

11241
1 ej 9



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Regional "20 Noviembre"

I. S. S. S. T. E.

DEPRESION Y ALCOHOLISMO.

(en pacientes hospitalizados en una Unidad de Medicina Interna)

T E S I S A

Que para obtener el grado de Especialidad en:

P S I Q U I A T R I A

DR. HUGO MARTINEZ LEMUS



México, D. F.

W. D. M.

30-1-87

1986

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE.

INTRODUCCIÓN	(1)
JUSTIFICACIÓN	(8)
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	(10)
HIPÓTESIS	(10)
OBJETIVOS	(10)
METODOLOGÍA	(11)
RESULTADOS.	(15)
DISCUSIÓN	(18)
COLOFÓN	(21)
BIBLIOGRAFÍA.	(22)

INTRODUCCION.

EL CRECIENTE NÚMERO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS QUE SE ATIENDEN EN LA CONSULTA DIARIA PLANTEA CUESTIONAMIENTOS SOBRE EL ORIGEN, CARACTERÍSTICAS Y FRECUENCIA DEL FENÓMENO. LA DUDA Y LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN NO SOLAMENTE SE FORMULAN EN NUESTRO MEDIO, EN CASI TODO EL MUNDO EL ALCOHOLISMO ES UN PROBLEMA CRECIENTE DE SALUD PÚBLICA Y HA MEREcido, DESDE 1950 QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.) LO CONSIDERE ENTRE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL QUE REQUIEREN DE MÁXIMA ATENCIÓN (1).

EN LO QUE SE REFIERE A LOS FACTORES CAUSALES, SE HA VISTO CON BASE EN UNA LARGA SERIE DE INVESTIGACIONES EFECTUADAS CON TODO RIGOR EN DIFERENTES CAMPOS DE LA FISIOLÓGÍA QUE, POR LO MENOS POR AHORA, NO SE DISPONE DE PRUEBAS DE QUE UN FACTOR ÚNICO SEA CAPAZ DE DESENCADENARLO Y QUE TODO DEFECTO GENÉTICO, METABÓLICO Y NUTRICIONAL NECESITA DE OTROS FACTORES COMO LOS PSICOPATOLÓGICOS O LOS SOCIOCULTURALES PARA ADQUIRIR IMPORTANCIA COMO PRECIPITANTE DEL ALCOHOLISMO. SE CONSIDERA PUES, QUE NO EXISTE UNA CAUSA ÚNICA IDENTIFICABLE PARA EL ALCOHOLISMO. EL DR. PLOT Y POR OTRO LADO EL DR. M. KELLER, DE LA UNIVERSIDAD DE ROCHESTER -CITADOS POR EL DR. RAFAEL VELASCO FERNÁNDEZ- (2), INDICAN QUE LOS INDIVIDUOS QUE TIENEN MAYORES PROBABILIDADES DE CONVERTIRSE EN ALCOHÓLICOS SON AQUELLOS QUE TIENEN LAS SIGUIENTES PECULIARIDADES:

"A) RESPONDEN A LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN CIERTA FORMA,, QUIZÁ DETERMINADA FISIOLÓGICAMENTE QUE LES PERMITE EXPERIMENTAR INTENSO ALIVIO Y RELAJACIÓN; B) POSEEN CIERTAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD QUE LES IMPIDEN ENFRENTAR CON ÉXITO LOS ESTADOS DEPRESIVOS, LA ANSIEDAD Y LA FRUSTRACIÓN; C) PERTENECEN A CULTURAS EN LAS QUE SE PROVOCA CULPABILIDAD Y CONFUSIÓN EN TORNO A LA CONDUCTA DEL BEBEDOR."

LA OBSERVACIÓN SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ALCOHOLISMO HA SIDO MENCIONADA CON ANTERIORIDAD TANTO POR AUTORES NACIONALES COMO EXTRANJEROS. ENTRE LOS TRABAJOS MÁS CITADOS SE ENCUENTRAN LAS PONENCIAS QUE HUDOLIN V, REALIZÓ EN EL SIMPOSIO SOBRE ALCOHOLISMO QUE SE LLEVÓ A CABO EN CANADÁ EN 1970, POR PARTE DE LA ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, DONDE SE HIZO ÉNFASIS ESPECIAL EN EL CUIDADO QUE DEBE MEREcer, PARA EL MÉDICO EN GENERAL Y EN ESPECIAL PARA EL PSIQUIÁTRA,
(2)...

LA ASOCIACIÓN ENTRE ALCOHOLISMO Y DEPRESIÓN. (3)

EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON FRECUENCIA SE OBSERVA QUE EL PACIENTE ALCOHÓLICO ACUSA DATOS CLÍNICOS DE DEPRESIÓN QUE HABITUALMENTE SON IGNORADOS, LAS POSIBLES CAUSAS DE ESE HECHO SERÍAN MERAS ESPECULACIONES, PERO COMO PUNTO BÁSICO DEBÍAN DE REMITIRNOS A LOS CONCEPTOS QUE EL MÉDICO TRATANTE TIENE SOBRE EL ALCOHOL Y LA DEPRESIÓN. EL ANTECEDENTE DE BEBER EN EXCESO, EN MUCHAS OCASIONES, INVITA A EVITAR PESQUISAS SOBRE LOS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS SERIOS QUE FRECUENTEMENTE SE PRESENTAN CON ÉL, ES EL CASO DE LA PERSONALIDAD PSICOPÁTICA.

EN FECHAS RECIENTES SE HA LLEGADO A CONCLUSIONES COMO LA DE CONSIDERAR A TODO BEBEDOR CRÓNICO EXCESIVO COMO UN PACIENTE CON MUY PROBABLES ANTECEDENTES DEPRESIVOS. (4)

SCHUCKIT M. A. CONSIDERA QUE UNA PERSONA CON PERIODOS DEPRESIVOS PREVIOS O CUADROS DEPRESIVOS QUE NO SE RELACIONAN CON LA INGESTA DE ALCOHOL DEBERÍAN SER TRATADOS COMO TRASTORNOS DEPRESIVOS PRIMARIOS (5), TAMBIÉN HAY QUE CONSIDERAR LOS EFECTOS QUE EL ALCOHOL COMO DROGA TIENE SOBRE LA AFECTIVIDAD DEL INDIVIDUO, QUE EN USOS PROLONGADOS PERPETÚAN LOS ESTADOS SECUNDARIOS DE LA INGESTA COMO SON LA IRRITABILIDAD, LA ANGUSTIA Y LA DEPRESIÓN MISMA (6), QUE EN OCASIONES LLEGA A SER TAN INTENSA QUE SE PUEDE ACOMPAÑAR DE IDEAS Y AÚN DE INTENTOS SUICIDAS -LA TASA DE SUICIDIOS ES 2,5 VECES MAYOR QUE LA TASA NORMAL (7)-; SIN EMBARGO EN AUSENCIA DE UN EPISODIO DEPRESIVO REAL ESTOS SÍNTOMAS DESAPARECEN CON UNOS DÍAS DE ABSTINENCIA.

ESTUDIOS DE FRECUENCIA EN LA APARICIÓN DE ÉSTA COMBINACIÓN SON CONTRADICTORIOS (3% A 98%), ESTAS DISCREPANCIAS SE HAN TRATADO DE EXPLICAR ADUCIENDO LA VARIABILIDAD EN LA DETERMINACIÓN DE LA DEPRESIÓN (8). ESTAS VARIACIONES PUEDEN LLEGAR A CATALOGAR ERRÓNEAMENTE LA PATOLOGÍA QUE EXPRESA UN PACIENTE Y A APLICAR TRATAMIENTOS EXCESIVOS O PRIVAR DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE QUE LO NECESITA.

EN LA ACTUALIDAD EL TREMENDO INCREMENTO EN LA DEPRESIÓN, SU TENDENCIA A VIOLAR IMPULSOS BÁSICOS -COMO EL DE LA PROPIA CONSERVACIÓN, EL GREGARIO Y EL MATERNAL- Y SU EFECTO BLOQUEADOR DE NECESIDADES BIOLÓGICAS -COMO EL HAMBRE, EL SUEÑO Y EL APETITO SEXUAL- HA PROVOCADO QUE UN GRAN NÚMERO DE INVESTIGADORES SUME ESFUERZOS PARA

PENSAR E INICIAR LA ACCIÓN, Y UNA PERCEPCIÓN PESIMISTA DE UNO MISMO Y DEL MUNDO. SE ACOMPAÑA DE PERTURBACIONES DEL SUEÑO, PÉRDIDA DEL APETITO Y DE PESO, SÍNTOMAS EN DIVERSOS APARATOS Y SISTEMAS PARTICULARMENTE EL CARDIOCIRCULATORIO Y EL DIGESTIVO. SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE EN LA CLÍNICA DE FORMA ÚNICA O ACOMPAÑANDO A OTRAS ENFERMEDADES.

PERO AUNQUE LA DEPRESIÓN SEA UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y GRAVES, LOS MÉDICOS CONSIDERAN QUE SE TRATA DE UN PADECIMIENTO DEL QUE POCO SE SABE. EN REALIDAD, EL TÉRMINO DEPRESIÓN FRECUENTEMENTE SE UTILIZA PARA DESIGNAR MUCHOS ESTADOS ANÍMICOS. AL IGUAL QUE OTRAS ETIQUETAS CLÍNICAS, INCLUYE TODA UNA SERIE DE TRASTORNOS MÁS O MENOS EMPARENTADOS ENTRE SÍ. A PESAR DE LOS EMPEÑOS CIENTÍFICOS, LOS ACUERDOS EN DIAGNÓSTICO, EPIDEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN AÚN SON DISPARES Y CAMBIANTES. EN EL PÁRRAFO ANTERIOR CONSIGNAMOS ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CITADO MAL MÁS FRECUENTEMENTE ENUMERADAS, PERO AÚN ASÍ LAS VARIACIONES EN LA INTENSIDAD Y MOTIVOS EN LA DEPRESIÓN SON DOS PUNTOS EN LOS QUE SE PODRÍA DISCUTIR AMPLIAMENTE. SOBRE LO ÚNICO EN LO QUE SE ESTÁ DE ACUERDO, ACERCA DE LA DEPRESIÓN, ES QUE SE TRATA DE UN ESTADO PATOLÓGICO UBICUO Y UNIVERSAL QUE, SEGÚN PARECE, ES INHERENTE A LA CONDICIÓN HUMANA.

CUANDO LOS PSIQUIÁTRAS HABLAN DE DEPRESIÓN NO SUELEN REFERIRSE A ESTADOS PASAJEROS DE AFLICCIÓN O TRISTEZA QUE AFECTAN A TODA PERSONA NORMAL. SE CONSIDERA QUE SENTIR ALGO DE ANGUSTIA, PESIMISMO O ABURRIMIENTO SON ÚNICAMENTE CAMBIOS ANÍMICOS QUE NO ENTRAÑAN PATOLOGÍA, PERO EL MÉDICO SE PREOCUPA CUANDO ESTOS SENTIMIENTOS SE VUELVEN TAN INTENSOS QUE PERTURBAN LOS ACTOS DE LA VIDA DIARIA. LOS PACIENTES DEPRIMIDOS MUCHAS VECES NO PUEDEN EJECUTAR LAS TAREAS COTIDIANAS Y RUTINARIAS COMO VESTIRSE, COMER Y HASTA LEVANTARSE DEL LECHO POR LA MAÑANA. PARA ALGUNOS PACIENTES ES DIFÍCIL HABLAR, LA PASIVIDAD Y LA INTROVERSIÓN SE ENCUENTRAN ENTRE LOS MÁS FRECUENTES SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN. (9)

PERO LA TRISTEZA NO SIEMPRE ES UNA MANIFESTACIÓN EVIDENTE, NI SIQUIERA ENTRE LOS PROPENSOS AL SUICIDIO. LA AGITACIÓN, LA CONVICCIÓN DE FALTA DE MÉRITOS PERSONALES Y EL PESIMISMO CON RESPECTO AL FUTURO (4)...

SON ASÍ MISMO CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DE LOS DEPRIMIDOS; UN SÍNTOMA MUY FRECUENTE Y A MENUDO INADVERTIDO ES LA AUSENCIA DE PLACER. DESFORTUNADAMENTE ESTOS SÍNTOMAS NO LOS ADVIERTE FÁCILMENTE EL MÉDICO LA MAYOR PARTE DE LAS VECES. EL DR. NORMAN SARTORIUS, DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CALCULA QUE EN EL MUNDO HAY POR LO MENOS CIENTO MILLONES DE PERSONAS QUE SUFREN ALGUNA FORMA CLÍNICA RECONOCIBLE DE DEPRESIÓN -CITADO POR G. CALDERÓN NARVÁEZ, PERO MUCHOS MÁS PACIENTES QUE ESTOS SE SOMETEN A TRATAMIENTO POR ALGUNA OTRA MOLESTIA EN LA QUE LA DEPRESIÓN SUBYACENTE -A MENUDO EL MEOLLO DEL PROBLEMA- PASA INADVERTIDA, PORQUE SE NIEGA, DISFRAZA O SUSTITUYE. LOS TÉRMINOS "DEPRESIÓN DISTÓNICOVEGETATIVA" (HEMPEL 1937), "DEPRESIÓN SOMÁTICA" (SCHIK 1947) Y "DEPRESIÓN LARVADA" (WALCHER 1969) SON LOS NOMBRES CON LOS QUE SE LE HA LLAMADO A LA DEPRESIÓN DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO O QUE CARACTERÍSTICAMENTE SE MANIFIESTA POR "OTROS" FENÓMENOS QUE NO PROPIAMENTE SON DEL ASPECTO AFECTIVO.

LOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN PODRÍAN DESCRIBIRSE DICHIENDO QUE DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN ATENCIÓN MÉDICA, EL 33% AL 40% SUFREN DEPRESIÓN EN ALGÚN GRADO; LA TASA DE PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS ES DE 4% EN LA POBLACIÓN GENERAL; DE ESTOS ENFERMOS UNO DE CADA CINCO RECIBEN TRATAMIENTO MÉDICO, UNO DE CADA CINCUENTA SON HOSPITALIZADOS, UNO DE CADA DOSCIENTOS SE SUICIDA. EN EL CURSO DE SU VIDA UNA DE CADA DIEZ PERSONAS SUFREN DE CUADROS DEPRESIVOS Y EL 10% DE LOS ENFERMOS DEPRIMIDOS PASAN MÁS DE CUATRO AÑOS EN UN HOSPITAL.

LOS INTENTOS RECIENTES EN EL ABORDAJE CIENTÍFICO DE LA ASOCIACIÓN ALCOHOLISMO-DEPRESIÓN TIENEN SUS ANTECEDENTES EN LOS REPORTE QUE, CON ANTERIORIDAD HABÍAN SIDO DADOS POR ESTUDIOSOS DE LA CONDUCTA HUMANA CON BASES PSICOANALÍTICAS Y LOS PSIQUIÁTRAS DE LA ESCUELA PSICODINÁMICA.

FENICHEL O. (10) MENCIONA QUE LAS PERSONAS ADICTAS A UNA DROGA DETERMINADA, TIENEN UNA PREDISPOSICIÓN A REACCIONAR A SUS EFECTOS, UTILIZÁNDOLOS PARA SATISFACER "EL ARCAICO ANHELO ORAL", QUE AL MISMO TIEMPO ES ANHELO SEXUAL, UNA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y DE CONSERVAR LA AUTOESTIMA.

CITO:

"...EL ORIGEN Y NATURALEZA DE LA ADICCIÓN NO RESIDEN EN CONSECUENCIA, EN EL EFECTO QUÍMICO DE LA DROGA, SINO EN LA ESTRUCTURA DEL PACIENTE."

UN FACTOR DECISIVO ES POR LO TANTO LA PERSONALIDAD PREMÓRBIDA, LOS QUE SE HACEN ADICTOS A DROGAS SON AQUELLOS PARA QUIENES EL EFECTO DE LA MISMA TIENE UN "SIGNIFICADO" ESPECÍFICO. SIGNIFICA LA ESPERANZA O LA REALIZACIÓN DE UN DESEO PROFUNDO Y PRIMITIVO QUE SIENTEN HACIA LOS ANHELOS INSTINTIVOS, ESTO HACE QUE LA SEXUALIDAD GENITAL CAREZCA DE INTERÉS Y SE DESORGANICE INICIANDO UNA REGRESIÓN IMPORTANTE. LOS PACIENTES DISPUESTOS A RENUNCIAR A TODA FORMA DE LIBIDO OBJETAL, NECESARIAMENTE SON PERSONAS QUE NUNCA ESTIMARON LAS RELACIONES DE OBJETO. SE HALLAN FIJADOS EN UNA FINALIDAD "NARCISISTA PASIVA" Y SOLAMENTE MUESTRAN INTERÉS EN EL LOGRO DE SU GRATIFICACIÓN, NUNCA EN SATISFACER A SUS PAREJAS. LOS OBJETOS PARA ELLOS SON PROVEEDORES DE SUMINISTROS,

DESDE EL PUNTO DE VISTA ERÓGENO, SUS ZONAS DETERMINANTES SON LA ORAL Y LA PIEL.

LAWRENCE KOLB (11) MENCIONA EN SU TRABAJO SOBRE PSICOGÉNESIS DEL ALCOHOLISMO:

"...ES MÁS COMÚN -EN EL ALCOHÓLICO- HABER EXPERIMENTADO UNA PÉRDIDA PARENTAL TEMPRANA DEBIDO A LA MUERTE, SEPARACIÓN O EL DIVORCIO"... "LA INICIACIÓN TEMPRANA DEL HÁBITO DE TOMAR EN EXCESO PARECE SER MÁS PROBABLE, EN LOS INDIVIDUOS QUE HAN PERDIDO A SUS PADRES, QUE EN LOS QUE NO HAN SUFRIDO DICHA PÉRDIDA".

A MENUDO LA HISTORIA FAMILIAR MUESTRA QUE LA PERSONA QUE FUNGIÓ COMO MADRE FUÉ INDULGENTE Y PROTECTORA, ANIMÓ AL INDIVIDUO PARA QUE CONTINUARA LAS EXIGENCIAS INFANTILES ORALES, PROPIAS DE LOS PRIMEROS PERIODOS DE LA VIDA, HASTA QUE DICHAS EXIGENCIAS SON IMPOSIBLES DE SATISFACER; ENTONCES LOS INDIVIDUOS REACCIONAN CON EXPLOSIONES DE RABIA ANTE LAS CUALES LA MADRE REDOBLA SUS ESFUERZOS POR COMPLACER AL HIJO Y ÉSTE INTENSIFICA SU DEPENDENCIA Y EXIGENCIA. KOLB CONTINÚA DICHIENDO QUE LA AMBIVALENCIA, SEVERIDAD INDULGENCIA ALTERNATIVAMENTE, IMPIDEN UNA FORMACIÓN ADECUADA DE LAS FUNCIONES VOICAS; LA AUSENCIA DE UNA FIGURA CONVENIENTE, PROPICIA FIJACIONES ORALES Y LA FALTA DE UN (6)...

SUPERYO ESTABILIZADOR.

SIMMEL -AUTOR CITADO POR FENICHEL- HACE REFERENCIA A ESTAS FIJACIONES DE LA ETAPA ORAL:

"EL USO DE DROGAS REPRESENTA PRIMERAMENTE LA MASTURBACION GENITAL, ACOMPAÑADA DE FANTASÍAS Y CONTENIDOS APROPIADOS, PERO MÁS ADELANTE APARECEN CONFLICTOS DE NIVELES MÁS PROFUNDOS DEL DESARROLLO, SE EXTIENDEN HASTA LA ETAPA ORAL".

ESTE AUTOR HACE UNA RELACION ENTRE EL ESTADO AFECTIVO Y LA IDENTIDAD DEL CONFLICTO. PARA ÉL, EN EL PROCESO FINAL DE LA ADICCION, EMPIEZAN A PREVALECER MÁS Y MÁS LAS DEPRESIONES DE LA MAÑANA SIGUIENTE Y LA NECESIDAD DE AUMENTAR DOSIS Y FRECUENCIA DE LA DROGA, ANTE LA CRECIENTE INSUFICIENCIA DE LA EXALTACION ENCONTRADA EN ELLA. POR OTRO LADO -PSICOANALÍTICAMENTE- LA DEPRESION SE BASA EN LA MISMA PREDISPOSICION QUE LA ADICCION A DROGAS. UNA PERSONA FIJADA AL ESTADO EN QUE SU AUTOESTIMA ES REGULADA POR SUMINISTROS EXTERNOS, O EN QUIEN LOS SENTIMIENTOS DE CULPA HAN HECHO QUE REGRESE A ESE ESTADO, TIENE UNA NECESIDAD VITAL DE TALES SUMINISTROS, RECORRE EL MUNDO EN UNA SITUACION DE CONSTANTE VORACIDAD. SI SUS NECESIDADES NARCISISTAS NO LE SON SATISFECHAS, SU AUTOESTIMA DESCIENDE HASTA UN PUNTO PELIGROSO.

POR UN LADO, LA FIJACION PREGENITAL DE ESTAS PERSONAS, SE MANIFIESTA POR SU RESPUESTA VIOLENTA ANTE LAS FRUSTRACIONES; SU DEPENDENCIA ORAL LAS IMPULSA A CONSEGUIR LO QUE NECESITAN POR MEDIO DE LA PROPICIACION Y LA SUMISION. ABRAHAM HABLÓ DE LA ORIENTACION ANAL DE LOS PACIENTES MANIACO-DEPRESIVOS, QUE PERMITISAN LA VISUALIZACION DE TENDENCIAS PROPIAS DE LA FIJACION ORAL. ACERCÁNDONOS A LA IDENTIFICACION DE LOS RASGOS ORALES PODRÍAMOS HACER NUEVAMENTE REFERENCIA DIRECTA A FENICHEL:

"...UNA SATISFACCION ORAL DESUSADAMENTE PRONUNCIADA CONDUCE A UNA NOTABLE AUTOSEGURIDAD Y OPTIMISMO (...) UNAPRIVACION ORAL EXCEPCIONAL, EN CAMBIO, PRODUCE UNA ACTITUD PESIMISTA (DEPRESIVA) O SÁDICA (CON EXIGENCIA DE INDEMNIZACION). LA PERSONA QUE QUEDA FIJADA AL MUNDO DE LOS DESEOS ORALES MOSTRARÁ, UNA FALTA DE INCLINACION ACUIDAR DE SÍ MISMO".

... (7)

EL CARÁCTER ORAL DEPENDE DE SUS OBJETOS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA AUTOESTIMA, ADEMÁS DE ÉSTO, MUCHAS MANERAS DIRECTAMENTE ERÓTICAS DE USAR LA BOCA EN PROCURA DE PLACER, PUEDEN REFLEJARSE EN LA CONDUCTA (ACTITUDES DE ALIMENTACIÓN, BEBER, FUMAR, ETC.).

ASÍ SE ORIENTA LA CONJUNCIÓN DE DOS CUADROS PATOLÓGICOS, COMO SON LA DEPENDENCIA A DROGAS -ALCOHOL EN ESTE CASO- Y LA DEPRESIÓN. CALDERÓN NARVÁEZ REFIERE QUE EL PRONÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS DOS CUADROS, DEPENDEN EN UN GRADO IMPORTANTE DE ESTABLECER CUAL FUÉ EL PRIMARIO Y CUAL EL SECUNDARIO, SU RAZONAMIENTO SE BASA EN LA RESPUESTA DE LOS CUADROS DEPRESIVOS A LA MEDICACIÓN, Y SUS EFECTOS BENÉFICOS QUE AYUDARÍAN A LA RESOLUCIÓN DE UN ALTO PORCENTAJE DE "ALCOHÓLICOS" MAL DIAGNOSTICADOS.

LA MAYOR PARTE DE LAS DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO SE REFIEREN YA SEA, A LA SUSTANCIA, A FACTORES SOCIOLÓGICOS O A LA PATOLOGÍA SUBYACENTE. PROBABLEMENTE LA DEFINICIÓN MÁS OPERANTE PARA FUNDAR UN PROGRAMA DE TRABAJO SOBRE ALCOHOLISMO, Y LA QUE CONTIENE LOS ASPECTOS MÉDICOS MÁS IMPORTANTES, ES LA QUE LO CONSIDERA "UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, UN DESORDEN DE LA CONDUCTA CARACTERIZADO POR LA INGESTIÓN REPETIDA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS HASTA UN PUNTO QUE EXCEDE A LO SOCIALMENTE ACEPTADO Y QUE INTERFIERE CON LA SALUD DEL BEBEDOR, CON SUS RELACIONES INTERPERSONALES Y CON SU CAPACIDAD PARA EL TRABAJO", (12)

LA DIFICULTAD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ALCOHÓLICO EN MUCHAS OCASIONES LLEVA A UN DESCUIDO DEL ESTUDIO CONCIENZUDO DE CADA CUADRO, PUDIENDO DESCUBRIRSE EN MUCHOS QUE QUIZÁ UNA INTERVENCIÓN ATINADA EN EL ASPECTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE DEPRIMIDO QUE BEBE EXCESIVAMENTE, PUEDE AYUDAR MUCHO EN LA MEJORÍA E INCLUSO AL RESTABLECIMIENTO TOTAL. (13)

(8)...

JUSTIFICACION.

LA MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA QUE LA INGESTIÓN EXCESIVA DE ALCOHOL CAUSA EN NUESTRO PAÍS, SE MANIFIESTA POR LAS ESTIMACIONES QUE SOBRE EL ASUNTO SE REALIZAN: EL **5.7% DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS PADECE ALCOHOLISMO**; LO QUE REPRESENTARÍA UNA CIFRA APROXIMADA DE 1.7 MILLONES DE ALCOHÓLICOS (14), ESTOS DATOS SUFREN VARIACIONES REGIONALES IMPORTANTES. LA EDAD MÁS IMPORTANTEMENTE AFECTADA ESTÁ ENTRE LOS 30 Y LOS 50 AÑOS EN EL SEXO MASCULINO.

EN UN ESTUDIO PRESENTADO EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA SE CALCULABA, EN 1974 (15), SEGÚN EL MÉTODO DE JELLINECK, QUE EL NÚMERO DE ALCOHÓLICOS EN MÉXICO ENTRE 1967 Y 1971 HABÍA VARIADO ENTRE UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL Y UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA MIL. ÉSTAS CIFRAS, OBTENIDAS SOBRE LA BASE DE LAS DEFUNCIONES POR CIRROSIS HEPÁTICA, HA VARIADO POCO EN LOS AÑOS SIGUIENTES, SE CALCULÓ PARA EL PERIODO 1972-1975, ENTRE 1'700,000 Y 1'500,000 ALCOHÓLICOS, EL AUMENTO OBTENIDO SE DEBE A LA MÍNIMA VARIACIÓN REGISTRADA EN LA TASA ANUAL DE DEFUNCIONES POR CIENTO MIL HABITANTES O SEA LA DE 20,5 EN PROMEDIO DE CINCO AÑOS Y HACE PENSAR EN UN SUBREGISTRO ORIGINADO EN UNA FALSA ANOTACIÓN DE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO EN LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN.

SE CALCULA QUE EL ALCOHOLISMO ES RESPONSABLE DE **160,000 HORAS QUINCENALES DE TRABAJO PERDIDAS** ENTRE LOS PACIENTES ASEGURADOS Y EL **12% DEL AUSENTISMO TOTAL** SE DEBE A LA INGESTIÓN EXAGERADA DEL ALCOHOL. ASÍ MISMO SE HA ESTIMADO QUE EN CERCA DEL **45%** DE LOS CASOS DE VIOLACIÓN REPORTADOS, EL VIOLADOR SE ENCONTRABA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL. EL **15%** DE LOS CASOS DE NIÑOS MALTRATADOS, EL PADRE GOLPEADOR ERA BEBEDOR EXCESIVO. SE CALCULA QUE, DE LOS ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS GRAVES, EL **88%** SE DEBE AL CONDUCTOR, MIENTRAS QUE SOLAMENTE EL **5%** A FALLAS MECÁNICAS, **7%** A CAUSAS QUE NO PROVIENEN DEL MANEJADOR NI DEL VEHÍCULO. ES EL CONSENSO GENERAL CALCULAR QUE DE ESE **88%**, LA MITAD SE DEBE DIRECTAMENTE AL ESTADO DE ALCOHOLISMO DEL CONDUCTOR (GAMIOCHIPÍ). (2)

LA TASA DE MORTALIDAD EN ALCOHÓLICOS ES 2.5 VECES MAYOR QUE LA TASA NORMAL; LAS MUERTES POR ACCIDENTES SON 7 VECES MÁS ALTA QUE EN LA POBLACIÓN GENERAL. TAMBIÉN LAS TASAS DE MORBILIDAD ENTRE LOS ALCOHÓLICOS SON MUY ALTAS; EN LOS HOSPITALES GENERALES SE IDENTIFICAN (9)...

...(9)

DEL 13% AL 19% DE PACIENTES CON PROBLEMA DE ALCOHOLISMO (7).

LOS ESPECIALISTAS OPINAN QUE UNA TASA CONSTANTE DE ALCOHOLISMO, CON UN INCREMENTO DEL NÚMERO SOLAMENTE EN PROPORCIÓN AL DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, PROPORCIONA UNA ALTA INCIDENCIA ANUAL DE NUEVOS CASOS. EL PROCESO EN QUE UNA PERSONA SE CONVIERTE EN ALCOHÓLICO DURA GENERALMENTE VARIOS AÑOS, PUESTO QUE EN MUCHOS CASOS LA DOLENCIA NO LLEGA A LA MUERTE, DEBE HABER UNA POBLACIÓN DE VARIOS MILES DE "PREALCOHÓLICOS", ES DECIR, DE PERSONAS QUE SON GRANDES BEBEDORES O BEBEDORES HABITUALES DE ALCOHOLES DE ALTA GRADUACIÓN, QUE AÚN NO SE IDENTIFICAN COMO PACIENTES, Y QUE NO SE CAPTAN, ESTADÍSTICAMENTE, POR MEDIO DE LA VALORACIÓN DE LA CAUSA DE MUERTE.

POR ESTOS DATOS RECOPIADOS DE LAS INCOMPLETAS ESTADÍSTICAS NACIONALES Y POR LOS QUE LA EXPERIENCIA DÁ CON RESPECTO A LA CANTIDAD DE PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN EL H.R. "20 DE NOVIEMBRE", CON PROBLEMAS EN LA INGESTIÓN DE ALCOHOL, SE PUEDE CONSIDERAR AL ALCOHOLISMO COMO UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO. EN MUCHOS OTROS PAÍSES EL PROBLEMA ES SEMEJANTE, POR LO QUE SU ESTUDIO Y ANÁLISIS ES DE INTERÉS MUNDIAL.

(10)...

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿EN EL PACIENTE ALCOHÓLICO SE ENMASCARA UN TRASTORNO AFECTIVO QUE IMPIDE UN TRATAMIENTO ADECUADO DE SU PATOLOGÍA FUNDAMENTAL?

HIPOTESIS.

H.1. EN COMPARACIÓN CON EL PACIENTE NO ALCOHÓLICO (HOSPITALIZADO) EL PACIENTE ALCOHÓLICO (HOSPITALIZADO) PRESENTA DE MANERA MÁS FRECUENTE UN TRASTORNO DEPRESIVO.

H.2. EL PACIENTE DEPRIMIDO CON ALCOHOLISMO NO RECIBE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO.

OBJETIVOS.

1. DEMOSTRAR QUE LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS TIENEN MÁS FRECUENTE MENTE, QUE OTROS GRUPOS DE ENFERMOS, UN TRASTORNO DEPRESIVO.

2. DEMOSTRAR QUE ESE TRASTORNO AFECTIVO NO SE IDENTIFICA.

3. DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE ALCOHÓLICO DEPRIMIDO NO RECIBE TRATAMIENTO PARA SU TRASTORNO AFECTIVO.

METODOLOGIA.**DISEÑO.**

SE TRATA DE UNA INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL, PUES NO SE MODIFICARÁ INTENCIONALMENTE LA VARIABLE, COMPARATIVA Y TRANSVERSAL.

UNIVERSO Y UNIDADES DE OBSERVACION.

SE UTILIZARON PARA EL ESTUDIO LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H.R. "20 DE NOVIEMBRE", SITO: EN AV. FÉLIX CUEVAS ESQUINA CON AV. COYOACÁN DE ESTA CIUDAD.

SE UTILIZARON COMO ELEMENTOS EN LA CAPTACIÓN DE DATOS, EL TEST DE W. K. ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESIÓN, QUE TIENE ENTRE SUS CARACTERÍSTICAS EL SER AUTOAPLICABLE, MEDIR CUANTITATIVAMENTE LA DEPRESIÓN, Y QUE, DEBIDO A SU AMPLIA DIFUSIÓN HA RECIBIDO EL INTERÉS DE LOS INVESTIGADORES QUIENES LO CONSIDERAN ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE ESE TRASTORNO AFECTIVO. Y EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD (M.M.P.I.) EN SU ESCALA DE DEPRESIÓN, QUE ES UN INSTRUMENTO CONOCIDO AMPLIAMENTE, Y QUE MEDIANTE UNA SERIE DE PREGUNTAS PERMITE ORIENTARNOS EN LA EVALUACIÓN DE LA VERACIDAD DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE.

SE UTILIZARON LOS CRITERIOS DEL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN SU TERCERA EDICIÓN (D.S.M.-III), PARA LA DETERMINACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL, CON SU CORRESPONDIENTE SUBCLASIFICACIÓN CON RESPECTO AL CURSO (1. CONTÍNUO, 2. EPISÓDICO, 3. REMISIÓN, 0. SIN ESPECIFICAR), Y TAMBIÉN PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO, TANTO EL DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SU SUBCLASIFICACIÓN PARA EL QUINTO DÍGITO Y EL DE OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECÍFICOS, COMO EL TRASTORNO DISTÍMICO Y LA DEPRESIÓN ATÍPICA. SE CONSIDERÓ UN DIAGNÓSTICO MÁS, QUE FUE EL DE TRASTORNO ADAPTATIVO AFECTIVO Y UN RUBRO PARA LOS PACIENTES QUE NO PRESENTABAN UN PROBLEMA AFECTIVO.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

SE ADJUNTA UNA HOJA MODELO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS (FICHA DE IDENTIFICACIÓN, FECHA DE INICIO DE LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ETC.), EN DONDE ADEMÁS SE ANOTARON LAS PREGUNTAS DEL M.M.P.I. SOBRE DEPRESIÓN Y CONFIABILIDAD (DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE, ESCALAS L. K. Y F.).

TAMBIÉN SE ADJUNTA UNA COPIA DE LA HOJA DE PREGUNTAS DE LA PRUEBA

DE ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESIÓN Y DE LOS CRITERIOS DEL D.S.M.-III PARA LOS DIFERENTES TRASTORNOS.

AMBAS PRUEBAS (ZUNG Y M.M.P.I.) ARROJARON PUNTAJES SOBRE LA INTENSIDAD DE LOS CUADROS DEPRESIVOS SEGÚN SE RESOLVIERON LAS PREGUNTAS. PARA EL M.M.P.I. LAS ESCALAS QUE SE MIDIERON FUERON: L., VERDAD O MENTIRA; F., VALIDEZ; K., CORRECCIÓN DE ESCALAS; D., DEPRESIÓN (ESCALA NÚMERO 2). LAS PREGUNTAS SOLAMENTE PUDIERON RESOLVERSE AFIRMATIVA O NEGATIVAMENTE, EXISTEN UNA SERIE DE PREGUNTAS QUE CARACTERIZAN CADA ESCALA Y RECIBEN UN PUNTAJE ESPECÍFICO QUE LE DA CALIFICACIÓN A CADA UNA. (16)

LA ESCALA DE ZUNG PARA MEDIR LA DEPRESIÓN COMPRENDE UNA LISTA DE 20 DECLARACIONES. CADA DECLARACIÓN SE REFIERE A UNA CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA Y COMÚN DE LA DEPRESIÓN. A UN LADO DE LAS DECLARACIONES APARECEN CUATRO COLUMNAS CUYOS ENCABEZADOS DICEN: MUY POCAS VECES; ALGUNAS VECES; LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO; CONTINUAMENTE. EL PACIENTE DEBIÓ MARCAR EN EL ESPACIO QUE CONSIDERÓ ADECUADO EN SU CASO. CADA MARCA RECIBE UNA CALIFICACIÓN PRESTABLECIDA, CON UN ÍNDICE BASADO EN CIEN, DE TAL MANERA QUE A MAYOR CALIFICACIÓN MAYOR DEPRESIÓN Y VICEVERSA. PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE ZUNG SE ANEXA LA TABLA QUE HACE REFERENCIA A LOS VALORES O ÍNDICES PROMEDIO DE DIFERENTES CATEGORÍAS DE DEPRESIÓN, QUE FUERON, EN VARIOS ESTUDIOS (17,18), COMPARADOS CON LOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS POR SEPARADO MEDIANTE LA CLÍNICA O CON ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE NORMA:

DIAGNÓSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACIÓN.	ÍNDICE A.M.D. PROMEDIO.	MEDIDA (p95%)
CONTROLES NORMALES.	33	25-43
DEPRIMIDOS (HOSPITALIZADOS)	74	63-90
DEPRIMIDOS (AMBULATORIOS)	64	50-78
REACCIONES DE ANSIEDAD	53	40-68

EN EL CASO DEL M.M.P.I., SE UTILIZARON LOS VALORES ESTABLECIDOS POR DAVID LACHAR (19), QUE ENCONTRÓ PARA LA ESCALA DOS, LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EN PUNTUACIÓN NATURAL:

PARA HOMBRES ENTRE 8 Y 14 PUNTOS, Y MUJERES ENTRE 8 Y 16 PUNTOS, "SON PERSONAS ENTUSIASTAS, OPTIMISTAS, ACTIVAS Y SOCIABLES; QUE NO PRESENTAN INHIBICIONES QUE LES OCASIONEN HOSTILIDAD HACIA LOS DEMÁS". DE 15 A 20 PUNTOS EN HOMBRES Y DE 17 A 24 EN MUJERES, "DENTRO DE ESTE GRUPO SE OBSERVAN PERSONAS CON PERSPECTIVAS DE LA VIDA DENTRO DE UN EQUILIBRIO DE OPTIMISMO Y PESIMISMO, SE CARACTERIZAN TAMBIÉN POR MUCHA ENERGÍA Y ENTUSIASMO". DE 21 A 24 EN HOMBRES Y DE 25 A 29 EN MUJERES, "EN ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PERSONAS DEPRESIVAS, PREOCUPADAS Y PESIMISTAS, LO QUE PUEDE RESULTAR DE SITUACIONES TEMPORALES QUE LES PREOCUPAN; ESTA ELEVACIÓN REFLEJA CARACTERÍSTICAS MÁS ESTABLES Y DURADERAS". DE 25 A 29 EN HOMBRES Y DE 30 A 35 EN MUJERES, "ESTE GRUPO ESTÁ FORMADO POR PACIENTES CON NIVELES DE DEPRESIÓN CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS POR SU IMPORTANCIA, SE PREOCUPAN POR MINUCIOSIDADES, SI EN ESTE NIVEL, O POR ARRIBA DE ÉL, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE DEPRESIÓN, DEBE EVALUARSE AL PACIENTE EN BÚSQUEDA DE RASGOS SUICIDAS". EN PUNTUACIONES POR ARRIBA DE 30 EN HOMBRES Y DE 36 EN MUJERES, "SE ENCUENTRAN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEVERA, PREOCUPACIÓN EXTREMA Y PESIMISMO. SE CARACTERIZAN POR CONDUCTA INDECISA Y AISLAMIENTO, ANOREXIA E INSOMNIO. SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN Y DEPRESIÓN CON RASGOS DELIRANTES, CUADROS DE APATÍA EXTREMA Y REACCIONES PSICOMOTORAS LENTAS".

CON LA ESCALA DE ZUNG, LOS VALORES PARA CATALOGAR LAS RESPUESTAS DENTRO DE UN CUADRO DEPRESIVO, SE ESTABLECIERON EN CINCUENTA PUNTOS. PARA EL M.M.P.I., DE 21 PUNTOS PARA HOMBRES Y 25 PARA LAS MUJERES.

DEFINICION DE LA CONFORMACION DE GRUPOS.

SE FORMARON DOS GRUPOS PARA COMPARACIÓN.

1. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA QUE TENÍAN EN SU HOJA DE PROBLEMAS LA INGESTA EXCESIVA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DATO QUE SE CORROBORÓ MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL D.S.M.-III, PARA LOS DIAGNÓSTICOS ANTES CITADOS. DE CUALQUIER EDAD Y SEXO.

2. EL SEGUNDO GRUPO SE CONFORMÓ DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA MISMA UNIDAD Y EN EL MISMO LAPSO, QUE NO TUVIERAN COMO PROBLEMA DE SALUD EL ABUSO DEL ALCOHOL.

SE EXCLUYERON DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO A LOS PACIENTES QUE:

1. TUVIERAN UN PADECIMIENTO QUE ALTERARA SU ESTADO DE CONSCIENCIA (COMA, DELIRIUM, OTROS), Y QUE LES IMPIDIERE RESPONDER A LAS PREGUNTAS DE LAS PRUEBAS.

2. PRESENTASEN MUTILACIONES CORPORALES RECIENTES, POR LO MENOS DE SEIS MESES (TIEMPO DE ELABORACIÓN DE UN DUELO "NORMAL"), MUERTE DE FAMILIARES O PERSONAS CERCANAS AFECTIVAMENTE, QUE REPRESENTARAN UNA PÉRDIDA OBJETAL.

3. EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO SUFRIERAN DE DOLOR PROVOCADO POR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TUVIERAN EL PRONÓSTICO INMINENTE DE UN DESENLACE FATAL.

SE ENTREVISTÓ A LOS PACIENTES EN SU CAMA DE INTERNAMIENTO, DÁNDOLES A RESOLVER LOS CUESTIONARIOS O EN SU DEFECTO LEYÉNDOLES LAS PREGUNTAS SI TENÍAN IMPEDIMENTOS PARA HACERLO (POSICIÓN, ANALFABETISMO, AUSENCIA DE GAFAS, ETC.). EL TOTAL DE PACIENTES PARA EL PRIMER GRUPO FUE DE 30 PERSONAS CON EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL, DETERMINADO POR UN PATRÓN PATOLÓGICO DEL USO DEL ALCOHOL Y UN DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORA O SOCIAL DEBIDO AL USO DEL MISMO. PARA EL GRUPO CONTROL SE ENTREVISTARON 39 PACIENTES EN TOTAL.

ANALISIS.

SE APAREARON A LOS GRUPOS DE PACIENTES POR EDADES, DIVIDIDOS EN LUSTROS PARA EFECTUAR LA COMPARACIÓN EN LOS TRES PARÁMETROS UTILIZADOS M.M.P.I., ZUNG, Y CRITERIOS DEL D.S.M.-III. SE APLICÓ T DE STUDENT Y χ^2 CUADRADA COMO MÉTODO ESTADÍSTICO. (20)

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.
FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE.- _____
EDAD.- _____
SEXO.- _____
ESTADO CIVIL.- _____
OCUPACIÓN.- _____
ESCOLARIDAD.- _____
LUGAR DE ORIGEN.- _____
RESIDENCIA.- _____
RELIGIÓN.- _____
FECHA DE INGRESO.- _____
FECHA DE ESTUDIO.- _____

DIAGNOSTICOS O PROBLEMAS AL INGRESO:

1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____
5.- _____

DIAGNOSTICO DE DEPRESION.- SI () NO ()
DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO.- SI () NO ()

OBSERVACIONES.-

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION (D.S.M. III).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

A.- ESTADO DE ANIMO DISFÓRICO: SÍNTOMAS COMO DEPRESIÓN, TRISTEZA, MELANCOLÍA, DESESPERANZA, () FALTA DE INICIATIVA, () IRRITABILIDAD, () PÉRDIDA DE INTERÉS O PLACER EN TODAS O EN CASI TODAS LAS ACTIVIDADES O PASATIEMPOS HABITUALES, ()

B.- CUATRO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, CASI DIARIAMENTE, DURANTE DOS SEMANAS COMO MÍNIMO.

1) POCO APETITO O PÉRDIDA DE PESO SIGNIFICATIVO-SIN ESTAR A DIETA, () AUMENTO DEL APETITO CON AUMENTO SIGNIFICATIVO DE PESO, ()

2) INSOMNIO () O HIPERSOMNIA ()

3) AGITACIÓN () O ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR () NO BASTAN LOS SENTIMIENTOS SUBJETIVOS DE INQUIETUD O DE ESTAR ENLENTECIDO,

4) PÉRDIDA DE INTERÉS O PLACER EN LAS ACTIVIDADES HABITUALES, ()

DISMINUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN SEXUAL, ()

5) PÉRDIDA DE ENERGÍA, FATIGA, ()

6) SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD, AUTOREPROCHE O DE CULPA EXCESIVA O INAPROPIADA, PUEDE SER DELIRANTE, ()

7) QUEJAS O PRUEBAS DE DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN O PENSAMIENTO, TALES COMO ENLENTECIMIENTO DEL PENSAMIENTO O INDECISIÓN NO ACOMPAÑADA DE INCOHERENCIA O PÉRDIDA NOTABLE DE LA CAPACIDAD ASOCIATIVA, ()

8) PENSAMIENTOS REPETITIVOS DE MUERTE, IDEACIÓN SUICIDA, DESEOS DE ESTAR MUERTO O INTENTOS DE SUICIDIO, ()

C.- CUANDO EL CUADRO AFECTIVO NO ESTA PRESENTE NO DEBE HABER,

1) IDEAS DELIRANTES O ALUCINACIONES INCONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO, ()

2) CONDUCTA EXTRAÑA, ()

D.- NO HAY UN TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO O PARANOIDE, ()

F.- NO SE DEBE A OTRO TRASTORNO MENTAL O A DUELO NO COMPLICADO, ()

CLASIFICACION DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

1) EN REMISIÓN, LIBRE DE SÍNTOMAS, O NO SE CUMPLE ACTUALMENTE CON LOS CRITERIOS QUE ESTUVIERON EN EL PASADO, ()

2) CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS, GRAN DETERIORO, IDEAS DELIRANTES, ALUCINACIONES O ESTUPOR DEPRESIVO, ()

3) CON MELANCOLÍA.

A.- PÉRDIDA DE PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS ACTIVIDADES. ()

B.- FALTA DE REACTIVIDAD A LOS ESTÍMULOS PLACENTEROS. ()

C.- TRES DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS COMO MÍNIMO.

SENTIMIENTOS SEMEJANTES A LOS QUE SE EXPERIMENTAN DESPUÉS DE LA MUERTE O DE UNA PÉRDIDA DE UNA RELACIÓN AMOROSA. ()

LA DEPRESIÓN SUELE SER MÁS INTENSA POR LA MAÑANA. ()

DESPERTAR TEMPRANO POR LA MAÑANA, DOS HORAS ANTES. ()

NOTABLE ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ. ()

ANOREXIA SIGNIFICATIVA O PÉRDIDA DE PESO. ()

SENTIMIENTOS DE CULPA INAPROPIADOS Y EXCESIVOS. ()

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO.

A.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS SIN CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR POR LO MENOS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS. ()

B.- LAS MANIFESTACIONES PUEDEN SER RELATIVAMENTE PERSISTENTES, ESTAR SEPARADAS POR PERIODOS NORMALES, PERO NO DURAN MÁS DE UNOS MESES. ()

C.- ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO O PÉRDIDA DE INTERÉS EN SUS ACTIVIDADES. ()

D.- EN LOS PERIODOS DEPRESIVOS POR LO MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS.

1) INSOMNIO O HIPERSOMNIA. ()

2) CANSANCIO CRÓNICO. ()

3) SENTIMIENTOS DE INCAPACIDAD, PÉRDIDA DE AUTOESTIMA, AUTOLAMENTACIONES O DESAPROBACIÓN. ()

4) DISMINUCIÓN DE LA EFECTIVIDAD O PRODUCTIVIDAD EN LA ESCUELA, TRABAJO O EN LA CASA. ()

5) DISMINUCIÓN DE LA ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN O CAPACIDAD PARA PENSAR CON CLARIDAD. ()

6) RETRAIMIENTO SOCIAL. ()

7) PÉRDIDA DE INTERÉS O DE DISFRUTE DE LAS ACTIVIDADES PLACENTERAS()

8) IRRITABILIDAD O CÓLERA EXCESIVA. ()

9) INCAPACIDAD PARA RESPONDER CON PLACER A LOS ELOGIOS O REFUERZOS()

10) MENOS ACTIVO O HABLADOR DE LO HABITUAL, O SENSACIÓN DE LENTITUD O INQUIETUD. ()

IV.

11) ACTITUD PESIMISTA HACIA EL FUTURO, RUMIACIÓN NEGATIVA DE ACONTECIMIENTOS PASADOS, O SENTIMIENTOS DE LÁSTIMA HACIA UNO MISMO. ()

12) LLANTO O SOLLOZO. ()

13) PENSAMIENTO REPETITIVO DE MUERTE O SUICIDIO. ()

E.- AUSENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS, IDEAS DELIRANTES, ALUCINACIONES, ETC. ()

F.- SI EL TRASTORNO ESTA SOBRE AÑADIDO A UN TRASTORNO MENTAL PREEXISTENTE (TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL), EL ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO PUEDE DIFERENCIARSE CON CLARIDAD DEL ESTADO HABITUAL DEL SUJETO. ()

CUESTIONARIO SOBRE ALCOHOLISMO.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ABUSO DEL ALCOHOL.

A.- PATRÓN PATOLÓGICO DE USO DEL ALCOHOL.

1) NECESIDAD DIARIA DE ALCOHOL PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ADECUADA. ()

2) INCAPACIDAD PARA DISMINUIR O DETENER EL CONSUMO DE ALCOHOL. ()

3) REPETIDOS ESFUERZOS PARA CONTROLAR O REDUCIR EL EXCESO DE BEBIDA (PERIODOS DE ABSTINENCIA TEMPORAL) O RESTRICCIÓN DE LA BEBIDA DURANTE DETERMINADAS HORAS DEL DÍA. ()

4) EMBRIAGUEZ, PERMANECIENDO INTOXICADO A LO LARGO DE TODO EL DÍA COMO MÍNIMO DOS DÍAS. ()

5) CONSUMO OCASIONAL DE LICORES O FERMENTADOS PARA ANIMARSE. ()

6) PERIODOS DE AMNESIA PARA LOS ACONTECIMIENTOS QUE OCURREN DURANTE LA INTOXICACIÓN. ()

7) CONTINUAR CON EL CONSUMO DEL ALCOHOL A PESAR QUE EL SUJETO SABE QUE LOS GRAVES TRASTORNOS FÍSICOS QUE PADECE SE EXACERBAN CON LA INGESTA. ()

B.- DETERIORO DE LA ACTIVIDAD LABORAL O SOCIAL DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL.

1) ACTOS VIOLENTOS DURANTE LA INTOXICACIÓN. ()

2) FALTAS AL TRABAJO. ()

3) PÉRDIDA DE EMPLEO. ()

4) PROBLEMAS LEGALES, ARRESTOS POR INTOXICACIÓN, ACCIDENTES DE TRÁNSITO, ETC. ()

5) DISCUSIONES O DIFICULTADES CON FAMILIARES O AMIGOS DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL. ()

C.- DURACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE UN MES COMO MÍNIMO. ()

1) EDAD DE INICIO _____

2) AÑOS DE INGERIR ALCOHOL _____

3) FECHA DE LA ÚLTIMA INGESTA _____

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

A.- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL POSITIVOS. ()

B.- CUALQUIERA DE LAS DOS SIGUIENTES MANIFESTACIONES.

1) TOLERANCIA: A.- NECESIDAD DE AUMENTAR LA CANTIDAD DE ALCOHOL PARA CONSEGUIR EL EFECTO DESEADO. ()

B.- DISMINUCIÓN NOTABLE DEL EFECTO UTILIZANDO EN FORMA REGULAR LA MISMA CANTIDAD DE ALCOHOL. ()

2) ABSTINENCIA: A.- ABANDONO O REDUCCIÓN DEL HÁBITO PROLONGADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (ALGUNOS DÍAS O MÁS), AL QUE SIGUEN, TEMBLOR GRUESO DE MANOS (); DE LENGUA (); DE PÁRPADOS () Y UNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS, NAUSEA Y VÓMITO (); MALESTAR Y CANSANCIO (); ANSIEDAD IRRITABILIDAD O DEPRESIÓN (); HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA (); HIPERACTIVIDAD AUTONÓMICA, TAQUICARDIA, SUDORACIÓN, ELEVACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL ().

B.- TODO ELLO NO ES DEBIDO A OTRO TRASTORNO MENTAL. ()

NOTA: NO SE APLICARÁ EL CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO ANÍMICO A LAS PERSONAS QUE PRESENTEN UN CUADRO DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL, DEBIDO A LAS IMPLICACIONES FARMACOLÓGICAS DE LA SUSTANCIA SOBRE LOS AFECTOS.

OTROS TRASTORNOS QUE SE CONSIDERAN PARA EL DIAGNOSTICO DE ABUSO DE ALCOHOL.

A.- **DELIRIUM** POR ABSTINENCIA ALCOHÓLICA. ()

B.- **ALUCINOSIS** POR ABSTINENCIA ALCOHÓLICA. ()

C.- **AMNESIA** POR ABSTINENCIA ALCOHÓLICA. ()

NOTA: LA PRESENCIA DEL CUADRO CLÍNICO EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA, ASÍ COMO EL DIAGNÓSTICO DE **SÍNDROME DEMENCIAL**, EXCLUYEN AL PACIENTE DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO ANÍMICO.

VI.

SUBCLASIFICACION DEL CURSO DEL TRASTORNO POR ABUSO DEL ALCOHOL.
CURSO: CONTINUO, USO DESADAPTATIVO MÁS O MENOS REGULAR DURANTE SEIS MESES. ()

EPISÓDICO, UN CLARO PERIODO CIRCUNSCRITO DE USO, CON PERIODOS SIMILARES EN EL PASADO. ()

EN REMISIÓN, SE TOMA EN CUENTA EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA ALTERACIÓN. ()

SIN ESPECIFICAR, DESCONOCIDO O EN SU INICIO. ()

OBSERVACIONES.

NOTA: LOS FORMATOS PARA EL M.M.P.I. Y LA ESCALA DE ZUNG PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN, SE UTILIZARON EN SUS FORMAS ORIGINALES, POR LO QUE NO SE CONSIDERÓ NECESARIO ANEXAR UNA COPIA DE LOS MISMOS.

RESULTADOS.

EN EL GRUPO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS, LAS EDADES FLUCTUARON ENTRE 22 Y 70 AÑOS; 26 DE ELLOS FUERON HOMBRES Y CUATRO MUJERES. EN EL GRUPO DE PACIENTES NO ALCOHÓLICOS LAS EDADES VARIARON ENTRE 17 Y 73 AÑOS CON 26 HOMBRES Y 13 MUJERES.

GRUPOS POR EDADES.	NO ALCOHÓLICOS.	ALCOHÓLICOS.
MENOS DE 20 AÑOS	3	CERO.
DE 21 A 25 AÑOS.	3 . . . . .	.2.
DE 26 A 30 AÑOS.	3 . . . . .	.6.
DE 31 A 35 AÑOS.	3 . . . . .	.3.
DE 36 A 40 AÑOS.	2 . . . . .	.3.
DE 41 A 45 AÑOS.	3 . . . . .	.6.
DE 46 A 50 AÑOS.	4 . . . . .	.3.
DE 51 A 55 AÑOS.	6 . . . . .	.2.
DE 56 A 60 AÑOS.	5 . . . . .	.3.
DE 61 A 65 AÑOS.	4 . . . . .	.1.
DE 66 A 70 AÑOS.	2 . . . . .	.1.
DE 71 A 75 AÑOS.	1	CERO.

AGRUPANDO A LOS PACIENTES POR LUSTROS DE INGESTA ALCOHÓLICA, SE DISTRIBUYERON DE LA SIGUIENTE FORMA:

MENOS DE UN AÑO.	1.
DE 1 A 5 AÑOS.	4.
DE 6 A 10 AÑOS	6.
DE 11 A 15 AÑOS.	2.
DE 16 A 20 AÑOS.	4.
DE 21 A 25 AÑOS.	2.
DE MÁS DE 25 AÑOS.	11.

CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL D.S.M.-III, MOSTRARON LOS PORCENTAJES SIGUIENTES PARA CADA ENTIDAD:

DIAGNÓSTICO:	NO ALCOHÓLICOS	ALCOHÓLICOS
SIN TRASTORNO AFECTIVO.	35.8%	26.6%
TRAST. ADAPTATIVO AFECTIVO.	35.8%	40.0%
TRAST. DEPRESIVO ATÍPICO.	10.2%	6.6%
TRAST. DISTÍMICO.	7.6%	20.0%
EPISÓDIO DEPRESIVO MAYOR.	10.6%	6.6%

POR MEDIO DE ESTE MÉTODO DIAGNÓSTICO, NO HUBO DIFERENCIA ENTRE LOS GRUPOS Y LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN, TOMÁNDOSE EN CUENTA LOS ÚLTIMOS TRES DE ELLOS, COMO PARTE DE LA ENTIDAD PATOLÓGICA ESTUDIADA.

CON EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD SE DETERMINARON 16 PACIENTES VARONES Y CUATRO MUJERES CON VALORES POR ARRIBA DEL PUNTAJE NATURAL PARA DATOS DE DEPRESIÓN CLÍNICA EN EL GRUPO DE ALCOHOLISMO; Y EN EL GRUPO DE NO ALCOHÓLICOS A 15 HOMBRES Y 7 MUJERES. LA COMPARACIÓN DE GRUPOS CON UNA PRUEBA T DE STUDENT MOSTRÓ:

ALCOHÓLICOS.- $n=30$; $\bar{x}=20.77 \pm 9.17 (M \pm D E)$,

NO ALCOHÓLICOS.- $n=39$; $\bar{x}=23.82 \pm 7.91 (M \pm D E)$.

T DE TABLAS AL 95% = 1.9975; T CALCULADA = 1.4805.

PLANTEADO DESDE LA HIPÓTESIS NULA DE LA SIMILITUD DE LAS MUESTRAS, H_0 , ES CORRECTA, LAS POBLACIONES SON SIMILARES, OTROS MÉTODOS ESTADÍSTICOS CORROBORARON LA SIMILITUD DE LOS GRUPOS.

CON LA PRUEBA DE EVALUACIÓN DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN, EN EL GRUPO DE ALCOHÓLICOS 7 HOMBRES Y 2 MUJERES, MOSTRARON VALORES POR ARRIBA DE 50 PUNTOS; EN EL GRUPO DE NO ALCOHÓLICOS 8 HOMBRES Y CUATRO MUJERES. LA COMPARACIÓN DE GRUPOS CON LA PRUEBA T DE STUDENT MOSTRÓ:

ALCOHÓLICOS.- $n=30$; $\bar{x}=43.9 \pm 10.25 (M \pm D E)$,

NO ALCOHÓLICOS.- $n=39$; $\bar{x}=43.6 \pm 11.37 (M \pm D E)$,

T DE TABLAS AL 95% = 1.999; T CALCULADA = 0.1139.

AMBOS GRUPOS SON SEMEJANTES, NO SE RECHAZA H_0 , Y DE IGUAL MANERA CON OTROS MÉTODOS ESTADÍSTICOS LOS GRUPOS SE COMPORTAN DE MANERA SEMEJANTE.

EN LA SUBCLASIFICACIÓN DEL CURSO DE TRASTORNO DE ABUSO DE ALCOHOL, SE ENCONTRÓ:

CURSO CONTÍNUO,	17	PACIENTES,
CURSO EPISÓDICO	7	"
EN REMISIÓN	5	"
SIN ESPECIFICAR	1	"

SIETE PACIENTES ALCOHÓLICOS CON CURSO CONTÍNUO ESTABAN DEPRIMIDOS (MÁS DE 50 PUNTOS EN LA ESCALA DE ZUNG), Y OTROS DOS TENÍAN UN CURSO DISCONTÍNUO.

EN LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS DEPRIMIDOS SE ENCONTRÓ QUE TRES CURSABAN CON CINCO AÑOS DE INGESTA ALCOHÓLICA, UNO CON 17 AÑOS, UNO CON 20 AÑOS, UNO CON 24 AÑOS Y TRES CON MÁS DE 25.

DEL GRUPO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS CON DEPRESIÓN, 4 DE 9 ERAN MAYORES DE 50 AÑOS, EN EL GRUPO CONTROL CON DEPRESIÓN, 7 DE 12 ERAN MAYORES DE 50 AÑOS.

EN EL GRUPO DE ALCOHÓLICOS DEPRIMIDOS 5 PACIENTES NO CONOCÍAN SU DIAGNÓSTICO, PARA EL GRUPO DE NO ALCOHÓLICOS, 8 TAMPOCO LO CONOCÍAN.

DEL TOTAL DE 69 PACIENTES ENTREVISTADOS, 21 DE ELLOS (30%) MOSTRARON VALORES QUE LOS IDENTIFICABAN COMO DEPRIMIDOS EN LA ESCALA DE ZUNG; 42 PACIENTES (60%) FUERON POSITIVOS PARA LA PRUEBA M.M.P.I, Y CON LOS CRITERIOS DEL D.S.M.-III 20 PACIENTES (28.5%) TUVIERON UN TRASTORNO AFECTIVO DEPRESIVO, IDENTIFICABLE POR LA CLÍNICA.

EN EL GRUPO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS DOS DE LOS 9 PACIENTES QUE TUVIERON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA ESCALA DE ZUNG, FUERON IDENTIFICADOS POR SUS MÉDICOS TRATANTES COMO PORTADORES DE UN TRASTORNO AFECTIVO; Y EN EL GRUPO DE PACIENTES NO ALCOHÓLICOS SOLAMENTE FUERON DETECTADOS 3 DE 12. DE LA MUESTRA TOTAL SOLAMENTE SE DIAGNOSTICÓ EL 23% (5 PACIENTES), QUE PRESENTARON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y NINGUNO DE LOS ENFERMOS RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA EL EFECTO.

DISCUSION.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRESENTE TRABAJO MUESTRAN QUE, AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO, LOS ALCOHÓLICOS HOSPITALIZADOS Y LOS NO ALCOHÓLICOS HOSPITALIZADOS, PRESENTARON UN ÍNDICE DE DEPRESIÓN SEMEJANTE, MEDIDO POR LOS TRES MÉTODOS PROPUESTOS. EL MÉTODO CLÍNICO Y LA ESCALA DE ZUNG, MOSTRARON UN PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS SEMEJANTE; EL M.M.P.I., APARENTEMENTE, RESULTÓ MÁS SENSIBLE PUEÉS DETECTÓ UN NÚMERO MAYOR DE PACIENTES DEPRIMIDOS.

AUNQUE ESTADÍSTICAMENTE NO SE OBSERVÓ UNA DIFERENCIA, LAS MUJERES DEL GRUPO DE ALCOHÓLICOS, MOSTRARON UNA TENDENCIA A PRESENTAR DEPRESIÓN (4 PACIENTES DE 4 CON M.M.P.I. POSITIVO), EN LOS HOMBRES NO HUBO DIFERENCIA, TRES DE LAS 4 MUJERES QUE TENÍAN PROBLEMA DE ALCOHOLISMO ESTABAN SEPARADAS O DIVORCIADAS, DATO QUE NOS ORIENTA A PENSAR EN LA POCA ACEPTACIÓN SOCIAL QUE TIENE LA MUJER ALCOHÓLICA O QUE LA DISOLUCIÓN DEL MATRIMONIO SEA EL ORIGEN DE LA INGESTA INMODERADA.

EN EL GRUPO DE PACIENTES CON ABUSO DEL ALCOHOL, LA DEPRESIÓN NO MOSTRÓ UNA CORRELACIÓN CON EL TIPO DE ALCOHOLISMO O CON EL NÚMERO DE AÑOS DE INGESTIÓN ALCOHÓLICA, Y LA EDAD (MAYOR DE 50 AÑOS), TAMPOCO FUÉ UN FACTOR DETERMINANTE EN AMBOS GRUPOS.

HAY QUE TENER PRESENTE QUE SOBRE LOS PACIENTES QUE CONFORMARON LAS MUESTRAS DE ESTE ESTUDIO, LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA ENFERMEDAD Y LA HOSPITALIZACIÓN BIEN PODRÍAN HABER INFLUIDO MÁS, QUE OTROS FACTORES, PARA LA APARICIÓN DE UN TRASTORNO AFECTIVO. EL HECHO ES QUE LA PRIMERA HIPÓTESIS PLANTEADA SE RECHAZA, LOS GRUPOS SE COMPORTARON DE MANERA SEMEJANTE, Y NO FUÉ POSIBLE DEMOSTRAR QUE LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS TIENEN MÁS FRECUENTEMENTE QUE OTROS GRUPOS DE ENFERMOS UN TRASTORNO AFECTIVO DE TIPO DEPRESIVO.

ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE EL PORCENTAJE DE DEPRESIÓN, POR CUALQUIER MÉTODO DIAGNÓSTICO Y EN LAS DOS MUESTRAS, RESULTÓ SIGNIFICATIVAMENTE SUPERIOR AL DE LA POBLACIÓN EN GENERAL (13). APARENTEMENTE ENTONCES, SON OTRAS LAS CIRCUNSTANCIAS QUE PROVOCAN UN ESTADO DEPRESIVO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

"CUANDO UNA PERSONA EMPIEZA A TENER UN SÍNTOMA Y SE DA CUENTA DE QUE ESTA SENSACIÓN ES UNA DESVIACIÓN DE LO

... (19)

QUE CONSIDERA NORMAL O DE SU SENSACIÓN DE BIENESTAR, ESTÁ ENFERMO. CONFIESA QUE NO ES TAN AUTOSUFICIENTE COMO ANTES, Y PUEDE SENTIRSE AMENAZADO, DEPRIMIDO, ANSIOSO Y TEMEROSO". (21)

LA EXPERIENCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN Y LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO LA RESTRICCIÓN FÍSICA Y LA LIMITACIÓN QUE SOBRE LAS TAREAS HABITUALES SE TIENEN EN ESOS MOMENTOS, BIEN PODRÍAN REPRESENTAR UNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA PARA EL INDIVIDUO. LA TEORÍA PSICOANALÍTICA AL RESPECTO MENCIONA:

"LA FUNCIÓN BÁSICA DEL APARATO PSÍQUICO ES LA DE RESTAURAR LA ESTABILIDAD, UNA VEZ QUE ÉSTA HA SIDO PERTURBADA POR ESTÍMULOS EXTERNOS ... TODAS LAS VECES QUE EL OBJETIVO DE MANTENER UN (RELATIVO) EQUILIBRIO FRACASA, SE CREA UN ESTADO DE EMERGENCIA. LA INCIDENCIA DE UNA EXITACIÓN DEMASIADO INTENSA PARA UNA DETERMINADA UNIDAD DE TIEMPO, REPRESENTA EL CASO MÁS SIMPLE DE ESTA ÍNDOLE". (FENICHEL, ID.)

SIN EMBARGO NO TODOS LOS INDIVIDUOS RESPONDEN DE UNA MANERA SEMEJANTE Y EL TÉRMINO "DEMASIADO INTENSO" RESULTA RELATIVO. EL AUTOR ARRIBA CITADO, CONTINÚA DICIENDO QUE ESTA CAPACIDAD DEPENDE DE FACTORES CONSTITUCIONALES, ASÍ COMO DE EXPERIENCIAS PREVIAS DEL INDIVIDUO; QUE ADEMÁS, DEPENDE DE LA ECONOMÍA MENTAL DE LA PERSONA, PARA UN NIÑO, LA DESAPARICIÓN DE UNA PERSONA QUERIDA PUEDE CONSTITUIR UN TRAUMA. EN CAMBIO EN EL ADULTO SE ESTÁ MÁS EXPUESTO A LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS CUANDO SE HALLA CANSADO, EXAUSTO O ENFERMO.

FENICHEL ADEMÁS DESCRIBE LAS CARACTERÍSTICAS FENOMENOLÓGICAS QUE APARECEN EN LOS INDIVIDUOS QUE SUFREN DE UN TRAUMA; SE BLOQUEAN LAS FUNCIONES DEL YO, EL INTERÉS SEXUAL DISMINUYE, SE RETRAE PUES "LAS PERSONAS ENFERMAS, A CAUSA DE SUS ENFERMEDADES SE HACEN NARCISISTAS". PUEDE HABER ATAQUES EMOCIONALES COMO LLANTO, IRA, HIPERQUINECIA, PERTURBACIONES EN EL DORMIR Y COMPLICACIONES NEURÓTICAS, PUES ESTAS EXPERIENCIAS AUMENTAN LA ANSIEDAD, DESEQUILIBRAN LOS IMPULSOS Y REAVIVAN LOS TEMORES DE DAÑO QUE HABÍAN SIDO SUPERADOS.

ESTOS ESTADOS PUEDEN LLEVAR TAMBIÉN A UNA PÉRDIDA EN LA AUTOESTIMA O A UNA REGRESIÓN QUE IMPLICA, DE MANERA REAL, LA NECESIDAD DE DEPENDER...

(20)...

DENCIA DEL MÉDICO TRATANTE, DE LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN LAS ENFERMERAS, PARA PODER REALIZAR SUS NECESIDADES BÁSICAS COMO EL COMER, DORMIR, ETC. SI LA MOVILIDAD DE LA PERSONA ESTA RESTRINGIDA, SI LOS SUMINISTROS NO LE SON OTORGADOS ADECUADAMENTE, SI LA REGRESIÓN ES MUY INTENSA O SI LAS EXPERIENCIAS Y LA CONSTITUCIÓN DEL INDIVIDUO LO PERMITEN, LA EXPERIENCIA DE UNA ENFERMEDAD QUE AMERITA DE HOSPITALIZACIÓN, PUEDE SER LO SUFICIENTEMENTE DISRUPTIVA PARA INICIAR UN PROCESO DEPRESIVO.

OTRO FACTOR QUE REQUERIRÍA DE AMPLIA DISCUSIÓN Y DE UN ESTUDIO PROPOSITIVO SON LAS FANTASÍAS CONSCIENTES O NO, DE LA POSIBILIDAD DE MUERTE .

LOS OTROS DOS OBJETIVOS DEL TRABAJO, QUE SE EXTRAÍAN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS, AÚN CUANDO DEPENDÍAN DEL PRIMER PLANTEAMIENTO, OFRECIERON RESULTADOS QUE AMERITAN REFLECCIÓN. EN ELLOS SE OBSERVÓ QUE EL PACIENTE DEPRIMIDO NO ES IDENTIFICADO NI TRATADO, NO SOLAMENTE EL QUE PADECE DE UN TRASTORNO DE ABUSO DE ALCOHOL, SINO EL PACIENTE DEPRIMIDO EN GENERAL, SOLAMENTE 5 DE 21 PACIENTES (23%), QUE TENÍAN EL DIAGNÓSTICO SINTOMÁTICO DE DEPRESIÓN (POR ZUNG), FUERON IDENTIFICADOS COMO PORTADORES DE UN TRASTORNO AFECTIVO Y DE ÉSTOS, A NINGUNO SE LE ESTABLECIÓ TRATAMIENTO, CONFIÁNDOSELE LA TAREA AL PSIQUIÁTRA INTERCONSULTANTE.

SON LOS MÉDICOS GENERALES, FAMILIARES E INTERNISTAS, LOS PROFESIONALES QUE CON MAYOR FRECUENCIA TIENEN EL PRIMER CONTACTO CON EL ENFERMO, Y A PESAR DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN LOS QUE SE ACENTÚA LA INTEGRIDAD BIOPSIICOSOCIAL DEL SER HUMANO, MUY FRECUENTEMENTE SUBESTIMAN LOS ASPECTOS EMOCIONALES DE LOS PACIENTES Y SOSLAYAN PESQUISAS EN TORNO A ANTECEDENTES PSICOSOCIALES REMITIÉNDOLOS A VAGOS TÉRMINOS COMO "NERVIOSISMO O TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS".

ÉSTOS HECHOS SE DEBEN EN GRAN PARTE A LA DEFICIENTE FORMACIÓN EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DEL MÉDICO EN GENERAL, Y POR OTRO LADO, AL POCO APRECIO QUE SE HACE DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE, A LA FALTA DE EMPATÍA POR PARTE DEL MÉDICO Y PERSONAL EN GENERAL, QUE NACE DE LA DISOCIACIÓN DE LOS AFECTOS QUE SE EMPLEA PARA PODER TOLERAR EL DOLOR, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE DE LOS ENFERMOS, Y ACTUAR DE UNA MANERA EFECTIVA, Y DE LA ACTITUD ONNIPOTENTE Y REDENTORA QUE MUCHOS OTROS (21)...

...(21)

ADOPTAN POR PROBLEMAS DE ORDEN INTRAPERSONAL, DE TAL MANERA, NO ES RARO ENCONTRAR QUE A LOS PACIENTES SE LES ACUSE DE "FINGIR, DRAMATIZAR O NO COOPERAR", DESPUÉS DE VARIOS DÍAS O SEMANAS DE HOSPITALIZACIÓN, EN LOS QUE SE LES HA PRACTICADO VARIOS ESTUDIOS QUE REQUIEREN DE AYUNO, PUNCIONES, CUIDADO Y MANEJO DE EVACUACIONES; EN LOS QUE SE LES HA RESTRINGIDO LA VISITA A DETERMINADAS HORAS DEL DÍA Y MUCHOS OTROS FACTORES QUE IMPLICAN UN INTERNAMIENTO, Y QUE EL MÉDICO TRATANTE DEBERÍA DE TOMAR EN CONSIDERACIÓN PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE.

LA DEPRESIÓN, COMO YA DIJIMOS ANTERIORMENTE, ES UN TRASTORNO AFECTIVO QUE SE CARACTERIZA NO SOLAMENTE POR ALTERACIONES PSÍQUICAS, SINO POR ALTERACIONES SOMÁTICAS. SI LAS PRIMERAS NO SE IDENTIFICAN, EL CUADRO DEPRESIVO NO TRATADO PUEDE SER LA CAUSA DE LA FALTA DE REMISIÓN DE LAS QUEJAS SOMÁTICAS, QUE DESVÍAN EL TRATAMIENTO A OTRAS ÁREAS SIN ENFOCAR EL ORIGEN DE LA SINTOMATOLOGÍA.

COLOFON.

COMO SUELE SUCEDER, LA MAYORÍA DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN SOLAMENTE ACLARAN ALGUNAS DE LAS DUDAS QUE EL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y DE SUS FORMAS DE PRESENTARSE EN LAS PERSONAS, REQUIEREN. Y NOS COLOCAN ANTE UNA AMPLIA VARIEDAD DE TÓPICOS A DESARROLLAR EN NUEVAS INVESTIGACIONES, PROCESO QUE NUNCA TIENE FIN, COMO EL CONOCIMIENTO PARA EL SER HUMANO.

(22)...

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: INFORME DE LA REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE ALCOHOLISMO. SERIE DE INFORMES TÉCNICOS NÚM. 42, GINEBRA, 1953.
- 2.-VELASCO FERNÁNDEZ R: ALCOHOLISMO. MESA REDONDA; REV FAC MED, 19: 6-27; 1976.
- 3.-HUDOLIN V: ACUTE COMPLICATIONS OF ALCOHOLISM. ALCOHOL AND ALCOHOLISM, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION U. OF TORONTO PRESS, 1970.
- 4.-SCHUCKIT M A: ALCOHOL AND DEPRESSION. ADVANCES IN ALCOHOLISM, 1, 1980.
- 5.-SCHUCKIT M A: ALCOHOLISM AND AFFECTIVE DISORDER: DIAGNOSTIC CONFUSION. ALCOHOLISM AND DEPRESSION. SPECTRUM PRESS, NY, 1979.
- 6.-GIBSON S, BECKER J: ALCOHOLISM AND DEPRESSION. QUART J STUD ALC, 34: 400, 1973.
- 7.-BUSTAMANTE M E: EL ALCOHOLISMO, PROBLEMA SOCIAL. II ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, GAC MED MEX, 116: 240-252, 1980.
- 8.-KELLER M H, TAYLOR I C, MILLER W C: ARE ALL RECENTLY DETOXIFIED ALCOHOLICS DEPRESSED? AM J PSYCHIATRY, 136: 586, 1979.
- 9.-KLERMAN G L: VISIÓN GENERAL DE LA DEPRESIÓN. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, 3 ED, VOL 1, FREEDMAN H Y, SADOCK A H, KAPLAN EDITORES. BALTIMORE, WILLIAMS & WILKINS, 1980.
- 10.-FENICHEL O: TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS. ED PAIDOS, BUENOS AIRES, 1966.
- 11.-KOLB L C: PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA, 8 ED, PRENSA MÉDICA MEXICANA, MÉXICO, 1976.
- 12.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: SEGUNDO INFORME DEL SUBCOMITÉ DE ALCOHOLISMO, SERIE DE INFORMES TÉCNICOS NÚM. 48, GINEBRA, 1954.
- 13.-CALDERÓN N G: DEPRESIÓN, CAUSAS MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO, ED. TRILLAS, MÉXICO, 1984.
- 14.-DE LA FUENTE R, CAMPILLO C: ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE IN MÉXICO. ED ARF-BOOKS, TORONTO, 1978.
- 15.-BUSTAMANTE M E: EL ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS SOCIOMÉDICAS. V ASPECTO SOCIOECONÓMICO, GAC MED MEX, 107: 227, 1974.

...(23)

- 16.-NÚÑEZ R: APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD A LA PSICOPATOLOGÍA. 2 ED. ED EL MANUAL MODERNO, MÉXICO, 1979.
- 17.-ZUNG W W K: LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN. ARCH GEN PSYCHIATRY. 12: 63, 1965.
- 18.-ZUNG W W K, RICHARDS C B, SHORT M J: LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CLÍNICA DE PACIENTES EXTERNOS. ARCH GEN PSYCHIATRY. 13: 508, 1965.
- 19.-LACHAR D: MMPI: CLINICAL ASSESSMENT AND AUTOMATES INTERPRETATION. WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICE. LOS ANGELES, CALIF, 1974.
- 20.-KREYSZIG E: INTRODUCCIÓN A LA ESTADÍSTICA MATEMÁTICA. 1 ED. ED LIMUSA, MÉXICO, 1973.
- 21.-MARTIN J M: REACCIONES EMOCIONALES DEL PACIENTE ANTE SU ENFERMEDAD EN TRATADO DE PSIQUIATRÍA. 2 ED, VOL.II, KAPLAN H I, FREEDMAN A M, EDITORES, SALVAT, BARCELONA, 1982.
- X.-AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION: MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (D.S.M.-III). 3 ED, MASSON ED, BARCELONA, 1983.