia ofrecen la primera oportunidad para la identificación de la enfermedad depresiva. También proporcionan la mayor parte del tratamiento para la depresión. Los médicos de atención primaria prescriben aproximadamente el mismo número de recetas de antidepresivos como hacen los psiquiatras. Sin embargo, los médicos de atención primaria fallan en el diagnóstico y en el tratamiento el 30% y el 50% de los pacientes deprimidos adultos. (30)

Se debe planear un tratamiento que consista en la remisión de los síntomas a corto plazo con las estrategias de continuación y mantenimiento a largo plazo, con el objetivo de prevenir las recaídas y las recidivas. La intervención más efectiva para lograr la remisión y prevenir la recaída es la medicación, pero el tratamiento combinado, que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su situación, a ayudar a recuperar su autoestima y su desmoralización, mejora significativamente los resultados. (42)

Se ha encontrado que el 40% de los pacientes de atención primaria con depresión abandonan el tratamiento e interrumpen la medicación cuando no observan mejoría sintomática en el plazo de un mes, a menos que reciban apoyo adicional. (28)

Por lo tanto, se sugiere que el tratamiento incluya también: (42)

1. Mayor intensidad y frecuencia de las visitas durante las primeras 4-6 semanas de tratamiento
2. Adición de material educativo
3. Consulta psiquiátrica cuando procede

El tratamiento de la depresión pretende disminuir la morbi-mortalidad debida a este trastorno, y todos los problemas que éste conlleva: accidentes laborales por disminución en la atención, pérdida de trabajo o fracaso en estudios por absentismo o

disminución en la productividad, problemas familiares, enfermedades que se asocian a este trastorno, y el más importante, el suicidio o intento de suicidio. (43)

Existen diversos estudios que han concluido que los episodios de depresión no tratados duran de 6-24 meses y sólo se alargan más de 2 años en un 5-10% de los casos. Sin embargo, es importante implementar tratamiento, ya que este permite acelerar la recuperación y evita recaídas y recurrencias, por lo tanto evita que se convierta en un problema crónico. (43)

2.2.11.1 Principios del manejo de la enfermedad

Reconocimiento de la enfermedad

Solamente un tercio de los pacientes con depresión reciben el tratamiento adecuado, los otros son pacientes quienes obtuvieron un diagnóstico erróneo o hubo fallas en el tratamiento asociado con desórdenes depresivos.

Los siguientes son 4 errores comunes que conllevan a un diagnóstico equivocado y que pueden perjudicar el tratamiento como el desarrollo de la patología (44):

- 1) Cuestionamiento insuficiente
- 2) Falla en consulta a familiares, existe la posibilidad que los pacientes, por las distorsiones cognoscitivas asociadas con la enfermedad, minimicen o exageren sus síntomas, por lo que es de suma importancia, incluir información proporcionada por los parientes o personas que convivan con el paciente
- 3) Aceptar el diagnóstico de desorden emocional a pesar de la falta de criterios diagnósticos
- 4) Exclusión del diagnóstico o falla en el tratamiento de la depresión a pesar del complejo de síntomas asociados (44)

Estos errores clínicos junto con el estigma asociado a las enfermedades psiquiátricas, han causado problemas al momento de diagnosticar trastornos emocionales graves. Es de gran importancia que los médicos tengan altos índices de sospecha para este trastorno, ya que es muy común, y el diagnóstico temprano resulta en una buena evolución de la enfermedad.

2.2.11.2 Fases del tratamiento

Es importante que el médico tratante informe y eduque no solo al paciente, sino también a la familia y personas que conviven con ellos, acerca de la enfermedad y específicamente hablarles de sus expectativas hacia la recuperación. (44)

a) Fase aguda

El objetivo es eliminar todos los síntomas del episodio, durante varias semanas, hasta que haya una respuesta clínica positiva importante, con una mejoría del 50% de los síntomas. (43)

b) Fase de continuación

Es cuando el médico puede interrumpir la medicación, después de que el paciente consigue la recuperación, es decir, de 4-9 meses sin sintomatología. (43)

c) Fase de mantenimiento

El médico puede decidir realizar ya sea una fase de continuación o una fase de mantenimiento, para evitar las recurrencias. Ésta fase puede durar desde 1 año hasta toda la vida, dependiendo de las probabilidades de nuevos episodios, y en estos casos, se suelen prescribir antidepresivos solos o asociados a psicoterapia. (43)

d) Episodios refractarios

Se utilizan antidepresivos asociados a otros fármacos como estrategia de potenciación o terapia electro convulsiva. (43)

2.2.11.3 Psicoterapia

La psicoterapia hace referencia a una serie de técnicas que intentan influir en la conducta, los pensamientos, los afectos y las actitudes del paciente a través de medios psicológicos. Algunas psicoterapias son de duración relativamente breve (entre 10-20 semanas) y otras pueden ser de muy largo plazo, dependiendo de las necesidades del paciente. Las psicoterapias denominadas cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han demostrado ser eficaces en la depresión. (45)

La cognitivo-conductual trata de modificar los pensamientos negativos e irracionales del paciente, que contribuyen a la depresión. La terapia interpersonal ayuda al paciente a entender y tratar de solucionar sus relaciones interpersonales. (45)

El tratamiento actual consiste en una combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión, sin embargo, en casos de depresión leve y en ciertas depresiones crónicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico, de tipo dinámico, conductual, grupal y aún psicoanalítico. (43)

Con la psicoterapia interpersonal, el paciente recibe una guía para adaptarse de los papeles de la vida. La terapia cognitiva puede ayudar a cambiar los pensamientos negativos. (45)

2.2.11.4 Terapia de luz

La fototerapia es un tratamiento efectivo para la depresión grave con variaciones estacionales, particularmente aquellas depresiones que surgen durante otoño e invierno. El tratamiento usual es de al menos 30 minutos por día con un dispositivo estándar de fototerapia durante todo el episodio de otoño e invierno. (44)

2.2.11.5 Terapia Electroconvulsiva (ECT)

La terapia electroconvulsiva ha sido y continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión grave, y debería ser el tratamiento de primera línea en pacientes depresivos con características psicóticas, pacientes con ideas suicidas y pacientes que no hayan respondido al tratamiento farmacológico. No se tiene con certeza cómo funciona este tipo de terapia, sin embargo la electroencefalografía evidencia una disminución de la corteza pre-frontal en pacientes que responden al tratamiento. Entre el 60-80% de los pacientes depresivos que han recibido ECT han respondido positivamente al tratamiento. (44)

2.2.11.6 Terapia medicamentosa

La terapia con agentes antidepresivos es el tratamiento de elección en pacientes con depresión moderada a grave. La tasa de respuesta de un antidepresivo es de aproximadamente un 60% y de un 80% si la terapia con un segundo medicamento es utilizada luego de una falla del antidepresivo inicial. (44)

Tendrán una respuesta clínica al tratamiento adecuado, de 3-6 semanas, de antidepresivos, solamente el 6% de los pacientes con depresión grave. Si no hay respuesta después de 3 semanas de tratamiento, la probabilidad de respuesta positiva es menor al 20% y se debe considerar el cambio de antidepresivo. Si luego de 3 a 6 semanas hay una respuesta parcial pero no se ha recuperado totalmente, el médico debe considerar si es posible subir las dosis del medicamento con los efectos secundarios mínimos. Se puede considerar agregar una pequeña dosis de litio, liotironina sódica o un psico-estimulante, ya que pueden convertir rápidamente una respuesta parcial en una respuesta total en un 25% de los pacientes. (44)

Todos los antidepresivos actúan aumentando la concentración de aminas neurotransmisoras, esto se puede lograr mediante las siguientes acciones:

- Inhibiendo su recaptura, con lo cual hay menor cantidad de droga dentro de las células y más en el torrente sanguíneo
- Impidiendo su destrucción por parte de la enzima mono-amino oxidasa (MAO) o
- Administrando sus precursores, con lo cual aumenta su síntesis y por ende la cantidad del neurotransmisor en sangre (46)

Los antidepresivos pueden clasificarse en cuatro grupos (41, 43):

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC)
2. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
3. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
4. Los antidepresivos atípicos, entre los cuales se incluye los inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN), inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN), antagonistas de receptores 5-HT1 e inhibidores de la recaptura de serotonina (ASIR), de acción noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica específica (NASSA) y antidepresivos selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN)

Fármaco	Principio activo
IMAO's	<i>No selectivo</i> – Tranilcipromina <i>Selectivo MAO A</i> – Moclobemida
ADT's	Amitriptilina Amoxapina Clomipramina Dosulepina Doxepina Imipramina Lofepramina Maprotilina Nortriptilina Trimipramina
ISRS's	Citalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina
Acción dual	<i>IRND</i> – Bupropión <i>IRSN</i> – Venlafaxina, Nefazodona, Trazodona <i>NASSA</i> – Mianserina, Mirtazapina <i>ISRN</i> - Reboxetina

Fuente: Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Victoria Hall Ramírez. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>

Otros autores clasifican los antidepresivos de la siguiente forma: (46)

1. Inhibidores no selectivos de la recaptura de aminas (NA, DA o 5-HT), que incluye a los tricíclicos
2. Inhibidores selectivos de la recaptura de aminas (5-HT o NA), que incluye a los inhibidores de la recaptura de serotonina o ISRS's
3. Inhibidores selectivos y reversibles de la monoamino-oxidasa (RIMA's)
4. Inhibidores no selectivos e irreversibles de la monoamino-oxidasa (IMAO's)
5. Otros fármacos

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los pacientes que padezcan de depresión moderada y grave, sin embargo actualmente se ha incluido al grupo de pacientes con depresión leve, debido al aumento de prevalencia y cronicidad de la enfermedad. Todos los antidepresivos tienen aproximadamente la misma efectividad, sin embargo en los casos leves se tiende a prescribir fármacos de pocos efectos adversos como los ISRS, que son por lo tanto los de primera elección. (43)

Aspectos que se deben de tomar en cuenta al momento de elegir el antidepresivo: (29)

- Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo
- Tolerancia a efectos secundarios: perfil de toxicidad. Generalmente los ISRS son los más tolerables. Debido a los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos, es recomendable iniciar con dosis menores a las terapéuticas.
- Interacciones previsible con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes
- Costo económico
- Hay que tener en cuenta el tiempo en que el medicamento tarda en hacer efecto. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo, no puede tomarse como ineficaz.

Efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos:

	ISRS (%)	Tricíclicos (%)
Sequedad de boca	21	55
Estreñimiento	10	22
Mareos	13	23
Náuseas	22	12
Ansiedad	13	7
Insomnio	12	14
Cefaleas	17	14

Otros efectos secundarios: vértigo, temblor, somnolencia, anorexia, pérdida de peso, excesiva sudoración, vómitos, diarrea y disfunciones sexuales.

Fuente: Jesús A. Sudupe, et. Al. Depresión. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

2.2.11.7 Tiempo de tratamiento

- Periodo de latencia: es el tiempo necesario en el cual se empieza a manifestar el efecto terapéutico del medicamento, usualmente es entre 2-6 semanas (29)

- Respuesta al tratamiento: disminución de al menos, la mitad de la severidad de los síntomas depresivos(29)
- Remisión: cuando el paciente recupera su estado previo de normalidad (29)
- Tratamiento de continuación: es el tiempo de tratamiento necesario para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas, se recomienda este tratamiento tras un episodio de depresión mayor con una recuperación sintomática completa. El tratamiento se da usualmente durante un periodo de 6-12 meses, es aún discutible si la dosis recomendable es la dosis íntegra o una dosis de mantenimiento. La retirada del medicamento debe ser gradual y progresiva. (29)
- Según revisiones de ensayos clínicos existe evidencia clara de que la continuación del tratamiento durante 4-6 meses luego de la recuperación reduce el riesgo de recaídas. (29)
- Recuperación: cuando el paciente no ha presentado síntomas después de un tratamiento de 6-12 meses (29)
- Recaída: reaparición de síntomas del mismo episodio depresivo (29)

La supresión brusca de un ISRS está asociada muchas veces a un síndrome de retirada o de discontinuación (rebote serotoninérgico), donde presentan malestar general, temblores, alteraciones de sueño, parestesias y confusión, entre otras, que ceden al momento de reincorporar el medicamento de nuevo, que deberá irse retirando progresivamente. (29)

2.3 Escala de Zung

2.3.1 Generalidades

Es una escala de autoaplicación que mide sintomatología depresiva, creada por Zung (1965), donde los criterios diagnósticos utilizados comprenden la mayoría de las características de la depresión, incluyendo aspectos afectivos, fisiológicos, psicomotores y psicológicos. (31)

Síntomas	Pregunta
Afectivos	<p>1. Me siento triste y deprimido</p> <p>3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro</p>
Fisiológicos	<p>2. Por la mañana me siento mejor</p> <p>4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches</p> <p>5. Como la misma cantidad de antes</p> <p>6. Me siento atraído(a) por el sexo opuesto/ Todavía disfruto el sexo</p> <p>7. Creo que estoy perdiendo de</p>

	<p>peso</p> <p>8. Creo que tengo problemas de estreñimiento (constipación)</p> <p>9. Mi corazón late más rápido de lo normal</p> <p>10. Me canso por cualquier cosa</p>
Psicomotores	<p>12. Hago las cosas con la misma facilidad</p> <p>13. Me siento agitado(a) e intranquilo(a)</p>
Psicológicos	<p>11. Mi mente está tan clara como siempre</p> <p>14. Siento confianza y esperanza en el futuro</p> <p>15. Estoy más irritable de lo normal</p> <p>16. Me es fácil tomar decisiones</p> <p>17. Siento que soy útil y me necesitan</p> <p>18. Encuentro agradable vivir y mi vida es bastante plena</p> <p>19. Creo que sería mejor para los demás que me muriera</p> <p>20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes</p>

Fuente: Lorena Piñerúa-Shuhaibar. Jesús Estévez. Heberto Suárez-Roca. Autescala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica del dolor. *Investigación Clínica* 48(4): 469-483, 2007. Maracaibo, Venezuela. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/pdf/ic/v48n4/art07.pdf>

La escala consta de 20 preguntas, las cuales se encuentran formuladas la mitad de términos positivos y la otra mitad negativos, que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces). (47) La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1-4 para los ítems negativos y de 4-1 para los ítems positivos. (31)

2.3.2 Puntuación

El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems. Posteriormente este puntaje permite identificar el nivel de depresión (48). Se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (índice SDS = puntuación X 100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son: (49)

< 50% para personas que no se encuentran deprimidas (49)
50-59% para personas que experimentan depresión mínima (49)
60-69% para personas que experimentan depresión moderada (49)
≥70% para personas que experimentan depresión mayor (49)

Esta escala ha demostrado su utilidad en varios contextos en atención primaria, en contextos clínicos, en estudios epidemiológicos y en validaciones de otras pruebas. Asimismo se ha utilizado en diferentes tipos de población, clínica, con retardo cerebral, pacientes con cáncer y con adultos mayores. La escala de Zung ha pasado por varios estudios psicométricos, los cuales confirman su confiabilidad y validez en población adulta. (31)

3 Objetivos

3.1 General

- Determinar la proporción de pacientes con vitiligo que cursan con depresión que asisten a la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Roosevelt en los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

3.2 Específicos

- Identificar el grado de depresión que presenta el paciente con vitiligo
- Establecer las características sociodemográficas del grupo estudiado
- Determinar la percepción de factores estresantes previo al apareamiento del vitiligo

4 Materiales y Métodos

4.1 Diseño de estudio

Estudio observacional, transversal, descriptivo.

4.2 Unidad de análisis

Paciente con vitíligo.

4.3 Población

Pacientes con vitíligo que asistan a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt.

4.4 Muestra

Pacientes con vitíligo que asistan a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del 2015, que accedan a realizar la encuesta.

4.5 Metodología

Se captaron 70 pacientes los cuales accedieron a realizar la encuesta durante los meses previamente mencionados.

Se elaboraron indicadores (variables) para describir la presencia de la depresión en pacientes con vitíligo, y para caracterizar epidemiológicamente a los mismos. Para ello, se calcularon promedios (medias y porcentajes), y también se calcularon intervalos de confianza al 95%¹.

Debido a que se consideró importante conocer la presencia de asociación entre alguna de las características de los pacientes con la presencia de depresión; se llevó a cabo los cruces, evaluando la asociación con pruebas de ANDEVA o Chi cuadrado y/o la Prueba Exacta de Fisher dependiendo del tipo de indicador (cuantitativo o cualitativo). Se consideró que una asociación fue significativa cuando el Valor-P de la prueba estadística era menor o igual a 0.05.

Con el software EPI INFO 6.04d se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y analítica, obteniendo resultados con ANDEVA y/o Kruskal Wallis; y Chi cuadrado y/o la prueba exacta de Fisher

4.6 Variables e Indicadores

4.6.1 Variables de las características personales (caracterización de la muestra)

1. **Sexo:** hombres y mujeres
2. **Edad:** Grupos de edad:

¹ Intervalo usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

- a. 18 a 30 años (incluye a un caso de 16 años)
 - b. 31 a 50 años
 - c. 51 a 67 años
3. **Pareja:** Personas que viven con una pareja (casado o unido)
4. **Educación:**
- a. Ninguna
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
5. **Trabaja:** Personas que trabajan
6. **Suceso:** Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo
- a. Personas con un suceso familiar: abandono, violencia familiar, pérdida de un familiar, infidelidad, aborto, abuso sexual
 - b. Personas con un suceso asociado a la economía de la persona o familia: robo, asalto, desempleo, extorsión, pérdida monetaria, pérdida de bienes

4.6.2 Indicadores de depresión

1. **ZUNG:** Utiliza las respuestas a las 20 preguntas, calificando cada una de ellas en una escala que va de 1 a 4 puntos cuando la condición empeora; por lo tanto la escala de este indicador va de 20 a 80 puntos; y para expresarlo de forma comparable, se transformó en un indicador que da el puntaje en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos ($ZUNG = [\text{calificación obtenida} / 80 \text{ puntos}] \times 100$). Posee 10 preguntas que miden aspectos negativos y 10 que miden aspectos positivos, por lo que se crearon los siguientes indicadores
- a. **SumaZP:** Indicador que se construye con los 10 aspectos **positivos**, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (40 puntos). Las 10 preguntas positivas en el cuestionario son: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20.
 - b. **SumaZN:** Indicador que se construye con los 10 aspectos **negativos**, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (40 puntos). Las 10 preguntas negativas en el cuestionario son: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19.

Adicional a la segregación del indicador según se clasifican los aspectos en positivo/negativo, las 20 preguntas también se clasifican de acuerdo con el tipo de síntoma, por lo que se construyeron los siguientes indicadores:

- a. **Afectivo:** Indicador que se construye con las dos preguntas (1 y 3) que miden síntomas de afectividad, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (8 puntos).

- b. **Fisiológico:** Indicador que se construye con las ocho preguntas (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10) que miden síntomas fisiológicos, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (32 puntos).
 - c. **Psicomotor:** Indicador que se construye con las dos preguntas (12 y 13) que miden síntomas psicomotores, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (8 puntos).
 - d. **Psicológico:** Indicador que se construye con las ocho preguntas (11, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20) que miden síntomas psicológicos, y que al igual que ZUNG se expresa en porcentaje de acuerdo con el máximo de puntos que puede alcanzar (32 puntos).
2. **Depresión:** Indicador que clasifica a las personas en dos grupos: sin depresión (< 50% de ZUNG), o con depresión (50% o más de ZUNG), y las siguientes clasificaciones (Depre1):
- a. **Sin depresión:** Menos del 50%
 - b. **Depresión leve:** 50% a 59%
 - c. **Depresión moderada:** 60% a 69%
 - d. **Depresión grave:** ≥ 70%

5 Criterios de inclusión y exclusión

5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que accedan a realizar la encuesta

5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no hablen castellano

- Pacientes que cuenten con algún tipo de terapia o de tratamiento antidepresivo por más de 8 semanas

5.3 Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad de medida
Depresión	Es un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se manifiesta a partir de una serie de síntomas, que incluyen cambios bruscos de humor, irritabilidad, falta de entusiasmo, una sensación de angustia, sobrepasando los niveles a lo que se considera normal	Datos obtenidos de la escala de síntomas depresivos de Zung, conformada por 20 ítems, que miden sintomatología depresiva, incluyendo aspectos afectivos, fisiológicos, psicomotores y psicológicos. La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, donde existen cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (casi siempre) y la suma de cada ítem genera un valor, el cual revela el resultado final	Cualitativa ordinal	< 50 puntos para personas que no se encuentran deprimidas 50-59 puntos para personas que experimentan depresión mínima 60-69 puntos para personas que experimentan depresión moderada ≥70 puntos para personas que experimentan depresión mayor
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo	Dato obtenido de la encuesta	Cuantitativa de razón	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres vivos	Dato obtenido de la encuesta	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Estado civil	Condición de una	Datos obtenidos	Cualitativa	- Soltero(a)

	persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no.	de la encuesta	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Casado(a) - Unido(a) - Divorciado(a) - Viudo(a)
Escolaridad	Periodo de tiempo que una persona asistió a la escuela para estudiar y aprender, específicamente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Dato obtenido de la encuesta	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Primaria - Básicos - Bachillerato -Diversificado - Otros
Trabajo	Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución.	Dato obtenido de la encuesta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo donde no interactúe con personas -Trabajo donde interactúe con personas
Percepción de factor detonante	Situación en la que una persona se ve involucrada, la cual ésta considere que haya resultado como un estímulo que provoque deterioro y desgaste de los recursos físicos o mentales del organismo	Dato obtenido de la encuesta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Muerte de un ser querido -Enfermedad crónica -Dificultades financieras -Divorcio -Trauma -Experiencias adversas en la infancia -Eventos indeseables

6 Instrumento

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario, el cual corresponde a los objetivos planteados en el estudio. Se realizó visitas diarias a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, a manera de poder solicitar y contar con los consentimientos informados de los pacientes a quienes se les realizó la encuesta.

La encuesta consta de dos partes:

- **La primera parte: Depresión en el paciente con vitiligo:** se utilizó la escala de síntomas depresivos de Zung, la cual incluye 20 ítems, donde las preguntas se subdividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica, lo que permite delinear en sus diferentes aspectos sintomáticos el síndrome depresivo. (49)
Todos los ítems se encuentran valorados entre 1 y 4 (1: Muy pocas veces, 2: Algunas veces, 3: Muchas veces, 4: Casi siempre). La sumatoria de los puntajes de cada pregunta genera un valor total que luego es convertido a un índice mediante una tabla de equivalencia de 100 puntos. Este índice total revela el grado de depresión del individuo: un índice menor de 50 sugiere una impresión clínica normal, sin psicopatología; de 50-59: depresión mínima o leve; de 60-69: depresión moderada o notoria; 70 o más: depresión severa a extrema. (49)
- **La segunda parte:** Se evaluó las características sociodemográficas de los pacientes, por lo tanto se estableció edad, sexo, el grado de escolaridad, el estado civil, si se encontraba trabajando y qué tipo de trabajo tenía, así como si era un trabajo asilado socialmente o un trabajo donde interactuaba con las personas, y si existía una percepción de algún factor estresante, como la muerte de un ser querido, una enfermedad crónica, dificultades financieras, divorcio, trauma, experiencias adversas en la infancia y eventos indeseables en la vida.

6.1 Plan de procesamiento y análisis de datos

- 1) Se elaboró una plantilla para el ingreso de los datos del instrumento hacia una base de datos en Excel. Se realizó una revisión de los datos ingresados, a manera de determinar la existencia de errores o datos inconsistentes. Si fue así, se corrigió.
- 2) Los resultados fueron analizados en base a los objetivos y variables planteados
- 3) Se ordenó y presentó los datos en tablas y gráficos, para observar la distribución general de los resultados encontrados en cada variable del estudio

6.2 Procedimiento

6.2.1 Primera etapa:

- Obtención del aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

6.2.2 Segunda etapa: Obtención del aval institucional

- Autorización por parte de la Jefatura del Hospital Roosevelt
- Autorización por parte de la Jefatura del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt

6.2.3 Tercera etapa: Preparación y estandarización del instrumento

Se observó y analizó las dificultades del instrumento, si existía algún elemento donde hubieran podido presentar complicaciones los entrevistados.

6.2.4 Cuarta etapa: Identificación de los participantes y solicitud de consentimiento informado

- Se tomó en cuenta a pacientes que cumplieron con los criterios previamente descritos de inclusión y exclusión.
- Se les explicó claramente el propósito, objetivos, relevancia y utilidad de estudio
- Posteriormente, al tener los puntos descritos anteriormente claros, se les solicitó la firma del consentimiento informado a los pacientes que estuvieron dispuestos a participar en el estudio

6.2.5 Quinta etapa: Recolección de datos

- Se asistió a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt
- Seguidamente de obtener la firma del consentimiento informado, se les aplicó el instrumento previamente descrito a los pacientes. Se aseguró de que todas las preguntas fueran contestadas.

6.2.6 Sexta etapa: Tabulación y análisis de datos

- Se ordenó los datos obtenidos del instrumento utilizado
- Se realizó la tabulación de los mismos datos
- Fueron ingresados a una base de datos de Excel
- Se procedió a analizar la información y datos recaudados
- Se realizó conclusiones que brindaron respuesta a las preguntas del estudio

6.3 Alcances y límites de la investigación

6.3.1 Alcances

La depresión es una entidad que actualmente aún ha sido subestimada. La mayoría de veces, no se toma en cuenta el daño y las repercusiones que ésta puede tener en la vida de una persona, y generalmente no se le presta mucha atención, sin saber que muchas veces las patologías de base son una consecuencia de un trastorno depresivo. Un aspecto relevante en la evaluación es el impacto de la depresión, para lo que hay que tener en cuenta no sólo las cifras de mortalidad y morbilidad sino otros elementos tan importantes como las muertes prematuras que ocasiona por suicidios y también, aún por encima de este factor, la discapacidad resultante de padecer este estado, a veces durante años. Como trastorno específico, la depresión unipolar es la causa principal de años vividos con discapacidad a nivel mundial (OMS, 2001) Estos datos generales han de tenerse en cuenta para sensibilizar al clínico de la necesidad, a menudo ignorada, de centrar la evaluación de los pacientes depresivos no sólo los aspectos estrictamente sintomatológicos sino también en las consecuencias discapacitantes. En Guatemala no se cuenta con estudios que evalúen la presencia de cuadros depresivos como comorbilidad en muchas patologías. Por lo que se pretende determinar si el paciente con vitíligo cursa con un episodio de depresión y qué grado de depresión padece. De modo que al finalizar el estudio se logre concientizar al personal médico de la importancia de poder diagnosticar este trastorno para poder brindarle un tratamiento universal al paciente y de esta manera mejorar su calidad de vida.

6.3.2 Límites

- La investigación se limita a la población que pudo ser captada en la consulta externa del Hospital Roosevelt.

6.4 Aspectos éticos

- Todo paciente tiene la libertad de negarse a participar en el estudio
- Se explicará en lenguaje claro y sencillo, los objetivos, procedimientos, finalidad e importancia de la investigación, la cual es voluntaria y el(la) paciente tienen plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen, asimismo puede oponerse a contestar cualquiera de las preguntas que se le realice, si no se siente cómodo haciéndolo
- Garantizar expresamente la confidencialidad en el manejo de la información proporcionada por el participante, así como los resultados obtenidos
- Garantizar el uso de la información únicamente para fines del estudio.
- Sólo serán incluidos los pacientes que hayan firmado el consentimiento informado

7 Resultados de datos

El estudio se llevó a cabo con un total de 70 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

7.1 Caracterización epidemiológica de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015

Cuadro 1: caracterización epidemiológica de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015. n=70

Característica		Cantidad de casos	Porcentaje de la muestra
Sexo	Hombres	28	40.0%
	Mujeres	42	60.0%
Edad <i>(edad)</i> <i>La media de la edad fue de 39.2 años y la mediana de 38 años</i>	18 a 30 años	24	34.3%
	31 a 50 años	28	40.0%
	51 a 67 años	18	25.7%
Pareja <i>Personas que viven con pareja</i>	Sin pareja	22	31.4%
	Con pareja	48	68.6%
Educación	Ninguna	19	27.1%
	Primaria	29	41.4%
	Secundaria	22	31.4%
Trabaja <i>Personas que trabajan</i>	Sin trabajo	25	35.7%
	Con trabajo	45	64.3%
Suceso <i>Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo</i>	Sin suceso	22	31.4%
	Con suceso	48	68.6%
Tipo de suceso	Familiar	30	42.9%
	Económico	18	25.7%

7.2 Indicadores de depresión de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015

Debido a que los indicadores cuantitativos se expresan en porcentaje, al igual que los cualitativos, para distinguir los valores a estos se les ha colocado “por ciento”, mientras que a los valores de los indicadores cualitativos se les distingue con “%”.

Cuadro 2: Indicadores de depresión de los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015. n=70 pacientes

Indicador	Media o Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Media del test de ZUNG (ZUNG: 20 preguntas, escala de 0% a 100%)	52.9 por ciento	51.3 por ciento	54.4 por ciento
Frecuencia de pacientes con depresión (Depre: Zung >= 50%)	74.3%	62.0%	83.8%
Frecuencia de pacientes con depresión (Depre1)	Sin depresión (Zung < 50%, media de ZUNG 46.7 por ciento)	25.7%	38.0%
	Depresión leve (Zung 50% a 59%, media de ZUNG 54.6 por ciento)	60.0%	71.5%
	Depresión moderada (Zung 60% a 69%, media de ZUNG 62.1 por ciento)	14.3%	25.4%
	Depresión grave (Zung 70% a 100%)	0.0%	6.7%
Media del test de ZUNG para los aspectos negativos (SumaZN, 10 preguntas, escala de 0% a 100%)	46.7 por ciento	56.1 por ciento	56.1 por ciento
Media del test de ZUNG para los aspectos positivos (SumaZP, 10 preguntas, escala de 0% a 100%)	63.0 por ciento	61.0 por ciento	65.0 por ciento
Media del test de ZUNG para los síntomas afectivos (Afectiv, 2 preguntas, escala de 0% a 100%)	48.2 por ciento	44.2 por ciento	52.2 por ciento

Media del test de ZUNG para los síntomas fisiológicos <i>(Fisiol, 8 preguntas, escala de 0% a 100%)</i>	48.5 <i>por ciento</i>	46.7 <i>por ciento</i>	50.3 <i>por ciento</i>
Media del test de ZUNG para los síntomas psicomotores <i>(Psicom, 2 preguntas, escala de 0% a 100%)</i>	47.7 <i>por ciento</i>	44.6 <i>por ciento</i>	50.7 <i>por ciento</i>
Media del test de ZUNG para los síntomas psicológicos <i>(Psicol, 8 preguntas, escala de 0% a 100%)</i>	58.7 <i>por ciento</i>	57.8 <i>por ciento</i>	61.6 <i>por ciento</i>

7.3 Asociaciones encontradas en los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015

Como se menciona en la metodología, se buscó la presencia de asociación entre cada una de las características de los pacientes con la presencia de depresión. En esta sección se presentan solamente aquellas asociaciones que presentaron significancia estadística con $P < 0.05$.

Cuadro 3: Asociaciones encontradas en los pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt en enero, febrero y marzo del año 2015.

Característica	Media o Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%		
		Límite inferior	Límite superior	
Media del test de ZUNG <i>(ZUNG: 20 preguntas, escala de 0% a 100%)</i>				
Sexo	Hombres n=28	50.9 <i>por ciento</i>	48.0 <i>por ciento</i>	53.4 <i>por ciento</i>
	Mujeres n=42	54.2 <i>por ciento</i>	52.3 <i>por ciento</i>	53.8 <i>por ciento</i>
(ANDEVA: Valor P = 0.04635). Por lo que se concluye que las mujeres poseen una media más alta del valor de ZUNG que los hombres; en promedio tienen 3.3 por ciento más.				
Pareja <i>Personas que viven con pareja</i>	Sin Pareja n=22	56.1 <i>por ciento</i>	53.1 <i>por ciento</i>	59.0 <i>por ciento</i>
	Con pareja n=48	51.4 <i>por ciento</i>	49.6 <i>por ciento</i>	53.2 <i>por ciento</i>
(ANDEVA: Valor P = 0.0060). Por lo que se concluye que las personas sin pareja poseen una media más alta del valor de ZUNG que quienes viven con una pareja; en promedio tienen 4.7 por ciento más.				
Suceso <i>Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo</i>	Sin suceso n=22	49.7 <i>por ciento</i>	46.7 <i>por ciento</i>	52.6 <i>por ciento</i>
	Con suceso n=48	54.3 <i>por ciento</i>	52.5 <i>por ciento</i>	56.2 <i>por ciento</i>
(ANDEVA: Valor P = 0.0065). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso importante poseen una media más alta del valor de ZUNG que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 4.7 por ciento más.				
Suceso	Sin suceso n=40	50.5 <i>por ciento</i>	48.3 <i>por ciento</i>	52.8 <i>por ciento</i>

Característica		Media o Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitiligo	Con suceso n=30	56.0 por ciento	53.9 por ciento	58.0 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.00059). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta del valor de ZUNG que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.4 por ciento más.			
Media del test de ZUNG para los aspectos negativos (ZUNG: 10 preguntas, escala de 0% a 100%)				
Suceso Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo	Sin suceso n=22	39.1 por ciento	35.8 por ciento	42.4 por ciento
	Con suceso n=48	44.3 por ciento	41.6 por ciento	47.0 por ciento
(ANDEVA: Valor P = 0.0257). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso importante poseen una media más alta de los valores negativos de ZUNG que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.2 por ciento más.				
Suceso Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitiligo	Sin suceso n=40	40.6 por ciento	37.5 por ciento	43.6 por ciento
	Con suceso n=30	45.5 por ciento	42.4 por ciento	48.6 por ciento
(ANDEVA: Valor P = 0.02438). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta de los valores negativos de ZUNG que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 4.9 por ciento más.				
Media del test de ZUNG para los aspectos positivos (ZUNG: 10 preguntas, escala de 0% a 100%)				
Pareja Personas que viven con pareja	Sin Pareja n=22	66.9 por ciento	63.4 por ciento	70.4 por ciento
	Con pareja n=48	61.3 por ciento	58.9 por ciento	63.6 por ciento
(ANDEVA: Valor P = 0.0089). Por lo que se concluye que las personas sin pareja poseen una media más alta de los valores positivos de ZUNG que quienes viven con una pareja; en promedio tienen 5.7 por ciento más.				
Suceso Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitiligo	Sin suceso n=40	60.5 por ciento	57.4 por ciento	63.4 por ciento
	Con suceso n=30	66.4 por ciento	64.1 por ciento	68.8 por ciento
(ANDEVA: Valor P = 0.00059). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta de los valores positivos de ZUNG que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.9 por ciento más.				
Porcentaje de personas con depresión (ZUNG < 50%)				
Suceso Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo	Sin suceso n=22	54.5%	32.3%	75.2%
	Con suceso n=48	83.3%	68.9%	92.1%
(CHI CUADRADO: Valor P = 0.02358). Por lo que se concluye que es mayor el porcentaje de personas con depresión entre quienes han experimentado un suceso importante. Personas que han experimentado un suceso importante tienen 4.2 veces más probabilidad (Odds Ratio) de presentar depresión que quienes no lo han experimentado.				
Suceso	Sin suceso n=40	57.5%	40.7%	72.8%

Característica		Media o Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Familiar <i>Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitiligo</i>	Con suceso n=30	96.7%	80.6%	99.8%
	(CHI CUADRADO: Valor P = 0.00059). Por lo que se concluye que es mayor el porcentaje de personas con depresión entre quienes han experimentado un suceso familiar importante. Personas que han experimentado un suceso familiar importante tienen 21.4 veces más probabilidad (<i>Odds Ratio</i>) de presentar depresión que quienes no lo han experimentado.			
Porcentaje de personas con diferentes grados de depresión				
Pareja <i>Personas que viven con pareja</i>		Sin depresión <i>(Zung < 50%, media de ZUNG 46.7 por ciento)</i>	Depresión leve <i>(Zung 50% a 59%, media de ZUNG 54.6 por ciento)</i>	Depresión moderada <i>(Zung 60% a 69%, media de ZUNG 62.1 por ciento)</i>
	SIN Pareja n=22	13.6%	50.0%	36.4%
	Con Pareja n=48	31.3%	64.6%	4.2%
	(CHI CUADRADO: Valor P = 0.00129). Por lo que se concluye que las personas sin pareja TIENDEN a tener depresión con mayor severidad que las personas que viven con pareja			
Suceso <i>Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitiligo</i>		Sin depresión <i>(Zung < 50%, media de ZUNG 46.7 por ciento)</i>	Depresión leve <i>(Zung 50% a 59%, media de ZUNG 54.6 por ciento)</i>	Depresión moderada <i>(Zung 60% a 69%, media de ZUNG 62.1 por ciento)</i>
	Sin suceso n=22	45.5%	54.5%	0.0%
	Con suceso n=48	16.7%	62.5%	20.8%
	(CHI CUADRADO: Valor P = 0.0082). Por lo que se concluye que las personas que experimentan un suceso importante TIENDEN a tener depresión con mayor severidad que las personas que no lo han experimentado			
Suceso Familiar <i>Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitiligo</i>		Sin depresión <i>(Zung < 50%, media de ZUNG 46.7 por ciento)</i>	Depresión leve <i>(Zung 50% a 59%, media de ZUNG 54.6 por ciento)</i>	Depresión moderada <i>(Zung 60% a 69%, media de ZUNG 62.1 por ciento)</i>
	Sin suceso n=40	42.5%	55.0%	2.5%
	Con suceso n=30	3.3%	66.7%	30.0%
	(CHI CUADRADO: Valor P exacto = 0.000027). Por lo que se concluye que las personas que experimentan un suceso familiar importante TIENDEN a tener depresión con mayor severidad que las personas que no lo han experimentado			
Media del test de ZUNG para los síntomas afectivos <i>(Afectiv, 2 preguntas, escala de 0% a 100%)</i>				
Sexo	Hombres n=28	42.4 por ciento	35.9 por ciento	48.9 por ciento
	Mujeres n=42	52.1 por ciento	47.0 por ciento	57.2 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.04635). Por lo que se concluye que las mujeres poseen una media más alta del valor de ZUNG para los síntomas afectivos que los hombres; en promedio tienen 9.7 por ciento más.			

Característica		Media o Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Suceso Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitíligo	Sin suceso n=40	44.7 por ciento	38.9 por ciento	50.4 por ciento
	Con suceso n=30	52.9 por ciento	47.1 por ciento	58.8 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.0450). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta del valor de ZUNG para los síntomas afectivos que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 8.2 por ciento más.			
Media del test de ZUNG para los síntomas fisiológicos (Fisio, 8 preguntas, escala de 0% a 100%)				
Suceso Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitíligo	Sin suceso n=40	46.1 por ciento	43.9 por ciento	48.3 por ciento
	Con suceso n=30	51.7 por ciento	48.8 por ciento	54.6 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.00206). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta del valor de ZUNG para los síntomas fisiológicos que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.6 por ciento más.			
Media del test de ZUNG para los síntomas psicomotores (Psicom, 2 preguntas, escala de 0% a 100%)				
Pareja Personas que viven con pareja	Sin Pareja n=22	53.4 por ciento	47.0 por ciento	59.8 por ciento
	Con pareja n=48	45.1 por ciento	41.7 por ciento	48.4 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.0114). Por lo que se concluye que las personas sin pareja poseen una media más alta del valor de ZUNG para los síntomas psicomotores que quienes viven con una pareja; en promedio tienen 8.4 por ciento más.			
Media del test de ZUNG para los síntomas psicológicos (Psicol, 8 preguntas, escala de 0% a 100%)				
Suceso Personas que afirman haber tenido un suceso importante previo al inicio de síntomas de vitíligo	Sin suceso n=22	56.1 por ciento	52.1 por ciento	60.1 por ciento
	Con suceso n=48	61.3 por ciento	59.3 por ciento	63.4 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.01187). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso importante poseen una media más alta del valor de ZUNG para síntomas psicológicos que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.2 por ciento más.			
Suceso Familiar Personas que afirman haber tenido un suceso familiar importante previo al inicio de síntomas de vitíligo	Sin suceso n=40	57.5 por ciento	54.6 por ciento	60.4 por ciento
	Con suceso n=30	62.6 por ciento	60.3 por ciento	65.0 por ciento
	(ANDEVA: Valor P = 0.008586). Por lo que se concluye que las personas que han experimentado un suceso familiar importante poseen una media más alta del valor de ZUNG para síntomas psicológicos que quienes no lo han experimentado; en promedio tienen 5.1 por ciento más.			

8 Análisis y discusión de datos

De un total de 70 personas evaluadas, la mediana para la edad fue de 38 años. Con respecto al sexo un 60% de los pacientes con vitíligo fue del género femenino, lo cual, coincide con algunas investigaciones recientes, donde el vitíligo es predominante en este género. Sin embargo, otras informaciones epidemiológicas en otros estudios, establecen que el vitíligo, es igualmente frecuente en individuos de ambos sexos, pero puede observarse un ligero predominio en el sexo femenino, lo cual se atribuye a su mayor tendencia a consultar por molestias estéticas.

El 74.3% de los individuos estudiados presentó cuadros de depresión, tal como se esperaba sobre la base de las referencias consultadas. Herrera A, en su trabajo realizado en el año 97 en Guatemala, encontró que el 60% de los pacientes con vitíligo presentó un cuadro depresivo.

Los resultados que revela la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung en los pacientes, el 60% presentó depresión leve y 14.3% depresión moderada, no se encontró ningún caso de depresión grave. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en otros estudios, en donde el porcentaje de pacientes con depresión leve, supera a los pacientes con otros grados de depresión.

De acuerdo al test de Zung, es importante mencionar, que los factores que presentaron mayor relación con los cuadros depresivos fueron, el no contar con pareja, ya que la media del test de Zung en pacientes sin pareja fue más alta (4.7 por ciento más alta) que la de los pacientes que contaban con una; y la presencia de algún suceso familiar, el cual causó fuerte impacto en las vidas de los pacientes, previo a iniciar con los síntomas de vitíligo, ya que la media del test de Zung en pacientes quienes afirman haber experimentado tal suceso fue más alta (5.4 por ciento más alta) que la de los pacientes quienes niegan haberlo experimentado.

Los hallazgos nos inducen a pensar en la relevancia del manejo terapéutico de un equipo interdisciplinario que involucre al psiquiatra en conjunto con el dermatólogo para patologías como las psicodermatosis, si tomamos en cuenta que ciertas características psicológicas podrían poner en riesgo la vida del paciente (como es el caso con depresión severa que pueda llevar a un suicidio), observamos que en esta investigación la condición de depresión estuvo presente en 74.3% de los pacientes con vitíligo.

La relación entre la psiquiatría y la dermatología a través del sistema neuroendocrino e inmune, se ha denominado sistema neuroinmunocutáneo (NICS); la interacción entre el sistema nervioso, piel e inmunidad se explica a través de la liberación de mediadores proveniente del NICS. En este estudio se pudo evidenciar la fuerte relación entre una

psicodermatosis, sus manifestaciones psiquiátricas y las repercusiones que una tiene sobre la otra.

9 Conclusiones

1. Se identificó que un 74.3% de la muestra estudiada cursa con un cuadro depresivo de grado variable.
2. Según el test de Zung, un 60% cursa con depresión leve y un 14.3% cursa con depresión moderada.
3. Vitiligo y depresión se presentaron con más frecuencia en mujeres de 31-50 años.
4. El 68.6% de los pacientes estudiados identificó la presencia de un factor estimulante previo a iniciar el vitiligo.
5. El tipo de suceso más frecuentemente identificado fue el familiar.
6. La mayoría de los pacientes se vieron afectados en primer lugar por trastornos psicológicos, en un 58.7%; en segundo lugar por trastornos fisiológicos, en un 48.5%; en tercer lugar por trastornos afectivos, en un 48.2% y en cuarto lugar por trastornos psicomotores, en un 47.7%.

10 Recomendaciones

1. Proporcionar una evaluación y un tratamiento integral, que involucre al departamento de Dermatología con el departamento de Salud Mental, para mejorar la condición de vida del paciente con vitíligo y conjunto a esta, la evolución de la enfermedad.
2. Realizar nuevas investigaciones donde se mida el impacto psicológico que ha causado el vitiligo en estas personas.

11 Referencias bibliográficas

- (1) Blanco, M. Álvarez, R. Colombet, M. Cardozo, R. Ortunio, M. Guevara, H. Depresión en adultos con vitiligo que asisten a una consulta dermatológica. Naguanagua. Departamentos de Salud Pública y Clínico Integral del Sur. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Marzo 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2087/1/Depresion-en-adultos-con-vitiligo-que-asisten-a-una>
- (2) Parsad, D. Dogra, S. JitKanwar, A. Quality of life in patients with vitiligo. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 58. Publicado en línea 23 Octubre 2003. doi: 10.1186/1477-7525-1-58. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC269995/citedby/>
- (3) Sanoja, C. Mariño, A. Arciniegas, R. Rasgos de personalidad en pacientes con psicodermatosis: vitiligo o alopecia areata. Valencia, Estado Carabobo. Revista Cubana de Medicina General Integral. Enero-Mayo 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/personalidad-pacientes-con-psicodermatosis-vitiligo-o-alopecia-areata/>
- (4) Mattoo, SK. Handa, S. Kaur, I. Gupta, N. Malhotra, R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. J EurAcadDermatolVenereol. 2002 Nov;16(6):573-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12482039/>
- (5) Parsad, D. Pandhi, R. Dogra, S. Kanwar, AJ. Kumar, B. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome.Br J Dermatol. 2003 Feb;148(2):373-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12588405/>
- (6) Herrera, A. Componentes Depresivos en pacientes con Vitiligo. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Octubre de 1997. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_1107.pdf
- (7) González, V. Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. Revista Cubana de Medicina General Integral v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2000.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200012&script=sci_arttext
- (8) Papadopoulos, L. Bor, R. Legg, C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. Br J Med Psychol. 1999 Sep;72 (Pt 3):385-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10524722/>
- (9) Kent, G. Al'Abadie, M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. Department of Psychiatry, Northern General Hospital, Sheffield, U.K.J Am AcadDermatol. 1996 Dec;35(6):895-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8959947/>

- (10) Noh, S. Kim, M. Park, C. Hann, SK. Oh, S. Comparison of the Psychological Impacts of Asymptomatic and Symptomatic Cutaneous Diseases: Vitiligo and Atopic Dermatitis. *Ann Dermatol.* Nov 2013; 25(4): 454–461. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870214/>
- (11) Chan, MF. Chua, TL. Goh, BK. Aw, CW. Thng, TG. Lee, SM. Investigating factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *J Clin Nurs.* 2012 Jun;21(11-12):1614-21. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03777.x. Epub 2011 Jul 19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771136>
- (12) Bilgiç, Ö. Bilgiç, A. Akiş, H. Eskioğlu, F. Kili, E. Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Clinical and Experimental Dermatology.* Volume 36, Issue 4, pages 360–365, June 2011. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2230.2010.03965.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- (13) Agarwal, G. Vitiligo: an under-estimated problem. Imperial College School of Medicine, Department of Primary Health Care, Chelsea and Westminster Hospital, London, UK. Disponible en: <http://europemc.org/abstract/MED/9613463/reload=0;jsessionid=XbjuUphvXlJLwH2ibNBI.12>
- (14) Mechri, A. Amri, M. Douarika, AA. Ali, BH. Zouari, B. Zili, J. Psychiatric morbidity and quality of life in Vitiligo: a case controlled study. *Service de Psychiatrie, CHU de Monastir, Monastir.La Tunisie Medicale* [2006, 84(10):632-635]. Disponible en: <http://europemc.org/abstract/MED/17193855>
- (15) Kostopoulou, P. Jouary, T. Quintard, B. Ezzedine, K. Marques, S. Boutchnei, S. et al. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *British Journal of Dermatology.* Volume 161, Issue 1, pages 128–133, July 2009. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2009.09077.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- (16) Schmid-Ott, G. Künsebeck, H-W. Jecht, E. Shimshoni, R. Lazaroff, I. Schallmayer S. et al. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* Volume 21, Issue 4, pages 456–461, April 2007. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2006.01897.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- (17) Chaparro, E. Rosati, O. Hassan, M. Vitiligo. Nuestra casuística en 270 casos. *Servicio de Dermatología. Hospital J. M. Ramos Mejía. Ciudad Autónoma de*

- Buenos Aires. Arch. Argent. Dermatol. 61:191-196, 2011. Disponible en: [http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/61\(5\),%20191-196,%202011.pdf](http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/61(5),%20191-196,%202011.pdf)
- (18) Muñoz, M. Vitiligo: una enfermedad que ya tiene cura. Universidad del Zulia. Maracaibo. Enero 2006. Disponible en: <http://www.mediteca.com/compartetustrabajos/pics/Vitiligo.pdf>
- (19) Sehgal, V. Srivastava, G. Vitiligo: Compendium of clinico-epidemiological features. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. Volume 73. Issue 3. Page 149-156. India. 2007. Disponible en: <http://www.ijdl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2007;volume=73;issue=3;spage=149;epage=156;aulast=Sehgal>
- (20) Rodríguez, J. Salamanca, J. Rosales, B. Vitiligo. Tema 153. Dermatología: Correlación clínico-patológica. Disponible en: <http://www.menarini.es/images/dermatopatologia/Derma153.pdf>
- (21) Arenas, R. Atlas de Dermatología. McGraw-Hill Interamericana, 2005 - 749 páginas. 3era Edición.
- (22) Srivastava, G. Vitiligo- IntroductionAsianClinic. Dermatol 1994;1:1-5.
- (23) Pandve, H. Vitiligo: Is It Just A Dermatological Disorder?. Indian Journal of Dermatology. 2008. Jan-Mar; 53(1): 40-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784589/>
- (24) Larralde, M. Abbruzzese, M. Consenso sobre Vitiligo. Sociedad Argentina de Dermatología. 2005-2006. Disponible en: https://www.google.com.gt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CHUQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.sad.org.ar%2Ffile_download%2F9%2Fvitiligo.pdf&ei=jrlwU86sAanh0QH6yYHoBg&usg=AFQjCNFK6EBpTs_loVUboqmXUA4eQw4XcA&sig2=L03CQAj0OL6-0d8D4_7Jlg&bvm=bv.62922401,d.dmQ
- (25) Guardado, V. Domínguez, M. Peralta, M. Santacruz, F. Fonseca, A. Constantino, P. et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del vitiligo. Dermatología RevMex 2011;55(5):267-276. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd115c.pdf>
- (26) Benjet, C. Borges, G. Medina-Mora, M. Fleiz-Bautista, C. Zambrano-Ruiz, J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud pública Méx v.46 n.5 Cuernavaca sep./oct. 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500007
- (27) Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

- (28) Hall, V. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Centro de Información de Medicamentos. Costa Rica. Dic. 2003. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- (29) Sudupe, J. Taboada, O. Castro, C. Vásquez, C. Depresión. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". SERGAS. A Coruña. España. Guías Clínicas. 2006. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- (30) Pignone, M. Gaynes, B. Rushton, J. Mulrow, C. Orleans, T. Whitener, L. et al. Screening for Depression. Systematic Evidence Review. Research Triangle Institute. University of North Carolina. Evidence-based Practice Center. April 2002. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/depser.pdf>
- (31) Lezama, S. Propiedades Psicométricas de la Escala de Zung Para Síntomas Depresivos en Población Adolescente Escolarizada Colombiana. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*. Bogotá, Colombia. Vol 6. No. 1. Pags. 91-101. Enero-Junio. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a08>
- (32) Díaz, L. Torres, V. Urrutia, E. Moreno, R. Font, I. Cardona, M. Factores psicosociales de la depresión. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". *RevCubMed Mil* v.35 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci_arttext
- (33) Richards, D. Prevalence and clinical course of depression. A Review. *Clinical Psychology Review*. 2011. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004. Disponible en: <http://www.tara.tcd.ie/bitstream/2262/58414/1/Prevalence%20and%20clinical%20course%20of%20depression-%20A%20Review.pdf>
- (34) Kornstein, S. Chronic Depression in Women. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 63(7), Jul 2002, 602-609. doi: 10.4088/JCP.v63n0713. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-17626-013>
- (35) Knauss, C. Schofield, M. A Resource for Counsellors and Psychotherapists Working with Clients Suffering from Depression. Psychotherapy and Counselling Federation of Australia. School of Public Health, La Trobe University, Melbourne, Australia. 2009. Disponible en: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-natural-therapies-submissions-containerpage/\\$file/PACFA%20Lit%20Review%20Depression.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phi-natural-therapies-submissions-containerpage/$file/PACFA%20Lit%20Review%20Depression.pdf)
- (36) Guadarrama, L. Escobar, A. Zhang, L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

- (37) Toro, R. Yepes, L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998. Disponible en: http://books.google.com.gt/books?id=_kJOc73MKX8C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- (38) Keck, M. La depresión. Lundbeck (Suiza) AG, Cherstrasse 4, 8152 Glattbrugg/ZH. 2010. Disponible en: http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf
- (39) González, H. Depresión. Noviembre 2013. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion-292>
- (40) Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. NIH Num. SP 09 3561. 2009. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf>
- (41) Lawraence, M. et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. Editorial El Manual Moderno. Mexico. 1999. pp 997-1004
- (42) Isselbacher, K. Braunwald, E. Wilson, J. Harrison: Principios de Medicina Interna. Interamericanan Mc Graw-Hill. Volumen I y II. 13va Edición. Madrid, España. 1994.
- (43) García-Delgado, A. Gastelurrutia, MA. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada Universidad de Granada, España. 2003. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf
- (44) Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. CMAJ. 2002; 167 (11): 1253-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC134138/>
- (45) Ferre, F. Guía de ayuda a pacientes y familiares Afrontar La Depresión. Fundación Juan José López-Ibor. Fundación Arpegio. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Afrontarladepresion.pdf>
- (46) Villa, L. Medimecum- Guía de Terapia Farmacológica. Adis Internacional. España. 2002.
- (47) Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos del Medicamento y Parafarmacia BOT. 2001. España.
- (48) Rivera, B. Corrales, A. Cáceres, Ó. Piña, J. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia Psicológica. 2007. Vol. 25. No. 2. Pags 135-140. ISSN 0718-4808. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78525204.pdf>
- (49) Piñerúa-Shuhaibar, L. Estévez, J. Suárez-Roca, H. Autescala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y autonómica del dolor.

Investigación Clínica 48(4): 469-483, 2007. Maracaibo, Venezuela. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/pdf/ic/v48n4/art07.pdf>

12 Anexos

12.1 Escala de Zung

Por favor marque (x) la columna adecuada	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.Me siento triste y deprimido(a)				
2.Por la mañana me siento mejor				
3.Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4.Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5.Como la misma cantidad que antes				
6.Me siento atraído(a) por el sexo opuesto/ Todavía disfruto el sexo				
7.Creo que estoy perdiendo de peso				
8.Creo que tengo problemas de estreñimiento (constipación)				
9.Mi corazón late más rápido de lo normal				
10. Me canso por cualquier cosa				
11.Mi mente está tan clara como siempre				
12.Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13.Me siento agitado(a) e intranquilo(a) y no puedo estar quieto(a)				

14.Siento confianza y esperanza en el futuro				
15.Estoy más irritable de lo normal				
16.Me es fácil tomar decisiones				
17.Siento que soy útil y me necesitan				
18.Encuentro agradable vivir y mi vida es bastante plena				
19.Creo que sería mejor para los demás que me muriera				
20.Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

12.2 Boleta de recolección de datos

“Depresión en pacientes con vitíligo”

Instrucciones: Favor completar la información que a continuación se le solicita

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: (M) _____ (F) _____ Edad: _____ años

Estado civil: Casado(a) _____

Unido(a) _____

Soltero(a) _____

Divorciado(a) _____

Viudo(a) _____

Marcar con una **X** la respuesta adecuada a las siguientes preguntas

1. ¿Ud. estudia actualmente?

SI_____ NO_____ (Ir a pregunta 3)

2. ¿Qué grado cursa?

Primaria_____ Básicos_____
Bachillerato_____ Diversificado_____
Otro_____ Especificar:_____

3. Si su respuesta es negativa, ¿hasta qué grado cursó?

Primaria_____ Básicos_____
Bachillerato_____ Diversificado_____
Ninguno _____
Otro_____ Especificar:_____

4. ¿Ud. trabaja actualmente?

SI_____ NO_____

5. Si su respuesta es positiva, ¿en dónde trabaja?

6. Antes de que Ud. se diera cuenta que aparecieron las lesiones en la piel, ¿considera Ud. que hubo algún suceso o evento importante que causó impacto en su vida?

SI_____ NO_____

7. Si su respuesta es positiva, ¿qué fue lo que le sucedió?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

12.3 Consentimiento

Título de la Investigación

“Depresión en pacientes con vitíligo”/Estudio realizado en el Hospital Roosevelt, Guatemala durante en los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.

Una vez que he sido informado(a) clara y completamente sobre la finalidad del estudio que realiza la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar, dirigida por la estudiante de medicina de último grado, Sara de la Roca Pinzón, acepto colaborar voluntariamente y doy mi autorización para que me apliquen el cuestionario y dar respuesta a las preguntas que se me formulen.

He sido informado(a) que no corro riesgo al participar, que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo decida, que la información que proporcione será confidencial y se mantendrá en el anonimato

Nombre o firma de autorización