

11226
zej
115

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social



CRISIS ECONOMICA Y ALTERACIONES
EN LA SALUD MENTAL.

T E S I S
Que para obtener el Titulo de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a

DR. JOSE GOMEZ GONZALEZ

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
1.= INTRODUCCION.....	I
2.= ANTECEDENTES.....	2
3.= MATERIAL Y METODOS.....	17
4.= RESULTADOS.....	23
5.= CONCLUSIONES.....	37
6.= BIBLIOGRAFIA.....	40

I N T R O D U C C I O N

En el presente estudio trataremos de analizar la importancia que guarda el aspecto económico y sus manifestaciones en la salud mental.

Haciendo mención que este tipo de Patología ya había sido mencionada durante la crisis económica sucedida en los Estados Unidos en 1936, en la cual se observó que una gran proporción de pacientes que cursaron inicialmente con un cuadro Depresivo debido a factores de tipo Económico por los cuales cursaba el País.

Observándose varios casos en los cuales la personalidad fue más susceptible a este tipo de Patología (depresión) conduciéndolos inclusive hasta el suicidio.

De tal manera que debemos hacer hincapié en la importancia que tiene el aspecto económico y sus repercusiones en el ámbito familiar y laboral, ya que éstos son precisamente los órganos de choque, afectando la salud mental de las personas.

Mencionando además que en el momento de estar realizando el presente estudio, el país se encontraba en una grave situación económica, la cual invariablemente repercutía en el seno familiar.

De ahí el papel tan importante que desempeña el Médico Familiar teniendo presente que también el aspecto económico es capaz de generar patología, la cual en ocasiones puede llevar al paciente a consecuencias funestas.

Por lo cual el presente estudio tiene la finalidad de motivar al lector, para que realice estudios posteriores sobre este aspecto que es básico en el bienestar de una familia.

Agradecemos a las autoridades de la Institución y al departamento de Psiquiatría su valiosa colaboración para la realización del presente trabajo.

A N T E C E D E N T E S

CIENTIFICOS:

Mencionaremos que precisamente después de la Segunda Guerra --
Mundial, (12) un alto porcentaje de la población, cursó con esta --
dos de depresión como consecuencia del estado financiero del país

También la crisis económica sucedida en los E.E. U.U. , en 1929-
periodo en el cual se observó una alta incidencia de suicidios, --
(14)secundarios a problemas económicos, por los cuáles cursaba --
el país.

Como se ha observado en notas anteriores, las principales reper-
cusiones en la salud mental, por la crisis económica, es la --
depresión y el suicidio, de tal manera que nuestro estudio se --
encuentra enfocado principalmente a éstas dos alteraciones.

HISTORICOS:

La depresión, desagradable compañera del hombre durante miles de
años, ya figuraba entre los escultores Indígenas los cuales eran-
buenos observadores y sabían caracterizar el estado de la mente.
De tál manera que la depresión entre los habitantes Precolombinos,
de México, sabían reconocer, trataban de prevenirla y probablen-
te tenían algún tipo de tratamiento para élla.(20-21)



La depresión postparto se --
aprecia perfectamente en la --
primera estatuilla (Fig. I)

El estado de postparto está --
evidenciado por la vulva abier-
ta y los senos colgados.

Hemos vistó que la primera --
caracteriática solamente se --
encuentra en figuras que repre-
sentan al puerperio. La figura
representa a una persona --
sumida en una profunda pena, --

= 2 =

FIGURA 1

muy deprimida con un rostro triste y que da la impresión de un -
desaliento total.

Esta figura pertenece a la cultura del Occidente de México del-
periodo clasico temprano, conocida como el complejo de las tumba
de tiro porque las figuras generalmente estaban en camaras - -
funerarias profundas conectadas con la superficie por medio de un
pozo vertical como tiro de chimenea. Por lo general estas figuras
se colocaban en las esquinas de la camara o al lado de la cabeza
del difunto.

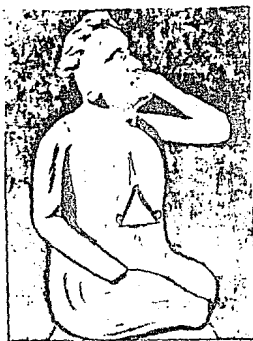


FIGURA 2

periodo clasico tardío de la cultura Maya (600-900 DC) fue encon_
trada en 1957 en la Isla de Jaina destacada por su descripción - -
natural de las características de la vida diaria.

El hombre sombrío, taciturno y abatido de la Fig 3 parece la - -
imagen de una depresión retardada. Se podría incluso pensar que -
está aquinético y anhedónico. La profundidad de su depresión nos -
recuerda las palabras de Celsus (Primer siglo DC) "Algunas formas
de locura no van más allá de la tristeza "

La anciana que se muerde los - -
dedos (Fig.2) parece representar
una depresión agitada (Melanco..
lis Involutiya) .Entre las - -
características de este transte
no se encuentran; la edad, la - -
agitación psicomotriz y la - -
melancolia-- literalmente "La -
bilis negra " como la describio
Hipocrates,La senectud y el - -
morderse la mano con tanta - -
angustia son ilustrativos del -
decir de Plutarco(46-120 DC)

"Los empavorecedores espectros
de su angustia aumentan la - -
dimensión de la menor molestia-
Esta estatuilla pertenece al - -



FIGURA 3

Esta estatuilla también pertenece a la cultura de las tumbas de tiro del Occidente de México y se encontró en Colima, cerca de las costas del Pacífico.



FIGURA 4

La Fig 4 es otro ejemplo de la depresión involutiva. Esta Fig. del centro de Veracruz, en la costa del Golfo de México, ilustra el afecto imperturbable, el silencio, la mirada caída todo ello característico de la depresión. Su mirada nos recuerda la descripción de Galeno del estado melancólico "Temer y desear la muerte al mismo tiempo".

Parece ser que los habitantes Precolombinos podían distinguir entre dos tipos de depresión; la TIAHUILOLOCAYOTL o agitada, y la XOLOPIYOTL o retardada.

Aparentemente se interesaban en

prevenir la depresión postparto, ya que de acuerdo con Sahagún (18) en su "Historia general de las cosas de Nueva España", la comadrona practicaba lo que podría ser interpretado como Psico-

rapia de apoyo. Le decía a la mujer que acababa de dar a luz que -
había sido muy valiente y habil "Como el aguila y el tigre había -
ganado una batalla equivalente a las luchas libradas por los - -
soldados mas valientes"

También se encontraba en la medicina herbolaria de los aztecas -
una preparación compuesta de dos hierbas, la IZTAUYATE y la - - -
QUAUHYAYUAL.(17) Dicha medicina servia para el que tuviera "El - -
corazón angustiado por algún disgusto que lo estuviera oprimiendo-

Por lo tanto, parece ser que las manifestaciones de enfermedad -
incluidos los trastornos mentales, no pasaban desapercibidos para
los habitantes que trabajaban en Mesoamerica mucho antes de la - -
llegada de los Españoles. Es posible que su interés por él recono-
cimiento y el manejo de la Enfermedad Psiquiatrica, contribuyera -
posteriormente a la fundación, en 1566 del primer hospital de / -
America para el estudio y cuidado de los trastornos mentales por
el misionero Español Pray Bernardino de Alvarez.

El tratamiento tradicional de la salud mental, es tan viejo como
la sociedad mismá.

Por ejemplo entre los habitantes del México Prehispanico parece -
que la diosa TLAZOLTEOTL jugaba un papel importante en las confe-
siones colectivas "Al consumir la tierra, se suponía que podía - -
consumir los pecados de la raza humana y dejarlos purificados "
Kiev(13) ha hecho una comparacion interesante entre el proceso de
catarsis en la Psicoterapia Moderna y los rituales antiguos de -
las confesiones colectivas (II). Los aztecas usaban la tecnica de -
la transformación de los corazones para la gente que tenía desor-
denes mentales(10) esta tecnica utilizaba la capa del ayuno y de -
someterse a disciplinas severas de la mente y del cuerpo.

En la región de los Guaranies se usaba la danza colectiva como un
recurso terapeutico, en el caso de que ésta fallara, se ataba a -
los pacientes agitados y se les daban emeticos junto con transpi-
ración excesiva.

Parece que cada cultura tiene sus propios sistemas para el manejo

de la depresión, la agitación, la ansiedad excesiva y el rompi-
miento grave del contacto con la realidad, como en la Psicosis --
Aguda.

El pensamiento Psicológico ha tenido 4 etapas fundamentales en --
relación a las enfermedades mentales. (5)

A).- Etapa del pensamiento Mágico Primitivo.

En ésta etapa las enfermedades mentales o físicas eran atribuida
a los "malos espíritus " y a "Poseciones demoniacas " y en la --
cual, para corregir estas alteraciones el chamán, curandera, --
hierbero etc. se valían de ciertos rituales que llegaban al exor-
cismo con la finalidad de curar al enfermo.

B).- Etapa del pensamiento Mágico Religioso.

En esta etapa la enfermedad mental es atribuida a castigos de par-
te de los " Dioses " por los pecados o malas acciones cometidas.
En esta etapa los sacerdotes y ministros religiosos efectuaban --
resos y otras ceremonias con el fin de conseguir el perdón y con-
élla la salud del enfermo.

C).- Etapa del pensamiento Científico Naturista.

Con la invención del microscopio, y el descubrimiento de la Celula
y los micro organismos por Pasteur, se penso que la enfermedad --
tanto mental como física tenía su origen en las alteraciones --
celulares o bien en la invasión de microorganismos a las celulas -
del ser humano. En esta etapa se inicia el tratamiento con diferen-
tes sustancias exogenas con el fin de buscar la salud del indivi-
duo.

D).- Etapa del pensamiento Psicológico.

Con la aparición de los escritos de Sigmund Freud, Alfred Adler,
Carl Gustav Jung; aparece la idea de que la "Psique " mente, alma
espíritu etc. influye en la enfermedad mental o física.

Es decir, que la base teórica para la práctica en los sistemas -
tradicionales es el pensamiento mágico.

Podemos decir que las funciones claras de dichos sistemas anti --

gros y modernos son el freno de la violencia contra la comunidad y la persona misma, la reducción de los síntomas y la reintegración del enfermo a su sociedad.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica de consultorio y en los servicios de consulta externa.

Algunos especialistas han calculado que por lo menos el 12 % de la población adulta sufrirá un episodio de depresión de suficiente gravedad clínica para requerir tratamiento (3). El diagnóstico y tratamiento temprano de ésta afección es evidentemente un importante asunto sanitario. Varios estudios retrospectivos sobre los suicidios en Inglaterra revelaron que la mayoría de los pacientes habían sido examinados poco tiempo antes por sus médicos particulares, y a pesar de que presentaban signos reveladores de depresión, generalmente no se diagnosticó ésta, por lo que no recibieron el tratamiento adecuado. Es obvio que una información sólida sobre la identificación y el tratamiento de la depresión es fundamental no solo para disminuir la aflicción causada por este padecimiento, sino también para reducir la frecuencia del suicidio, que es una de las diez primeras causas de muerte en Estados Unidos (3).

C L A S I F I C A C I O N

ORIGEN DE LA CLASIFICACION:

Los terminos "Endogeno " y "Exogeno " fueron ideados por el botánico Suizo Augustin de Candolle (1816). El concepto fue introducido en la Psiquiatria a finales del siglo XIX por el Neuropsiquiatra Aleman, P.J. Moebius. Este llamo "Endogenos " al grupo de trastornos mentales que en ese tiempo se consideraban debidos a degeneración o a factores hereditarios (Causas internas) y distinguió otro grupo de esos trastornos, que él consideraba producidos por toxinas bacterianas, químicas y de otra naturaleza (Causas externas) a los que llamó "Exogenos ".

El dualismo inherente al concepto endogeno-exogeno se hace

aparente en el escrito de Kraepelin (1913) quien aceptó la clasificación de Moebius y afirmó que la distinción principal en la etiología de los trastornos mentales debe hacerse entre las causas internas y las causas externas. Propuso la existencia de una división natural entre los dos grupos principales de enfermedades, las exógenas y las endógenas; (3) En la enfermedad Maniaco depresiva, "Las causas reales deben buscarse en cambios internos-permanentes que muy a menudo, quizás siempre son innatos " El medio ambiente podría ser, a lo más, un factor precipitante de la enfermedad maniaco depresiva, ya que por definición; una enfermedad endógena no puede ser al mismo tiempo exógena.

CLASIFICACION:

Esta clasificación se encuentra basada en el concepto etiológico de la depresión.

Una de ellas está constituida por los casos ENDOGENOS, es decir; debidos principalmente a algún trastorno biológico en el organismo humano.

El segundo grupo; El de las depresiones reactivas está formado por los casos cuya causa primaria es alguna tensión externa (Muerte de un ser querido, REVESES ECONOMICOS, PERDIDA DEL EMPLEO.)

El primer grupo incluye la Psicosis Maniaco depresiva y la Melancolia Involuntiva. El segundo grupo; La "depresión reactiva , - - Psicogena o Neurótica.

El concepto de dos tipos de depresión etiológicamente, distintos no es nuevo. En 1586, un médico, TIMOTHY BRIGTH, escribió una monografía, MELANCHOLY AND THE CONSCIENCE OF SINNE, en la que distinguía dos tipos distintos de depresión. Describió un tipo " En el que el peligro no es del cuerpo " y que requiere "La curación de la mente " (es decir Psicoterapia.) El segundo tipo en el que " El humor melancólico, engañando a las acciones orgánicas trastorna la mente ", requiere tratamiento físico.

CUADRO CLINICO

A menudo, la queja principal de los pacientes deprimidos señala inmediatamente el diagnostico de depresión. En algunos casos en cambio, sugiere la existencia de un trastorno físico; Generalmente, un interrogatorio hábil y una buena historia clinica determinara el diagnostico definitivo; siendo en este caso de preferencia los sintomas basicos de la depresión. (15)

La queja principal puede tomar diversas formas;

- A).- Un estado emocional desagradable.
- B).- Un cambio de actitud hacia la vida.
- C).- Sintomas somaticos de naturaleza especificamente depresiva.
- D).- Sintomas somaticos no caracteristicos de la depresión.

Entre las quejas subjetivas más comunes (Lewis, 1934) están ; me siento desdichado, no tengo ninguna esperanza, estoy desesperado me preocupo por todo,

Aunque la depresión es considerada generalmente como un trastorno afectivo, debe subrayarse que no todos los pacientes deprimidos acusan cambios subjetivos de su estado de ánimo. Como sucede en muchos otros padecimientos la ausencia de una característica clinica significativa no descarta el diagnostico de determinada enfermedad.

En ocasiones, la queja principal del paciente deprimido se refiere a un cambio en las acciones, las reacciones o la actitud hacia la vida. Por ejem. un paciente puede decir; Ya no tengo ninguna meta, ya no me importa lo que me suceda, no le encuentro objeto a la vida, a veces, la queja principal es una sensación de futilidad de la vida.

A menudo, la queja principal del paciente deprimido se refiere a algún sintoma físico, característico de la depresión.

MANIFESTACIONES COGNOCITIVAS:

Las manifestaciones cognocitivas de la depresión comprenden - -

varios fenomenos distintos. Un grupo de ellas está compuesto por las opiniones distorcionadas del paciente sobre si mismo, sus experiencias y su futuro. Este grupo incluye la baja valoración de sí mismo, las distorsiones de la imagen corporal y las previsiones pesimistas. Otro sintoma; La autoacusación, expresa el concepto que tiene el paciente sobre la causalidad, tiende a considerarse responsable de todas las dificultades ó problemas que encuentra. Un tercer tipo de síntomas concierne a la toma de decisiones; típicamente, el paciente vacila y es indeciso.

PREVISIONES NEGATIVAS:

Los sentimientos de desesperanza están estrechamente relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro. El paciente ansioso modera sus previsiones negativas comprendiendo que los sucesos desagradables pueden ser evitados ó cesaran con el tiempo, el deprimido piensa en un futuro, en el cual su estado actual de deficiencia (Económica, social, física) continuara ó incluso empeorará. Esta sensación de permanencia e irreversibilidad de su estado ó de sus problemas parece constituir la base de su consideración del suicidio como un proceder lógico. La relación entre la desesperanza y el suicidio queda demostrada por el hecho de que de todos los síntomas relacionados con éste, la desesperanza tuvo el mayor coeficiente de correlación.

MANIFESTACIONES MOTIVACIONALES:

Las manifestaciones motivacionales incluyen esfuerzos, deseos e impulsos conscientes que sobresalen en las depresiones. A menudo es posible descubrir éstos patrones motivacionales observando la conducta del paciente; sin embargo el interrogatorio directo suele proporcionar una descripción bastante precisa y completa de sus motivaciones.

Una característica notable de las motivaciones típicas del paciente deprimido es su naturaleza REGRESIVA, en el sentido de que

el paciente parece ser atraído por las actividades que le exigen menos; ya sea en cuanto al grado de responsabilidad o de iniciativa ó a la cantidad de energía que requieren. Prefiere la pasividad a la actividad, y la dependencia a la independencia ó -- autonomía; evita la responsabilidad y huye de sus problemas en vez de tratar de resolverlos, busca satisfacciones inmediatas -- aunque pasajeras, en vez de satisfacciones futuras pero duraderas.

La mayor manifestación de la tendencia evasiva es el deseo de -- abandonar la vida por medio del suicidio.

DESEOS SUICIDAS:

A través de la historia, los deseos suicidas han sido asociados con un estado de depresión. Aunque puede presentarse en personas no deprimidas, son considerablemente más frecuentes entre pacientes deprimidos; De tal manera que alcanza una frecuencia elevada (74 %) en la depresión intensa. (2)

El deseo de suicidarse puede tomar diversas formas;

A).= Puede ser experimentado como un deseo pasivo ("Quisiera -- estar muerto")

B).= Puede ser manifestado como un deseo activo ("Me quiero matar

C).= Como un pensamiento repetitivo, obsesivo, sin ningún contenido volitivo; como una fantasía, ó como un plan meticulosamente concebido. En algunos casos, los deseos suicidas son constantes -- durante todo el padecimiento, y el paciente debe de combatirlos -- continuamente. En otros casos, son esporádicos y se caracterizan por un aumento gradual, seguido de una disminución hasta que desaparecen temporalmente.

Debe tenerse en cuenta que el intento de suicidio impulsivo puede ser tan peligroso como el planeado.

E V O L U C I O N Y P R O N O S T I C O

En el 70 a 95 % de los casos, el paciente se recupera por comple

to de un episodio de depresión. Alrededor del 95 % de los pacientes jóvenes se recuperan por completo.

La duración media aproximada de los ataques es de 3 meses en los pacientes ambulatorios.

El ataque inicial tiende a ser más breve cuando ocurre antes de los 30 años que después de esa edad. La iniciación aguda también favorece una duración más breve. (3)

Los ataques no tienden a durar más después de cada recaída, los ataques posteriores duran aproximadamente lo mismo que los primeros.

Después de un primer ataque de depresión, del 47 al 79 % de los pacientes presentaron una recidiva en algún momento de su vida. Probablemente, la cifra real se acerca más al 79 %, pues éste porcentaje está basado en un período de observación más prolongado.

Entre el primero y el segundo ataque de depresión, la mayoría de los pacientes presenta un intervalo asintomático de más de tres años.

T R A T A M I E N T O

El tratamiento farmacológico de la depresión es por lo menos tan antiguo como Homero, quien relata en la Odisea que Penélope tomó una droga para aliviar su pena por la larga ausencia de su esposo.

Los dos grupos principales de medicamentos que se emplean actualmente en el tratamiento de la depresión fueron ensayados originalmente en pacientes Esquizofrénicos, pero resultaron más eficaces para tratar la apatía y la depresión. (3)

Se encontró que la Iproniáida, del primero de esos dos grupos, evitaba la sedación en los ratones que reciben reserpina; ese medicamento también había sido empleado en el tratamiento de la Tuberculosis en 1955, y se había observado que tenía un efecto euforizante. El interés por la Imipramina y algunos de sus derivados surgió de su semejanza estructural con las fenotiacinas, las

cuales habían sido empleadas con éxito en la esquizofrenia. La Iproniacida pareció ser eficaz como antidepresivo en las primeras pruebas, y para sorpresa de los investigadores pareció ser mucho más eficaz en los casos en que predominaba la depresión que en los que predominaba la Esquizofrenia.

Los dos nuevos tipos de medicamentos aparecieron simultáneamente en 1957, y a partir de entonces han dado lugar a numerosas investigaciones y a la obtención de nuevos fármacos.

Esos dos grandes grupos son;

A).= Los compuestos Tricíclicos.

B).= Los Inhibidores de la Monoaminooxidasa (MAO) que incluyen la Tranilcipromina y la Fenelcina.

En 1964 se anunció el empleo del carbonato de Lidio en el tratamiento de la Manía, pero publicaciones posteriores indican su utilidad en ciertos tipos de depresión.

COMPUESTOS TRICICLICOS:

Hordern y sus colaboradores encontraron que las mujeres de edad avanzada y con depresión intensa respondían significativamente mejor a la Amitriptilina que a la Imipramina, especialmente en lo que respecta a la depresión y a la agitación y el insomnio asociados con ella.

De lo cual se desprende que el porcentaje medio de mejoría fue de un 66 % con la Amitriptilina, y 61 % con la Imipramina.

IMIPRAMINA Y OTROS COMPUESTOS TRICICLICOS:

La mayor parte de éstas otras investigaciones se ha concentrado en el derivado dimetilico de la Imipramina, la Desipramina. El interés inicial por ésta fue debido a su rápido efecto en muchos animales, y los primeros investigadores supusieron además que la Desipramina era el " Ingrediente activo " de la Imipramina, Heller

Zahourek y Whittington encontrarón que la Imipramina actuaba -- significativamente más pronto que la Desipramina . Así pues, puede haber algunas diferencias en la rapides de acción terapéutica.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA:

Los inhibidores de la monoaminoxidasa constituyen el segundo -- grupo importante de medicamentos antidepresivos. Generalmente este grupo se subdivide, segun la estructura química, en Hidracinas -- (Isocarboxasida, Nialamida y Fenelcina) y no Hidracinas (Tranil cipromina y Pargilina). Hasta el 31 de Enero de 1973 sólo la -- Fenelcina y la Tranilcipromina habfan sido aprobados como antide_ presivos en Estados Unidos.

C O M P U E S T O S T R I C I C L I C O S

CONTRAINDICACIONES:

Todos los compuestos tricíclicos están contraindicados cuando -- el enfermo está tomando un IMAO ó lo ha estado ingiriendo por un -- lapso no menor de dos semanas antes. No se deben administrar -- compuestos tricíclicos durante el periodo agudo de recuperación -- de un Infarto del Miocardio. Tambien estan contraindicados en -- pacientes que han presentado hipersensibilidad a ellos.

ADVERTENCIAS:

Se ha informado que los antidepresivos tricíclicos han provocado taquicardia sinusal, arritmias y prolongación del tiempo de con -- ducción; por consiguiente, si se administran compuestos tricíclic -- cos a pacientes con transtornos cardiovasculares ó antecedentes -- de convulsiones, debe vigilarse cuidadosamente a dichos pacientes --

Los compuestos tricíclicos pueden bloquear la acción antihiper --

tensiva de la Guanetidina. Además, debido a su actividad anticolinérgica, se deben usar con precaución en los pacientes con Glaucoma y con antecedentes de retención urinaria.

Puede disminuir la habilidad para realizar tareas riesgosas -- (Por Ejemp. conducir vehículos de motor) debido a la disminución de la actividad mental y/o física.

No se ha determinado la seguridad del empleo de antidepresivos -- en pacientes embarazadas o lactantes o en niños menores de 12 años

EFFECTOS ADVERSOS:

La valoración de los efectos colaterales de los medicamentos -- presenta varios problemas metodológicos. Busfield, Schneller y -- Capra compararon la frecuencia de las molestias registradas antes del tratamiento con Isocarboxácida, Fenelcina o Imipramina y -- encontraron que el 87 % de los efectos colaterales aparentemente -- relacionados con el medicamento ya existían antes del tratamiento.

Los efectos colaterales comunes de la Imipramina, la Amitriptilina y los demás compuestos tricíclicos fueron reseca de boca -- sudoración, temblor leve de los miembros superiores, náusea, vómito, estreñimiento, somnolencia, trastornos visuales y erupciones cutáneas.

Unos cuantos pacientes tratados con Imipramina presentaron ictericia, leucopenia, leucocitosis, agranulocitosis y ocasionalmente eosinofilia. También se han registrado agitación e insomnio al -- iniciar la administración de Imipramina. Los problemas Cardiovasculares específicos ocasionados por la Imipramina y la Amitriptilina (más frecuentes con la primera) fueron hipotensión y -- taquicardia.

La interrupción brusca del tratamiento con Imipramina causó -- síntomas de abstinencia.

Los efectos colaterales cutáneos, cardiovasculares y nerviosos -- centrales de los compuestos tricíclicos son debidos a su propiedad anticolinérgica.

Después de haber hecho un análisis acerca de una de las principales manifestaciones en la Salud Mental por la actual crisis económica; como es la Depresión.

Analizaremos en éste momento el factor económico como causa determinante de Patología en Salud mental.

Mencionando que en el momento de éstar realizando el presente estudio el País atravesaba por una crisis económica muy importante la cual indiscutiblemente debía ser resentida por nuestros pacientes, y en los cuales como observaremos posteriormente un alto porcentaje de éellos perciben un salario mínimo, el cual en éste momento es insuficiente para poder satisfacer las necesidades más elementales de su hogar.

Y ante la imposibilidad de mejores condiciones de vida, el paciente manifiesta su Patología, como respuesta a su situación económica.

Analizando además un estudio del costo de los artículos frente al salario mínimo. Para que el lector pueda darse una idea de las condiciones en las que viven nuestros pacientes y en los cuales el cuadro depresivo refleja unicamente su imposibilidad de poder brindar a su familia mejores condiciones de vida.

Y la austeridad del País afectaba también a las empresas, viéndose en la necesidad de reducir su personal. Y ésto repercutía en los trabajadores generando hostilidad entre éellos mismos; por conservar su empleo. De tal manera que en los pacientes más susceptibles presentaba un cuadro depresivo.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudio un grupo de 30 pacientes que acudieron por primera vez a la C.E. de Psiquiatría del Hospital de Especialidades - - I.M.S.S. Puebla. Los cuales fueron canalizados principalmente por los servicios de Medicina Familiar Salud ocupacional, observándose que el Medico Familiar canalizo un 83.33 % y el departamento de Salud Ocupacional el 16.66 % (Cuadro VI)

Este estudio se realizó en el consultorio 27 de la Institución - antes mencionada, durante los meses de Octubre a Diciembre.

Analizándose la relación que guarda el aspecto económico con la salud mental. Para lo cual a cada uno de nuestros pacientes - captados para el presente estudio, se les aplicó una encuesta para conocer su situación Socioeconomica , así como la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton.

La encuesta Socioeconomica nos proporcionó datos importantes - para poder afirmar ó negar, que la Patología que presentaban - nuestros pacientes era debida a un factor economico; Lo cual una vez establecido, se les aplicaba el Test de la escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión , siendo necesario para poder considerar a cada uno de nuestros pacientes con cuadro de depresión, la calificación de los 22 parametros de la mencionada escala, tomando como minimo una puntuación no inferior a 17 puntos, incluyendo el Intento de Suicidio.

Nuestros pacientes han sido clasificados de acuerdo a; Edad, sexo, ocupación e ingreso per capita , como una forma de poder cuantificar la repercusión tan importante que tiene el factor económico como causa desencadenante del cuadro Depresivo.

Además como el 60 % de nuestros pacientes se encuentran ganando el sueldo mínimo, se incluye un estudio del costo de los artículos frente al salario.

ENCUESTA SOCIOECONOMICA

- NOMBRE..... AFILIACION.....
- FECHA EVALUACION
- I.= Cuales son los factores que Ud. considera determinantes en la alteración de su personalidad. Mencíonelos.....
- 2.= Considera que el nucleo familiar influye en su personalidad - alterada..... porque
- 3.= Considera que en la alteración de su personalidad interviene - un factor económico..... en que repercute.....
- 4.= Considera que la crisis económica esta repercutiendo en la - alteración de su personalidad.....en que forma.....
- 5.= Considera que la inflación esta contribuyendo en la alteración de su personalidad..... en que forma
- 6.= Considera que lo que aporta como gasto familiar es insuficien - te y eso lo hace sentir mal..... porque
- 7.= Considera que el factor económico, no repercute en su persona - lidad
- 8.= Considera que la austeridad del país, repercute en su estado - de animo..... en que forma
- 9.= Considera que la simple idea de perder su empleo, ante la - reducción de personal de las empresas, es un factor predispo - nente en la alteracion de su personalidad..... porque
- 10.= Considera que en la alteración de su personalidad interviene únicamente factores laborales..... mencione cuales
- II.= Considera que el salario que gana es insuficiente, y es pre - cisamente un factor importante que altera su personalidad....
.....en que forma
- 12.= Ud cual considera la solución a su problema
- 13.= Numero de hijos..... Casa rentada.... Pago mensual\$.
Casa propia..... El salario que recibe es; semanal\$.
quincenal..... Aparte de su esposa e hijos, quienes -
más conviven con Ud. Escolaridad
- Ocupacion Tabaquismo
- Alcoholismo.....Precuencia.....Ingreso per capita....

ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA

DE HAMILTON PARA LA DEPRESION.

EPISTRO: FECHA:
 EDAD: VALORACION:
 ESTADO: PROFESION:
 TRATAMIENTO: DOSIS:

1.- Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).
 0.- Ausente
 1.- Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
 2.- Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
 3.- Sensaciones no comunicadas verbalmente decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
 4.- El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal, y no verbal de forma espontánea.

2.- Sensación de culpabilidad.
 0.- Ausente
 1.- Se culpa a si mismo, cree haber desentendido a la gente.
 2.- Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
 3.- La enfermedad actual es un fracaso, ideas delirantes de culpabilidad.
 4.- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3.- Suicidio
 0.- Ausente
 1.- Le parece que la vida no vale nada de ser vivida.
 2.- Desearia estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
 3.- Ideas de suicidio o amenazas.
 4.- Intento de suicidio. (cualquier intento serio se clasifica como 4).

4.- Insomnio precoz
 0.- No tiene dificultad para dormirse.
 1.- Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de 1/2 hr.
 2.- Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

5.- Insomnio medio
 0.- No hay dificultad.
 1.- El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
 2.- Esta despierto durante la noche, cual = 19 =

quier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar).

6.- Insomnio tardío.	0.- No hay dificultad 1.- Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2.- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	
7.- Trabajo y actividades	0.- No hay dificultad. 1.- Ideas y sentimientos de incapacidad. 2.- Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo o aficiones. 2.- Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestando directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades. 3.- Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad en el hospital clasificar en tres si el paciente no dedica por lo menos 3 hrs. al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4.- Dejo de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas, o si no puede realizar estas sin ayuda.	
8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración empeorada actividad motora disminuida.	0.- Palabra y pensamientos normales. 1.- Ligeró retraso en el pensamiento. 2.- Evidente retraso en el diálogo. 3.- Diálogo difícil. 4.- Torpeza absoluta.	
9.- Agitación	0.- Ninguna 1.- "Juega" con sus manos, cabellos etc. 2.- Se retuerse las manos, se muerde las uñas setira de los cabellos, se muerde los labios.	
10.- Ansiedad psíquica	0.- No hay dificultad. 1.- Tensión subjetiva e irritabilidad. 2.- Preocupación por pequeñas cosas. 3.- Actitud expresiva aparente con la expresión o en el habla. 4.- Temores expresados sin preguntarle.	
II.- Ansiedad somática	0.- Ausente 1.- Ligera 2.- Moderada 3.- Severa 4.- Incapacitante	Almos fisiológicos con comitantes de la ansiedad tales como: gastrointestinales-boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. cardiovasculares- palnita

ciones, cefalalgias, respiratorios- hiner-
tilación, suspiros, frecuencia orinaria-
sudación.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales. 0.- Ninguno
1.- Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pozas en el abdomen.
2.- Dificultad en comer sino se le insiste. - Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas intestinales.

13.- Síntomas somáticos generales. 0.- Ninguno
1.- Pezadas en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad.
2.- Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales 0.- Ausente Síntomas como: pérdida -
1.- Débil de la libido, retraso -
2.- Grave menstrual.
3.- Incapacitación.

15.- Hipocondría 0.- No la hay
1.- Preocupado por sí mismo (corporalmente).
2.- Preocupado por su salud.
3.- Se lamenta constantemente, pide ayuda etc.
4.- Ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de peso. 0.-
A.- Según manifestaciones del paciente (primera valoración).
0.- No hay pérdida de peso.
1.- Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
2.- Pérdida de peso definida (según el enfermo.)
B.- Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes).
0.- Pérdida de peso inferior a 500g. en una semana.
Por término medio. 1.- Pérdida de más de 500g. en una semana.
2.- Pérdida de más de 1kg. en una semana.

17.- Insight
Insight
Consciencia de sí mismo. 0.- Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
1.- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virulencia de descanso etc.
2.- Niega que esté enfermo.

18.- Variación diurna 0.- Ausente Inicial si los síntomas son

1.=Ligera M Más severos por la - -
2.=Grave T mañana o por la tarde -
rodar M o T.

19.=Despersonalización
y falta de realidad

0.=Ausente
1.= Ligera como; sensación de irreali_
dad.
2.= Moderada ideas nihilistas.
3.= Grave
4.= Incapacitantes

20.=Síntomas paranoides

0.= Ninguno
1.= Sospechosos
2.= Ideas de referencia
3.= Delirios de referencia y de perse _
cución.

21.= Síntomas obsesivos y
compulsivos.

0.= Ausentes
1.=Ligeros
2.= Graves

22.= Otras síntomas

0.= Ausentes
1.=Ligeros
2.= Graves

SUMA TOTAL
PUNTUACION.....

R E S U L T A D O S

Inicialmente vamos a clasificar a nuestros pacientes exclusiva-
mente de acuerdo a su sexo. Para valorar la predominancia de - -
determinado sexo.

Observandose que el sexo masculino alcanzo el más alto porcentaj
con un 56.66 % en relación al femenino.

C U A D R O 1

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE A
DICIEMBRE DE 1983

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	17	56.66
FEMENINO	13	43.33
TOTAL	30	99.99

FUENTE; Encuesta en C.E. de Psíq. H.E.P.

En este cuadro observamos que la edad promedio en nuestros paci-
entes que cursarón con alteraciones en la Salud Mental, manifes-
tado principalmente por un estado de Depresión fue de 26 a 35 años
lo que corresponde a un 49.99 % y de lo cual resulta una media de
30.5 años.

C U A D R O 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES EN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
20 -- 25	1	2	3	10.00
26 -- 30	4	4	8	26.66
31 -- 35	2	5	7	23.33
36 -- 40	1	3	4	13.33
41 -- 45	1	1	2	6.66
46 -- 50	2	1	3	10.00
51 -- 55	2	1	3	10.00

FUENTE; Encuesta en C.E de Psíq. H.E.P.

El cuadro numero III corresponde a la clasificación de nuestros pacientes de acuerdo al tipo de derechohabiente.

Pudiendo observar que en el sexo masculino predomina el Asegurado con un 56.66 %, aunque tambien se encuentran 10 femeninos beneficiarios que corresponde a un 33.34 %. Haciendo notar que las manifestaciones de depresión, predominarán en los jefes de familia y -asegurados que corresponden al elemento activo y por tanto al -sosten familiar.

CUADRO 3

CLASIFICACION DE PACIENTES DE ACUERDO A SEXO Y TIPO DE DERECHO / HABIENTE

DERECHOHABIENTE	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
ASEGURADO	17	3	20	56.66
BENEFICIARIO	0	10	10	33.34

FUENTE ; Encuesta en C.E. de Psíq H.E.P.

Como nuestro estudio se encuentra encaminado a observar el factor económico y sus alteraciones en la salud mental, tratamos de - -verificar si el grado de preparación de nuestros pacientes influye en su patología.

CUADRO 4

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO

ESCOLARIDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
ANALFABETA	3	-	3	10.00
PRIMARIA COMPLETA	3	7	10	33.33
PRIMARIA INCOMPLETA	5	3	8	26.66
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	2	3	10.00
CARRERA TECNICA	-	2	2	6.66
PREPARATORIA COMPLETA	-	1	1	3.33
PREPARATORIA INCOMPLETA	-	1	1	3.33
PROFESIONAL INCOMPLETA	1	1	2	6.66
TOTAL	13	17	30	100.00

FUENTE ; Encuesta en C.E. de Psíq H.E.P.

En este cuadro podemos observar que el nivel cultural es un factor coadyuvante, ya que el mayor porcentaje correspondió a los pacientes con primaria completa (33.33 %) e incompleta (26.66 %) en cambio en nivel porcentual mas bajo corresponde a los pacientes con Preparatoria completa e incompleta (6.66 %). Lo que indica que los pacientes con un mayor nivel educativo, son capaces de manejar más favorablemente la sintomatología depresiva, no así en los que tienen una educación elemental, en los cuales la sintomatología fue más significativa e importante.

El cuadro número V, corresponde a la clasificación de nuestros pacientes de acuerdo a su ocupación. Mencionando que aprox. el 23.33 % se encuentra dedicado a la rama obrera, no así en el sexo femenino, en la cual el mayor número de pacientes se encuentra dedicada a las labores del hogar. Y además es precisamente este tipo de pacientes las más afectadas con un 43.33 % lo cual nos indica que el organo de choque secundariamente por la baja percepción del conyuge, es la esposa.

CUADRO 5
RELACION DE PACIENTES SEGUN SU OCUPACION Y SEXO

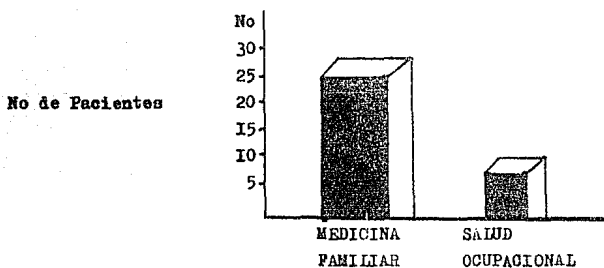
OCUPACION	MASCULINO	FEMENINO	PORCENTAJE
OBREROS	7	-	23.33
EMPLEADOS	3	-	10.00
GARROTERO	2	-	6.66
REPARTIDOR	1	-	3.33
COMERCIANTE	1	-	3.33
RESTAURANTERO	1	-	3.33
LAB. DEL HOGAR	--	13	43.33
COSTURERA	-	1	3.33
SECRETARIA	-	1	3.33
TOTAL	15	15	100.00

FUENTE ; Encuesta en C.E. de Psíq H.E.P.

El cuadro número VI clasifica a nuestros pacientes de acuerdo al servicio de procedencia, observándose en forma importante que - aproximadamente el 83.33 % han sido canalizados por Medico - - Familiar. Esto es debido a que precisamente el Med. Fam. es el - primer contacto con el enfermo; De ahí la importancia de que se - elabore un buen Dx para el bienestar propio del paciente, ya que - el estado depresivo ocasiona sufrimiento al paciente y pérdida - económica a su ya deteriorado salario.

C U A D R O 6

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL SERVICIO DE PROCEDENCIA



FUENTE ; Encuesta en C.E. de Psic H.E.P.

El cuadro número VII clasifica a nuestros pacientes de acuerdo; Al número de dependientes directos, salario e ingreso per capita - para cuantificar la situación económica de nuestros pacientes y - sus repercusiones en el seno familiar.

CUADRO 7

**CLASIFICACION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU OCUPACION
Num. de HIJOS - SALARIO SEMANAL E INGRESO PER CAPITA**

OCUPACION	NUMERO DE HIJOS	SALARIO SEMANAL	INGRESO PER CAPITA SEMANAL
OBRERO	3	2706.00	54.12
OBRERO	6	2900.00	36.25
OBRERO	5	2500.00	35.71
OBRERO	3	2900.00	58.00
OBRERO	5	2800.00	40.00
OBRERO	6	3000.00	37.50
REPARTIDOR	3	2700.00	54.00
COMERCIANTE	3	3000.00	60.00
COMERCIANTE	5	4500.00	64.28
EMPLEADO	3	6000.00	120.00
EMPLEADO	4	6500.00	108.33
EMPLEADO	2	7000.00	175.00
GARROTERO	3	6000.00	120.00
COSTURERA	3	2700.00	54.00
SECRETARIA	2	3000.00	75.00
RESTAURANTERO	3	6000.00	120.00

FUENTE ; Encuesta en C.E. de Psíq H.E.P.

Como podemos observar el salario que recibe el trabajador, y que comprende globalmente el 40 % de los pacientes recibe el salario mínimo; De lo cual se desprende que un núcleo familiar integrado por un jefe de familia y 5 miembros en promedio, y en el cual el trabajador es el sosten familiar, su salario no alcanza a cubrir las necesidades más elementales; Una dieta alimenticia y una vivienda aceptable. Ya que si quiere que su familia habite una vivienda con servicio de luz y gas y consuma un kilo de carne y cada miembro en promedio 2 huevos a la semana, un litro y medio de leche y 2 Kgrs de tortillas por día, el trabajador necesita en promedio \$ 1018.00 diarios, unicamente para satisfacer éstas dos necesidades básicas; Lo cual contrasta grandemente con el sueldo que percibe el trabajador.

Además únicamente hemos mencionado a la población económicamente activa, ya que las pacientes dedicadas a las labores del hogar, - reciben un gasto familiar tan variable que hace imposible una - - clasificación, pero que no refleja más que el salario que percibe el asegurado.

Además el ingreso per capita fue obtenido exclusivamente en relación al número de hijos que tenían con su esposa; Mencionando que varios de nuestros pacientes (Principalmente en la rama obrera) "Mantenan " otra casa teniendo en promedio un hijo el cual - - generaba también gastos.

Como no es posible poder englobar dentro de un cuadro a todos - nuestros pacientes, dada la gran variabilidad de situaciones - - mencionaremos algunos casos para que el lector pueda darse una - - idea de la situación económica de los mismos.

CASO I

U.G.J. Escala de Hamilton - 34 Puntos.

Paciente masculino de 32 años de edad, ocupación; Obrero, con 4 hijos que dependen de él. Nuestro paciente inicia su patología a raíz de que la empresa en la que labora inicia una reducción de - personal en la misma; además de que es hostilizado por sus compañeros para que sea despedido, esto ha generado de acuerdo a la - escala de Hamilton una mayor depresión. La cual inclusive ha repercutido en el seno familiar, iniciando un rechazo hacia sus familia res.

CASO II

R.R.M. Escala de Hamilton - 36 Puntos.

Paciente masculino de 38 años de edad, ocupación; Empleado, con 4 hijos que dependen de él. El paciente inicia su cuadro depresivo - de acuerdo a la escala de Hamilton, ante la crisis económica del - país; En el cual observa que su salario es insuficiente para poder cubrir las necesidades de alimentación y vestido de sus hijos, - intentando inclusive suicidarse ante la inminencia de no poder - seguir manteniendo su hogar.

CASO III

M.B.C.R. Escala de Hamilton - 24 Puntos.

Paciente masculino de 30 años de edad, ocupación; Garrotero de FF.CC. con 3 hijos que dependen de él. Inicio su cuadro depresivo inicialmente por ser un alcoholico consuetudinario, el cual abandono posteriormente al ingresar a A.A. siendo éste el motivo por el cual es rechazado por su esposa; la cual le embarga su sueldo para manutención de sus hijos. Refiriendo que ha sido el factor económico el causante de su mayor estado depresivo, ya que su sueldo no alcanza para sufragar sus gastos personales y así a éllo se agrega el no poder solicitar un aumento de salario, ante la inminencia de ser despedido.

CASO IV

S.H.A. Escala de Hamilton - 31 Puntos.

Paciente masculino de 35 años de edad, ocupación; Empleado con 3 hijos que dependen de él. Inicio su cuadro depresivo de acuerdo a la escala de Hamilton, ante la inminencia de perder su empleo, pues la fabrica en la cual labora ésta por cerrar, ante su incosteabilidad. Esto aunado a una mala relación familiar ha hecho crisis en nuestro paciente, debido precisamente a un factor económico de fondo.

CASO V

G.S.L. Escala de Hamilton - 34 Puntos.

Paciente masculino de 25 años de edad, ocupación; Obrero/estudiante, con 3 hijos que dependen de él. Nuestro paciente no es el directamente afectado, ya que en éste caso nos refiere la conyuge que su esposo, la tiene limitada en su gasto familiar y al tratar de exigir a su esposo una mayor cantidad de dinero éste le indica " Que si no le parece puede abandonar el hogar LLAVANDOSE A SUS HIJOS "

CASO VI

D.R.L. Escala de Hamilton - 31 Puntos.

Paciente femenina de 38 años de edad, ocupación; Costurera con 6 hijos que dependen de ella, ya que su esposo la abandono. Siendo el factor económico la causa determinante de su cuadro, ya que su situación económica se ha visto agravada al percibir unicamente el salario mínimo, (\$ 451.00)el cual es insuficiente para poder -- satisfacer las necesidades de su familia.

CASO VII

M.M.C. Escala de Hamilton - 32 Puntos .

Paciente femenina de 35 años de edad, ocupación; Labores del -- hogar con 3 hijos, convive con su esposo el cual es alcoholico y recientemente despedido de la empresa en la cual laboraba por la -- reducción de personal, laborando actualmente como portero percibi_ endo menos del salario mínimo (\$380.00)Siendo precisamente el -- factor económico el principal causante de su patologia ante el -- alto costo de la vida; siendo su gaste familiar insuficiente para cubrir sus necesidades más elementales, así como las de su familia

CASO VIII

F.P.M. Escala de Hamilton - 35 Puntos.

Paciente femenina de 40 años de edad, ocupación; Labores del -- hogar, con 4 hijos, convive con su esposo. Inicio su cuadro depre_ sivo con un cuadro severo que incluso la llevo a un intento de -- suicidio; propiciado por la falta de responsabilidad de su esposo ya que gasta un gran porcentaje de su salario en bebidas alcohó_ licas, entregandole a su esposa un gaste familiar insuficiente -- (\$ 1500.00 semanarios) para poder sufragar los gastos más elemen_ tales de su hogar.

CASO IX

L.S.A. Escala de Hamilton - 32 Puntos.

Paciente femenina de 30 años de edad, ocupación; Labores del - - hogar, con 5 hijos. Inicio su cuadro ante la crisis económica por la cual atraviesa el país, ya que su gasto familiar es insuficiente (\$ 2500.00 semanarios) para poder satisfacer sus necesidades - de alimentación, vestido y educación de sus hijos; Además de no - poder exigir a su esposo un mejor gasto familiar, ya que su - - marido convive con otra mujer.

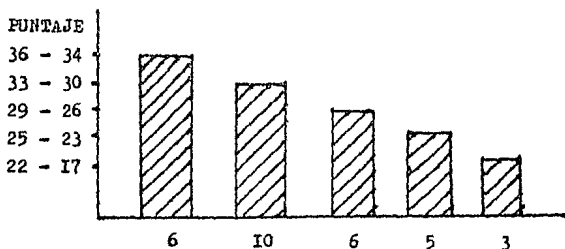
Todo esto nos refleja únicamente que el factor económico es el - causante directo de la Patología de nuestros pacientes, ya que si en varios casos el trabajador percibe un salario mínimo, el cual - no alcanza para cubrir las necesidades más elementales de su hogar como son; Alimentación y vestido de su familia y a éllo agregamos que parte de su sueldo sea derrochado en bebidas alcohólicas ó en tratar de mantener otro hogar, su ya raquitico sueldo se deteriora más. La respuesta ante la imposibilidad de poder exigir un mejor salario; ante la inminencia de ser despedido, hace crisis en el - paciente ó en su familia lo cual genera una patología depresiva - como la expresión más importante ante la represión que sufre el - trabajador.

Como la Patología más frecuente presentada por nuestros pacientes es la depresión; en el cuadro VIII se representa el puntaje de la misma, observandose una máxima de 36 Puntos y una mínima de 17 - Puntos, con una media de 26.5. Lo cual concuerda con la Escala de valoración Psiquiátrica de Hamilton, para catalogar a todos - - nuestros pacientes como DEPRIMIDOS.

PUNTAJE:	36	35	34	32	31	30	29	26	24	23	22	17
FRECUENCIA:	3	1	2	3	3	4	3	3	3	2	1	2

CUADRO 8

RELACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS DE ACUERDO A LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION



FUENTE: Encuesta en C.E. de Paíq H.E.P.

CUADRO 9

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE SINTOMAS SOMATICOS EN LOS PACIENTES DEPRIMIDOS

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<u>MANIFESTACIONES EMOCIONALES</u>		
ANIMO ABATIDO	23	76.66
INSATISFACCION	16	53.33
INDIFERENCIA AFECTIVA	15	50.00
ACCESOS DE LLANTO	10	33.33
<u>MANIFESTACIONES COGNOCITIVAS</u>		
AUTOESTIMA BAJA	25	83.33
PREVISIONES NEGATIVAS	30	100.00
PERDIDA DE MOTIVACION	27	90.00
AUTOACUSACION/AUTOCRITICA	20	66.66
DESEOS SUICIDAS	2	6.66

= 32 =

CUADRO 9

MANIFESTACIONES NEURO VEGETATIVAS Y FISICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERDIDA DEL APETITO	6	20.00
TRANSTORNOS DEL SUEÑO	30	100.00
DISMINUCION DE LA LIBIDO	11	36.66
FATIGABILIDAD	22	73.33

FUENTE: Encuesta en C.E. Psíq H.E.P.

Esto no nos refleja otra cosa más que la respuesta del ser humano ante la imposibilidad de poder exigir una mejor retribución a su trabajo; pero poder ofrecer a su familia mejores condiciones de vida.

Observándose que en el 100 % de los pacientes cursarán con previsiones negativas; es decir la idea del paciente de esperar lo peor y negar la posibilidad de cualquier mejoría. Lo mismo en relación a los trastornos del sueño; refiriendo el paciente que únicamente duerme 4-5 Hrs y posteriormente no puede volver a conciliar el sueño, y en algunos casos los pacientes afirman que no han dormido NADA y que se han pasado la noche "PENSANDO" (3)

La pérdida de motivación fue manifestada por el 90 % de los pacientes y esto es debido a la falta de estímulo de las empresas y a la hostilidad misma de los trabajadores entre sí por conservar su empleo.

Mencionando además que en dos de nuestros pacientes hubo intento de suicidio y que correspondió al 6.66 %. Lo cual ya había sido manifestado por Beck en 1963, al manifestar que el típico individuo suicida considera su situación como insoportable y que ningún tratamiento lo podrá ayudar, por lo que decide que el suicidio es la única manera de escapar de su situación desesperada, siendo ésta la mayor manifestación de la tendencia evasiva (3)

Además Beck, Kovacs y Weisman encontraron que tanto la desesperanza como la depresión se relacionaban positivamente con el alcance de las ideas suicidas (2)

De tal manera que el conocimiento de variables cognitivas tales como la desesperanza, permite al clínico evaluar con mayor facilidad y seguridad la presencia del riesgo suicida.

El cuadro X nos muestra un estudio efectuado en Octubre de 1983, - en relación a cual sería el salario ideal, con el que una familia de zona Metropolitana podría satisfacer sus necesidades básicas.

CUADRO 10

EL SALARIO MINIMO ACTUAL PRENTE A LOS PRECIOS DE LOS ARTICULOS

Artículo	Precio unitario Oct. 83	Consumo	Gasto Diario Oct. 83/Pesos
Habitación:			
Renta	10,500	1 por mes	350.00
Luz	750.00	1 bimestral	12.50
Gas	309.00	1 por mes	10.30
		Suma	372.80
Alimentación:			
Carne de cerdo	420.00	1 por semana	60.00
Carne de res	420.00	2 por semana	120.00
Mojarra	250.00	1 por semana	35.71
Leche	45.00	1 1/2 diarios	67.50
Huevo	110.00	2 por semana	31.42
Plátano	30.00	2 por semana	8.57
Naranja	36.00	6 por semana	30.85
Chilo serrano	100.00	1/4 por semana	3.57
Zanahoria	40.00	1 1/2 por semana	8.57
Tomate verde	40.00	1 por semana	5.71
Jitomate	50.00	2 por semana	14.28
Papa blanca	50.00	1 por semana	7.14
Cebolla	30.00	1 por semana	4.28
Aroz	80.00	1 por semana	11.42
Café molido	278.00	1 por semana	39.71
Frijol	38.00	3 por semana	16.28
Sal	16.00	1/2 por semana	1.14
Azúcar	30.00	1/2 diario	15.00
Pan blanco	2.00	5 diarios	10.00
Pan dulce	10.00	5 diarios	50.00
Tortillas	15.50	2 diarios	31.00
Pastas sopa	100.00	3 por semana	42.85
Aceite	124.00	1/4 diario	31.00
		Suma	646.00
Ropa:			
Trabajador:			
Zapatos	2,400.00	1 por 6 meses	13.15
Calcetines	144.00	6 por 6 meses	4.73
Pantalones	1,750.00	2 por 6 meses	19.17
Calzoncillos	194.00	3 por 6 meses	3.18
Camiseta	257.00	3 por 6 meses	4.22
Camisa	1,404.00	3 por 6 meses	24.06
Chamarro	2,050.00	1 por año	8.35
		Suma	76.86
Espos:			
Vestido	2,470.00	3 por 6 meses	40.60
Blusa	1,160.00	3 por 6 meses	19.06
Falda	2,094.00	2 por 6 meses	22.94
Portabustos	395.00	3 por 6 meses	6.49
Pantalotas	260.00	3 por 6 meses	4.27
Medias	120.00	9 por 6 meses	5.91
Zapatos	2,000.00	1 por 6 meses	10.95
Suéter	1,555.00	1 por 6 meses	8.52
Abrigo	5,040.00	1 por tres años	4.60
		Suma	123.34

= 34 =

CUADRO 11

DATOS GLOBALES EN EL ESTUDIO SOBRE EL
SALARIO MINIMO EN EL D.F.

<u>CONCEPTO</u>	<u>\$ PRECIO UNIT.</u> OCT. 83	<u>PARTICI</u> <u>PACION</u> EN EL <u>SALARIO</u>	<u>INCREMENTO</u> NOV. 83 OCT. 82	<u>% INCREMENTO</u> SEGUN B. DE MEXICO APROX.
<u>HABITACION</u>				
Renta	\$ 350.00	17.50	62.79	85.5
Luz	12.50	0.63	87.41	
Gas	10.30	0.52	26.23	
<u>ALIMENTACION</u>	646.00	32.30	79.86	70.5
<u>TRANSPORTE</u>	79.03	3.95	82.01	126.0
		25.53	86.43	87.0
<u>ROPA</u>	510.64		85.29	
Trabajador	76.86		-	
Esposa	123.34		81.03	
Hijo mayor	76.33		94.37	
Hijo mediano	85.76		76.24	
Hijo pequeño	60.34		88.91	
De casa	88.01		98.08	
<u>ARTICULOS DE ASEO</u>	136.57	6.83	108.85	
<u>MUEBLES</u>	75.01	3.75	99.22	85.0
<u>ENTRETENIMIENTO</u>	158.27	7.91	97.81	70.0
<u>UTILES ESCUELA</u>	14.60	0.73	130.64	
<u>BOTIQUIN</u>	7.08	0.35	63.51	80.0
<u>TOTAL</u>	2 000.00	100.00	81.82	

Al analizar este cuadro mencionaremos que para que un trabajador - pueda satisfacer sus necesidades más elementales como son; Vestido y Alimentación; gasta en promedio \$ 1018.00 y si a éllo agregamos otros satisfactores como son; Transporte, ropa, artículos de aseo

muebles, recreación, útiles escolares y medicina requiere de - -
\$ 982.00 diarios. Lo cual correspondería a cuatro veces el salario
mínimo que percibe actualmente el trabajador.

Lo que indica que el poder adquisitivo de los salarios ha sufrido
una merma importante (13.1 %) lo que aunado a la inflación persis_
tente hacen que el salario real de los trabajadores se vea dismi_
nuido en proporciones alarmantes, agudizándose los problemas de
alimentación, vivienda y educación principalmente.

Lo que indica que el poder de compra de la población en general -
nunca había alcanzado niveles tan bajos como los que ahora se -
contemplan y si no se atienden y solucionan preferentemente ésto -
tipo de inconformidades; caeremos en el caos, la desesperación y -
el quebrantamiento de la estabilidad que hemos disfrutado. Y que -
en este momento es manifestada por nuestra población estudiada, -
como ya se menciona en notas anteriores.

C O N C L U S I O N E S

Se estudiarón 30 pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de Psiquiatria del Hospital de Especialidades del I.M.S.S., Puebla, enviados por diferentes servicios que incluyeron a 17 hombres y 13 mujeres, cuyas edades fluctuarón entre los 20 y 55 años de edad, con una media de 37.5 años.

En nuestra poblacion estudiada inicialmente los pacientes fueron clasificados de acuerdo a una encuesta de datos Socioeconomicos, observandose un salario promedio de \$ 4012.00 semanarios; para familias con una media de 3.6 hijos, teniendo en promedio un Ingreso Per capita de \$ 75.76 (Cuadro 7).

Posteriormente se les aplico a todos nuestros pacientes la Escala de valoración Psiquiatrica de Hamilton para la Depresión, en la cual se observó que la mínima puntuación obtenida fue de 17 puntos y una maxima de 36, con una media de 26.5 (Cuadro 8).

Despues de haber analizado esta serie de casos, podemos observar que la causa determinante de su Patología fué el factor económico, el cual por la actual crisis económica y el escaso valor adquisitivo de la moneda, repercutia no solo en el derechohabiente sino tambien en sus beneficiarios, principalmente la esposa.

Además se encontro que el 23.33 % de los pacientes dedicados a la rama obrera mantenian otro hogar, el cual tambien les generaba gastos lo cual en ocasiones motivó un mayor estado Depresivo en las conyuges ante la reducción del yá de por si escaso gasto familiar.

Observandose que el nivel cultural en nuestros pacientes juega un papel muy importante, ya que el 33.33 % de los pacientes con educación elemental, alcanzaron la más alta puntuación en la

Escala de depresión, no así en los que cursaron Preparatoria - -
completa e incompleta que fue el 6.66 % en los cuales la escala -
fue inferior (Cuadro 4=5).

Por lo cual el jefe de familia deberá ser educado acerca del rol
de padre y el significado del mismo, ya que si su sueldo es insu-
ficiente y a éllo se agregan los gastos fuera del núcleo familiar,
repercutira directamente en el seno familiar.

Educar a nuestros derechohabientes para que sean capaces de - -
mejorar las relaciones familiares, ya que los más afectados por -
ésta situación son la esposa y los hijos.

La salud mental de los habitantes de un país no es algo aparte -
de su salud general, ambas dependen de condiciones: Sociales, así
como de la estabilidad económica, la educación, la convivencia -
social, la integración familiar y también de determinantes más -
específicos como el empleo, la habitación etc.

Hay datos para pensar que la disrupción severa entre el hombre y
su medio físico, socioeconómico y cultural, genera tensiones que -
las personas más vulnerables no pueden tolerar.

Los desordenes y las desviaciones mentales representan una grave-
perdida económica y social (7) y grandes penalidades para las -
personas afectadas y sus familias, por éllo aunque las causas del
abandono son comprensibles, no son aceptables en un sistema que -
se proclama así mismo procurador de justicia y bienestar social.

Lo anteriormente expuesto, aunado al momento histórico que vive -
el país, da como resultado que las posibilidades de rehabilitación
sean pobres y en ocasiones utópicas (19). Estamos viviendo un -
desarrollo social, en que la mayoría de los mexicanos; Desemplea-
dos ó subempleados. En que el 15 % de la población consume el -
50 % de los alimentos, en que la educación es una meta por alcan-
zar, vemos crecer los cinturones de miseria y pobreza en todas -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

partes de nuestra gran población; Y en la cual la desocupación - es la regla.

La costumbre del paciente de esperar lo peor y negar la posibilidad de cualquier mejoría constituye un formidable obstáculo para los intentos de atraerlo a un programa terapéutico. Su actitud - negativa es a menudo una fuente de frustraciones para sus amigos - su familia y su médico cuando trata de ayudarlo. (3).

El deprimido piensa en un FUTURO en el cual su estado actual de - deficiencia (Económica, social, física) continuará ó incluso - empeorará. Esta sensación de permanencia e irreversibilidad de su estado o de sus problemas parece constituir la base de su conside - ración del suicidio como un proceder lógico, observandose que la - desesperanza tiene una relación directa con el suicidio. (2)

Al hacer el presente estudio hemos intentado que el Médico - Familiar tome conciencia del papel tan importante que tiene en la solución de los problemas de la familia.

Además el estudio de nuestros pacientes debe hacerse en forma - integral ya que como pudimos observar en el presente trabajo, hay varios factores que en ocasiones no se investigan por no conside - rarse de importancia, y de éllo el factor económico juega un - papel importante, de tal manera que el estudio integral de nues - tres pacientes será de vital importancia para un buen diagnóstico ya que incluso dos de nuestros pacientes presentarón un intento - de suicidio y de no realizar un diagnóstico oportuno las consecu - encias serían fatales.

Espero que el lector se sienta motivado a seguir realizando - estudios en favor de las familias que son la base de la sociedad - y el MOTIVO DE NUESTRO ESTUDIO.

B I B L I O G R A F I A

- 1.= Beck A.T.; Thinking and depression; I idiosyncratic content -
and cognitive distortions. Archives of general Psychiatry
9: 324=335 , 1963.
- 2.= Beck A.T. Kovacs M. Weisman A.: Hopelessness and suicidal -
behavior .And overview . Journal of the American Medical -
Association 234: II46-II49. 1975.
- 3.= Beck A.T. ; Diagnostico y tratamiento de la Depresión. Edit. -
Merck Sharp and Dohme International - Primera edición Rahway -
N.J. E.U. 5-190, 1979.
- 4.= Campillo, S.C. y Caraveo, A. : Epidemiologia de la Depresión -
Salud Mental 4=40 , 1979.
- 5.= Clements F.E. :Primitive concepts of disease en : Keiv A. -
transcultural Psychiatry , 1972.
- 6.= Corro S. : Salario mínimo frente a los precios de los articu -
los. Proceso No 368 6=II , 1983.
- 7.= De la Fuente R. : Salud Mental en México Vol I Año 2 , 1977
- 8.= Hankoff L.D. :Ancient Egyptian Attitudes Toward Death and -
suicide Pharos 30: 60=64 1975.
- 9.= Hamilton, M. : A rating Scale For depression J. Neurol -
Neurosurg Psychiatry 23: 56=62 1960.
- 10.= Kiev A. :Magic , fatih and healing : Studies in primitive -
Psychiatry today free press 1964.
- 11.= Kiev A. Transcultural Psychiatry Penguin 1972.
- 12.= Katona G. : Psicología de la Economía Edit. El Ateneo -
Pag 179=189 México 1979.
- 13.= Leon C. : The world history of Psychiatry cap. 9 Latin -
America Oxford 1976.
- 14.= Medico Moderno : Plan global de Desarrollo hacia un enfoque -
totalizador Vol 9 No. 7 : 83=85 1981.
- 15.= M. Freedman A. y cols : Compendio de Psiquiatria Edit. -
Salvat Pag 389=392 1975.

- 16.= Mayer Gross W. : Slater E. y Roth M. : Transtornos de la -
personalidad y Reacciones Neuroticas. Psiquiatria Clinica -
Vol I Pag 183-186 1974.
- 17.= P.J. Ryan : Sistemas tradicionales y Modernos Vol 2 Año 2
No 3 1979.
- 18.= Sahagun B. de : Historia de las cosas de La Nueva España -
Vol I Pag 189-190 México 1956.
- 19.= Talayero U.J. : Delincuencia Juvenil en el Distrito Federal -
Vol 2 Año I 1979.
- 20.= Vargas Castelazo M. : Revista Mexicana de Estudios Antropolo-
gicos 14: 19-143 1954 .