

11226
2ej. 150.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria

EL SINDROME DEPRESIVO, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
POR EL MEDICO GENERAL EN LA CLINICA ECATEPEC DEL
ISSSTE, DEL 1o. DE AGOSTO DE 1985 AL 31 DE ENERO
DE 1986.

T E S I N A

Para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR

present a

DR. SERGIO PADILLA LUEVANO



México, D. F.

Abril 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.

I N D I C E

- 1.- ANTECEDENTES Y PROBLEMA**
- 2.- JUSTIFICACION**
- 3.- OBJETIVOS**
- 4.- PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION**
- 5.- RESULTADOS**
- 6.- ANALISIS Y CONCLUSIONES**
- 7.- BIBLIOGRAFIA.**

2.- ANTECEDENTES Y PROBLEMA.

2.1. Descripción del problema.

La depresión es un síndrome biopsicosocial que puede durar varios meses o años, caracterizando cuando menos por cuatro de los aspectos siguientes: hiporexia, perturbaciones del sueño, pérdida de energía, retardo o agitación física, pérdida de interés en las actividades habituales, reducción de la potencia sexual, auterreproches o culpas, perturbaciones en los procesos de pensamiento y que puede ser capaz de conducir a quienes la padecen a su propia autodestrucción. (1) (2) (3) (4)

El término depresión se remonta aproximadamente a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología (4) el cuadro patológico severo en la época grecoromana se describió con el nombre de melancolía. En el siglo IV A. de C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos, estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra. (5)

En México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badino y generalmente se le conoce como *Códice Badiano*, aunque su nombre original es *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*. (6) (7).

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (ce-mitalis morbus), indican un alto grado de adelanto de la medicina azteca.

"El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, obviamente a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a establecer un nuevo grupo en la IX Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades, que en pejó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo, bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno Depresivo no Clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales". (8).

En cuanto a la Clasificación del Síndrome Depresivo, se considera que ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, pero no obstante no debe ser motivo de preocupación, ya que todas son claras y fáciles de entender.

Existen: la Endógena, también conocida como psicótica o bipolar, ésta se refiere a que no existen factores desencadenantes evidentes; además, tiene elementos genéticos en su etiología, que desempeñan un papel importante, que se caracterizan por la seria alteración de la personalidad, pérdida de la auto crítica y choque importante con el medio. (9).

Exógena: también conocida como neurótica o unipolar. Es la depresión en la cual, por medio de la historia clínica se puede encontrar causas ambientales y psicológicas como factores determinantes, aparentemente obvios, como pueden ser: la muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc. (9).

Simple: ésta se refiere al tipo de depresión en la cual la personalidad no sufre ningún trastorno psiquiátrico, en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos

problemas psicológicos, ecológicos y sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo. (11)

El Dr. Uriarte cita otro tipo de depresión que él llama larvada o enmascarada, en la que se presentan un conjunto de síntomas somáticos, con escasos síntomas depresivos, propiamente dichos y que suman aproximadamente el 10% de los pacientes que acuden a todo tipo de médicos. (10).

Vale la pena hacer la aclaración también entre depresión y duelo. La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, laboral, etc.) o el enfrentamiento a situaciones aflictivas, pueden originar en cualquier persona un estado de distrega o pena, al que se le llama duelo y que se considera normal, en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada. (11).

El duelo incluye tres períodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. Durante el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito de insomnio, fatiga, inquietud e apatía, llanto, soledad y agravantes o descompensación de las enfermedades preexistentes. El período de depresión trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. El período de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, debe considerarse patológico. (11).

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta del médico general. Los siguientes son datos --

que fundamentan la importancia de su estudio: en general se acepta que del 3 al 5% de la población mundial está deprimida; esto significa que de 100 a 200 millones de la población mundial, padecen hoy en día de depresión. En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado en tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad; es una patología que se observa en todas las edades, independientemente de sexo, raza, geografía e condición social. La mortalidad originada por la depresión por vía del suicidio, exige aún más nuestra atención. Sabemos que el 50% de los pacientes suicidas estaban deprimidos y que uno de cada 200 pacientes comete suicidio. (9) (10) - (11) (12).

Con excepción de las formas más graves, la demanda de atención del paciente deprimido no puede ser cubierta por el psiquiatra, debido básicamente a la insuficiencia de especialistas. En los países desarrollados existe un psiquiatra por cada 10 a 20 mil habitantes; en el resto del mundo y en países subdesarrollados, como el nuestro, solo contamos con un psiquiatra por cada 500 mil a un millón de habitantes, aproximadamente. Se considera que alrededor del 40% de pacientes que consultan al médico, mayores de 30 años, están deprimidos, sin embargo, como ya se había mencionado, es un padecimiento que se presenta en todas las edades. Por otro lado se considera que el 60-70% de la consulta de un psiquiatra clínico es de pacientes deprimidos de intensidad variable. Aunque la depresión no es una enfermedad grave, sino en contadas ocasiones suele causar grandes sufrimientos al enfermo y por su efecto negativo en las

relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, que se manifiesta en sentimientos derrotistas. (9) (12), (13).

E. Dr. Norman Saterius, Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión y que relacionadas con ellas existen unas tres veces más que son afectados y sufren por ella y aún lo que es peor, es que afirma que el problema tiende a aumentar en los años venideros, por los siguientes motivos: (14).

"Primero porque el promedio del índice de expectativa vital está creciendo en todos los países, por los que en número y porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentarla -- también se ha incrementado (14).

"Segundo: el rápido cambio del ambiente psicosocial que -- permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en la situación de desarraigo familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos -- psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo". (14)

"Tercero: el aumento de la morbilidad de padecimientos -- crónicos, tales como el reumatismo, trastornos gastrointestinales y cerebros vasculares así como problemas neurológicos que, -- según se ha demostrado, se asocian con depresión en un 20% de los casos". (14).

"Cuarto: el creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales puede causar depresión, como los antihipertensión. --

(Reserpina)". (14).

Se ha llegado a la conclusión que la causa de la depresión es multifactorial, tomando en cuenta que el individuo es un ser biopsicosocial, pero siempre van a existir factores pre disponentes y determinantes en cada caso. Aún cuando no existan factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, se consideran causas genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.(11).

Las causas genéticas son más importantes en las depresiones psicóticas; las causas psicológicas en las depresiones neuróticas, las ecológicas y sociales son más frecuentes en las depresiones simples y considero que es a las que nos debemos referir con más detalles, ya que son las que maneja con más frecuencia el médico general. (11).

Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda de sus satisfacciones. Siempre se ha dicho que la naturaleza se sabía y así es el efecto, ya que mediante sus propios mecanismos de defensa y auto-purificación, durante siglos logró mantenerse en equilibrio, lo cual permitió al ser humano una vida tranquila y saludable. Hoy en día estamos sufriendo una cantidad incontrollable de sustancias contaminantes y deshechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y un desequilibrio ecológico, por consiguiente. Esta contaminación preocupa a la mayoría de los 16 millones de habitantes del Valle de México, específicamente en nuestro país, diariamente en forma directa, padecemos los efectos de los múltiples contaminantes atmosféricos, en los ojos, vías respiratorias y sistema nervioso por el ruido. (15).

Así como el hombre deteriora el medio ambiente, también disminuye la calidad de su vida; es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este daño y que, por tanto, su salud mental es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve. Se puede señalar -- que existen tres problemas ecológicos principales que se identifican como causa de depresión.

Contaminación atmosférica.

El tránsito.

El ruido excesivo.

Todo esto trae como consecuencia mala calidad del aire inhalado, mayor número de accidentes, pérdida económicas, disminución de las horas de descanso, insomnio fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial y sordera. (15).

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido: la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos; desde que se inició la vida urbana se ha encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales desfavorables, como la depresión, el ruido y la ira; sin embargo, es característica de la época actual de la desintegración de estas tres fuentes de apoyo. Se aprecia fácilmente que los lazos familiares -- se han debilitado en los últimos tiempos, muchas familias se reúnen solo en ocasiones especiales. En los países europeos, -- los ancianos viven totalmente solos y en muchas ocasiones los vecinos se dan cuenta que han muerto hasta que perciben el mal olor. En la actualidad los lazos se han debilitado y cada día es mayor el número de personas que hacen gala de un materialismo ateo, en donde se debe depender de sí mismo.

En lo que se refiere a las relaciones entre vecinos, ésta se hace cada vez, más difícil, debido a la acentuada movilidad personal y urbana que impide establecer contacto y amistad con las personas que nos rodean.

Después de analizar todas estas situaciones, se antoja -- pensar cómo actúan estas causas y que elementos se alteran en la unidad biopsico social del ser humano, para que se presenten los síntomas de la depresión.

Existen múltiples teorías acerca de los trastornos bioquímicos a nivel cerebral en la depresión, una de la más aceptadas es la que nos habla de las alteraciones en el metabolismo de las catecolaminas (Norepinefrina y Dopamina) y la serotonina. El adelanto en la neuroquímica ha avanzado enormemente, pero -- por el momento algunos autores piensan que ninguna de estas teorías tiene la capacidad de exigir una conducta terapéutica, ya que todavía el criterio clínico para el manejo intelectual -- del paciente es el más atinado. (10) (11) (12).

Para hacer el diagnóstico de la depresión, de suma importancia conocer a fondo las manifestaciones clínicas. El cuadro clínico de la depresión puede presentarse en dos formas: una -- con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro, otro en el cual estas se encuentran enmascaradas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente detectados por el médico, como elementos constituyentes de un cuadro depresivo. Para hacer más explícita la enumeración de los síntomas, considero necesario dividirlos en: a) -- trastornos afectivos; b) trastornos intelectuales, c) trastornos conductuales y d) trastornos somáticos. (11).

CUADRO 1.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Síntoma:	Manifestaciones
Indiferencia afectiva	Disminución e pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto.
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
Ansiedad	Más intensa en la mañana.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo: miedo a bañarse).

FUENTE: Calderón Narváez G. Depresión. Causas. Manifestaciones y tratamiento. Mex. Ed. Trillas 1985.

CUADRO 2.

TRASTORNOS DE LA ESFERA INTELLECTUAL

Síntoma:	Manifestaciones
Sensopercepción disminuida	Mala captación de estímulos.
Trastornos de memoria	Dificultad para la evocación.
Disminución de la atención.	Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.
Disminución de la comprensión	Dificultad de comunicación.
Ideas de culpa e de fracaso.	Autodevaluación, incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo	Ideas e recuerdos repetitivos molestos.

FUENTE: Calderón Narváez G. Depresión. Causas. Manifestaciones y tratamiento. Méx. Ed. Trillas. 1985

CUADRO 3.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.

Síntoma:	Manifestaciones:
Actividad disminuida.	Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
Productividad disminuida.	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas.	Ideas e intentos de privarse de la vida.
Impulsos a la ingestión.	Tendencia a beber e a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

FUENTE: Calderón Narváes G. Depresión. Causas. Manifestaciones y tratamiento. Méx. Ed. Trillas 1985.

CUADRO 4.

TRASTORNOS SOMÁTICOS

Síntoma:	Manifestaciones:
Trastornos en el sueño.	Insomnio que se presenta al principio e al final del período de descanso, dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnia.
Trastornos en el apetito	Anorexia que puede originar pérdida importante del peso. En ocasiones hambre compulsiva.
Disminución de la libido	Debilitamiento e desaparición del deseo sexual.
Cefalea tensional	Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y temporales.
Trastornos digestivos	Dispepsia, aerofagia, meteorismos y náuseas.
Trastornos cardiovasculares.	Alteraciones en la frecuencia del ritmo cardíaco, disnea suspirosa, etc.

FUENTE: Calderón Narváes G. Depresión. Causas. Manifestaciones y tratamiento. Méx. Ed. Trillas 1985.

Quando solo se presentan las manifestaciones somáticas - o predominan sobre las otras, estas constituyen con frecuencia el motivo de la consulta del paciente, quien subestima - de su problema emocional, no solo manifiesta espontáneamente al médico. A este cuadro se le llama " depresión enmascarada" y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida por el facultativo, quien sin tenerla presente, inicia una búsqueda infructuosa de patologías orgánicas, que puede prolongarse - por años. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico en su penosa lucha por recuperar la salud, siendo que con un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podrían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve. - (10) (11) (13) (16).

Se debe tener en cuenta que las manifestaciones explícitas de la depresión pueden variar notablemente cuando una persona simple e ignorante sufre depresión, tiene dificultad para verbalizar su estado subjetivo y tiende a comunicar este sentimiento en términos de síntomas somáticos. Algo semejante, aunque por causas diferentes ocurre en personas sofisticadas. Estas personas negan su depresión mental y expresan estos sufrimientos en términos de síntomas somáticos que posiblemente - sean socialmente más respetables. (9).

Se ha dicho erróneamente que las personas explotan su depresión para obtener complacencia de los demás, pero en la mayor parte de los casos, el enfermo deprimido pasa por una de las experiencias más dolorosas que puede sufrir un ser humano, y si de él dependiera, haría todo lo posible por salir cuanto antes de su estado. (9).

Es importante señalar que para hacer el diagnóstico, es necesario que el médico tenga en mente el síndrome depresivo y debiera efectuar una cuidadosa historia clínica con interrogatorio médico psicológico lo más completo posible. El examen de un enfermo queda inconcluso si el médico no explora el estado mental y otras áreas psicológicas y sociales de interés, aun cuando las quejas iniciales del enfermo apunten claramente hacia un padecimiento orgánico. Por las mismas razones, - sería imperdonable no interrogar al paciente en los sistemas circulatorio, digestivo, respiratorio, etc., simplemente porque el motivo explícito de la consulta sea un sistema mental. (19).

A todos los médicos no psiquiatras les cuesta mucho trabajo llevar a cabo un examen médico-psicológico de los pacientes, y esto es probablemente porque en nuestra formación estamos mejor capacitados para manejar conceptos morfológicos y - funcionales que psicológicos y, por otra parte, el poco tiempo de que se dispone para cada enfermo, ya que este examen - requiere de un tiempo mayor. (17).

Además, tanto el médico como el enfermo han perdido la capacidad de elegir por la interposición de la Institución. - El enfermo no puede escoger al médico que le atenderá y a - éste se le asignan sus pacientes, siendo un aspecto negativo que ocasiona que se pierda la relación médico-paciente, tan importante para el buen ejercicio de la profesión. (17).

Es necesario reconocer que la tecnificación interpone - entre el médico y el enfermo demasiados aparatos, la burocratización demasiados trámites y la desindividualización del - enfermo, es también la del médico. (18).

Se hace mención a todo lo anterior, en relación al diagnóstico de la depresión porque precisamente en este síndrome es indispensable penetrar en la subjetividad del enfermo para poder llegar al diagnóstico y para que esto se logre, es necesario que exista una buena relación médico-paciente. (12).

El tratamiento de la depresión se inició en el año de 1956, pero fue hasta 1970 en que se informó que la Imipramina ejercía efectos antidepresivos y podría mejorar a pacientes con ese cuadro. En la actualidad contamos con una veintena de medicamentos para el tratamiento de la depresión, la mayor parte de ellos pertenece al grupo de los tricíclicos, contamos además con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y los tetracíclicos y carbonato de litio. (16).

El término timoanaléptico se aplica en sentido amplio a todo fármaco cuya acción es antidepresiva, estos medicamentos son capaces de mejorar el humor deprimido y de normalizar el estado de ánimo. Son útiles en el tratamiento de la depresión psicótica, neurótica y simple. (10) (16) (19).

Los tricíclicos son los medicamentos más utilizados y cuya acción no se conoce aún adecuadamente en el hombre pero en los animales se conoce con amplitud. El principal representante de los tricíclicos es la Imipramina y esta bloque preferentemente la recaptación presináptica de las catecolaminas.- La clerimipramina inhibe sobre todo la recaptación de la serotonina, por tanto, en sus mecanismos de acción resultan igualmente sostenibles las hipótesis etiopatogénicas catecolaminérgicas y serotoninérgicas. (11) (12) (16).

Se utilizan preferentemente por la vía oral a dosis que varían entre 75 y 150 mg. al día. Los principales representantes de los tricíclicos son los siguientes: Imipramina, -- desimipramina, amitriptilina, nortriptilina y la butriptilina.

De los antidepresivos IMAO solo contamos con dos, que son: la fenelzina, cuya dosis es 30-45 mg. al día y la isocarboxazina a dosis de 20-30 mg. al día.

En los últimos años se han empezado a usar nuevos productos antidepresivos, particularmente del grupo de tetracíclicos cuyos efectos secundarios son menores, sin embargo en México -- se se reporta que haya superado a los tricíclicos. En los casos en que exista contraindicación para utilizar los anteriores o se presenten efectos secundarios molestos, deben utilizarse los nuevos antidepresivos: mapretilina, nomifensina, -- mianserina, y trazodona. (19).

Existe también el carbonato de litio, pero por ser un medicamento de difícil manejo, queda en manos del especialista -- su uso. (19).

2.2 Justificación.

Durante la rotación por la Clínica Ecatepec, se ha podido observar que existe un gran número de pacientes deprimidos que no son diagnosticados ni tratados adecuadamente por el médico general, lo que ocasiona que acuda a los servicios médicos, presentando una serie de síntomas somáticos, que dan lugar a -- que se les practique un sinnúmero de exámenes de laboratorio y gabinete, buscando una enfermedad orgánica; otras veces se canaliza a diferentes especialistas para solucionar su problema.

Existen estudios que nos hacen evidente la frecuencia de la depresión en la población general y su mal manejo e identificación, incluso en unidades hospitalarias. (12).

En el año de 1981, con el fin de aportar datos que contribuyeran al conocimiento científico del perfil epidemiológico de este padecimiento en México, se llevó a cabo una investigación acerca de la prevalencia de la depresión entre la población general. Dado que esta afección tiene una mayor evidencia científica cuantitativa en las áreas urbanas, se seleccionó una comunidad del D.F. y se desarrolló durante el segundo semestre de 1981. Los objetivos de esta investigación fueron los de detectar la prevalencia de estados depresivos en una comunidad urbana del D.F. y establecer la relación que hay entre los estados depresivos y los indicadores: sexo, edad, estado civil, ambiente familiar y nivel educativo y socioeconómico. (11).

De 928 encuestas realizadas o sea un 15.6% del total de viviendas de la unidad habitacional Narciso Mendoza, en Vi-

lla Coapa, se encontró que el 11.63% son depresiones medias y solo un 2.47% depresiones severas, o sea un total de 14.1% - de enfermos deprimidos en la población general. La relación entre depresión y sexo, correspondió al 11.8% al masculino y 15.1% al femenino. En relación con la edad, la presentación del cuadro depresivo es mayor en personas mayores de 60 años.

Respecto a la relación entre depresión y estado civil, se hizo evidente que es mayor en los viudos; 30.7%. (11).

En cuanto al ingreso económico, la tasa mayor se presentó en personas de pocos recursos 19.4% (11).

Así también la escolaridad baja dio un mayor número de deprimidos, correspondiendo a un 40% de personas que nunca - habían ido a la escuela y 38.2% a los que solo estudiaron - primaria incompleta, contra 6.8% de los que tenían carrera - universitaria completa. (11).

Referente a la depresión y ocupación, la prevalencia mayor se presentó en personas con oficios 28.6%, que también - por otro lado corresponde a las personas de más bajos ingresos. (11).

En una encuesta hecha en 1974, en la que participaron - más de 15 mil médicos generales de la Rep. Federal Alemana - Francia, Austria y Suiza, se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaba que una de cada 20 pacientes - sufrían depresión, o sea el 5% y el 27% de los encuestados - estimaban en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes. Casi el 80% respondía afirmativamente si creía que la depresión iba en aumento. (11).

En el Hospital Español de México se reportaron los siguientes datos:

Consulta externa de Psiquiatría atendió 230 enfermos de los cuales 152 (66%) eran deprimidos.

Medicina Interna, Consulta externa 89 enfermos de los cuales 34 (38%), fueron deprimidos.

Salas en las que predominaban enfermos crónicos no psiquiátricos: 100 enfermos 48 (48%), eran deprimidos.

Sala de Geriatria 33 enfermos 28 (84%) fueron deprimidos. (12).

Errores frecuentes en el diagnóstico y manejo de la depresión (200 casos) en el Hosp. Español, Unidad de psiquiatría.

Omisión de la investigación del estado afectivo, 47 casos (23.5%)

Un excesivo e indiscriminado uso de exámenes de laboratorio y gabinete 42 casos (21%).

Atribución de los síntomas a otras alteraciones reales u opuestas: 62 casos (31%).

Prescripción de medicamentos antidepresivos a dosis no adecuadas: 28 casos (14%).

Tratamiento inadecuado de los síntomas (vitaminas, hormonas ataraxicas, etc.) 56 casos (28%).

Concluyendo el estudio que por uno o varios de estos errores 62 enfermos continuaban deprimidos. (12).

En todos estos estudios existe una correlación en cuanto a la frecuencia de la depresión, correspondiendo también con las estadísticas internacionales, dejando ver también uno de-

los estudios que existe un alto índice de pacientes deprimidos mal manejados, por lo que aun me parece más importante el re-considerar el problema para darle solución. (13)(14) (19).

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivos inmediatos y últimos.

- 1.- Identificar la frecuencia de la depresión en un periodo de 6 meses en la Clínica Ecatepec de ISSSTE.
- 2.- Identificar la frecuencia por edad, sexo, estado civil, ocupación y condición social.
- 3.- Qué tipo de medicamento se uso con más frecuencia - y a que dosis.
- 4.- Identificar los criterios que uso el médico general para el diagnóstico y tratamiento de la depresión.
- 5.- En base a los resultados que se obtenga, se tratara de implementar una serie de pláticas a los médicos de la Clínica con el fin de sensibilizarlos respecto al problema.

4.- PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

4.1 Tipo de Estudio

Descriptivo de corte transversal.

4.2 Población lugar y tiempo.

Se realizó en la población derechohabiente que acudio a consulta a la Clinica Ecatepec del ISSSTE, en un periodo de 6 meses.

4.3 Información que se va arecolectar.

Se revisaron las hojas de reporte de actividades diarias de los 27 medicos generales que laboran en esta Clinica, los tres turnos. Se identificarán los pacientes que tenían diagnóstico de depresión, anotando su nombre y No. de cedula para localizar posteriormente el expediente en el archivo clínico.

4.4 Metodo de observación.

En el expediente se buscarón los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, ocupación, síntomas con los que se hizo el diagnóstico y medicamentos y dosis utilizadas.

4.5 Instrumento de estudio (se anexa).

4.6 Planes para la recolección de la información.

En el instrumento de estudio que se diseño para esta investigación, se anotarán los datos a que se refiere el punto

4.4

4.7 Planes para el analisis .

Para analizar los datos obtenidos, se elaboran cuadros en donde se resumen los resultados para posteriormente compararlos con otros reportes existentes.

RESULTADOS Y ANALISIS

En el presente trabajo se observa la frecuencia de la depresión en un periodo de seis meses comprendido entre Agosto - de 1985 hasta Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec del ISSSTE - encontrando que en este lapso de tiempo se otorgaron 50 372 - consultas en total entre los 23 médicos generales que aquí laboran; de este número total de consultas se diagnosticaron 106 - pacientes (.21%) con depresión (Ver cuadro No. 1).

CUADRO 1

Frecuencia de la depresión en la consulta diaria de los médicos generales, en el periodo comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986, en la Clínica Ecatepec del ISSSTE.

Mes	No de consultas	Mo. deprimidos	%
Agosto	8.667	17	.19%
Septiembre	7.753	16	.20%
Octubre	8.189	21	.25%
Noviembre	9.238	16	.17%
Diciembre	7.149	17	.23%
Enero	9.376	19	.20%
Total 6 meses	50.372	106	100%

FUENTE: Archivo de la Clínica Ecatepec ISSSTE.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, no corresponde con los de otros estudios reportados; tal es el caso-

de una encuesta levantada en 1974 en la Republica Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza, en la que participaron más de 15 000 médicos generales encontrándose que el 48% de los médicos interrogados calculaba que uno de cada 20 de sus pacientes sufría depresión (5%) y el 27% de los encuestados estimaban en 10% la frecuencia de la depresión en sus pacientes. Por otro lado expertos internacionales estiman que de el 3-5% de la población mundial sufren depresión. Esto significa que de 100-200 millones de seres humanos padecen hoy en día depresión.

El Dr. Norman Sartorius director de la División De Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud coincide con las cifras mencionadas en relación con la frecuencia con la depresión, pero además afirma que el problema tiende a aumentar en los años venideros.

Clara mente podemos observar que los resultados obtenidos en el presente estudio no corresponden con los resultados de los estudios ya mencionados, ni con las declaraciones de expertos en el tema, ya que .21% de pacientes con diagnóstico de depresión en el total de la consulta de médicos generales es de escasa baja.

Frecuencia de la depresión en relación a grupo de edad.

Tomando en cuenta que el paciente con menor edad fué de 13 años y el mayor de 68 años se obtuvieron los siguientes grupos de edad: 13 a 23 años frecuencia de 7 deprimidos (6.6%). de 24 a 34 con frecuencia de 24 deprimidos (22.6%). De 35-45 fueron 36 deprimidos (33.9%). 46 a 56 años con 17 deprimidos (16%). De 57-66años 7 deprimidos (6.6%). De 68- años o más 15 deprimidos (14.5%). (Ver cuadro No. 2).

CUADRO 2.

Frecuencia de la depresión en relación a grupo de edad, en la consulta del médico general en un período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec del ISSSTE

Grpo de edad	No. de deprimidos	%
13-23 años	7	6.6%
24-34 años	24	22.6%
35-45 años	36	33.9%
46-56 años	17	16 %
57-67 años	7	6.6%
68 o más	15	14.5%
TOTAL	106	100%

Fuente: Archivo Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

El mayor porcentaje con depresión correspondió al grupo -- de 35 a 45 años con un 33.9% como lo demuestra el cuadro anterior. Los resultados obtenidos en este estudio no corresponden con otros realizados que reportan que la mayor frecuencia de la depresión se encuentra en mayores de 60 años; tal es el caso -- del estudio realizado por el Dr. Calderón en 1981 y otro estudio en el hospital español en donde el mayor porcentaje de deprimidos correspondió a mayores de 60 años de edad.

Relación entre sexo y depresión.

En el presente trabajo se obtuvo de 106 pacientes con diagnóstico de depresión 77 del sexo femenino (72%). Y masculinos -- 29 (27%). Estas cifras corresponden con los reportes de la mayo

ría de los autores y con otros estudios realizados. (ver cuadro No. 3).

CUADRO 3

Frecuencia de la depresión en relación a sexo, en la consulta del medio general, en un período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec del ISSSTE.

Sexo	No. de deprimidos	%
Masculino	29	27.9%
Femenino	77	72 %
Total	106	100%

Fuente: Archive de la Clínica Ecatepec. ISSSTE.

Frecuencia de depresión en relación al Estado Civil.

Para saber el estado civil de los pacientes estudiados se encontraron algunas dificultades porque en algunos expedientes no se reportaba. En los resultados obtenidos se observa que el 77% de los pacientes con diagnóstico de depresión correspondió al grupo de casados. (Ver cuadro No. 4). En otros estudios la mayor frecuencia se presentó en pacientes viudos o divorciados.

CUADRO 4.

Frecuencia de la depresión relación al Edo. Civil en la consulta del médico general, en un período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986. En la Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

Ede. Civil	No. de deprimidos	%
Casados	77	72%
Solteros	2	1.8%
Viudos	7	6.6%
Otros	26	24.5%
Total	106	100%

Fuente: Archivo Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

Frecuencia de depresión en relación a ocupación.

En este estudio solo se obtuvieron dos grupos, los que tienen algún empleo remunerado y los que no lo tienen; ya que no se pudo hacer de otra manera dado que se trabajó con expedientes en los cuales no se encontró anotada la ocupación. Solo 44 pacientes fueron empleados y el resto sin empleo (ver cuadro 5) Estos resultados coinciden con otros reportes en donde se refiere que la depresión es más frecuente sobre todo en amas de casa e en pacientes sin empleo.

CUADRO 5

Frecuencia de la depresión en relación ocupación en la consulta diaria del Médico general en el período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec Del ISSSTE

Ocupación	No. de deprimidos	%
Si trabaja	44	41.5%
No trabaja	62	58.4%
Total	106	100%

Fuente: Archive de la Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

En cuanto a la frecuencia de la depresión en relación a la condición social no fué posible investigarlo, ya que se trabaja con expedientes y no contábamos con reporte de ingresos económicos.

Medicamentos que con más frecuencia se usarón para el tratamiento de la depresión:

Se observó que de 106 pacientes con diagnóstico de depresión solo 92 tenían anotado en el expediente el medicamento utilizado para su tratamiento. Los medicamentos que se utilizaron fueron los siguientes: Polivitaminas, 29 pacientes (31.51%). -- Clorodiacépxido 27 (29.34%), Trifluoperazina 18 pacientes (19.56%). Diazepam 11 (11.95%). Imipramina 7 (7.6%), claramente se observa que el mayor porcentaje fué en el uso de polivitaminas, siguiéndole muy de cerca el Clorodiacépxido. (ver cuadro 6).

CUADRO 6

Medicamentos usados con más frecuencia en la consulta diaria del médico general para el tratamiento de la depresión en el período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

Medicamento	No. de pacientes	%
Pelivitaminas	18	31.51%
Clordiacepoxide	29	29.34%
Trifluoperazina	18	19.56%
Diazepam	11	11.95%
Imipramina	7	7.6 %
Total	92	100%

Fuente: Archivo Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

El resultado de este trabajo coincide con declaraciones que el Dr. Víctor Uriarte hace en su libro de Psicofarmacología manifestando que el 40% de médicos recetan psicofármacos a dosis insuficientes la mayoría de la veces por inseguridad y que para el tratamiento de la depresión se concretan a usar ansiolíticos y vitaminas, siendo muy bajo el porcentaje que utiliza antidepressivos.

Criterios Diagnósticos.

En general se obtuvieron 24 síntomas en total con los que los médicos generales hacen el diagnóstico de depresión. De estos la mayoría son síntomas de la esfera somática. El síntoma que con mayor frecuencia se anotó fue la cefalea en 20 pacientes (18.8%), siguiéndole muy de cerca el insomnio y el nervio-

sismo con una frecuencia de 18 pacientes (17%), cada una. Este concuerda con otros estudios, ya que la mayoría de los médicos generales interrogados encaminados a el área somática y muy poco en esfera afectiva e intelectual. (ver cuadro 7).

CUADRO 7.

Frecuencia de los síntomas anotados para el diagnóstico de la depresión por el médico general en un período comprendido de Agosto de 1985 a Enero de 1986 en la Clínica Ecatepec del ISSSTE.

Síntoma	Frecuencia	%
Cefalea	20	18.8%
Nerviosismo	18	17 %
Insomnio	18	17 %
Ansiedad	10	9.43%
Astenia	5	4.7 %
Tristeza	4	3.7 %
Llanto fácil	4	3.7 %
Palpitaciones	4	3.7 %
Mialgias	3	2.8 %
Taquicardia	3	2.8 %
Dismea	2	1.8 %
Arder en pies	2	1.8 %
Paresias	2	1.8 %
Lesiones Dérmicas	1	.94%
Vértigo	1	.94%
Sinetosis	1	.94%
Meteorismo	1	.94%
Desmayo	1	.94%
Dolor Abdominal	1	.94%
Pérdida de la conciencia	1	.94%
Visión borrosa	1	.94%
Diarrea	1	.94%
Otalgia	1	.94%
Miedo	1	.94%
Total	106	100 %

Fuente: Archivo de la Clínica Ecatepec Del ISSSTE.

CONCLUSIONES.

Después de haber descrito los resultados obtenidos en este estudio se llegó a la conclusión que el Síndrome Depresivo - a pesar de ser un padecimiento demasiado frecuente e incluso - considerado como problema de salud pública; no es diagnosticado con la frecuencia que debiera, por el médico general; este puede ser por varias razones y entre ellas están las siguientes: Al médico general no se le prepara en el pregrado en forma suficiente en padecimientos mentales, pero sí en cambio es entrenado para atender padecimientos orgánicos, por lo que en primer instancia trata de encontrar una explicación a los síntomas referidos por el paciente en algún trastorno orgánico; cuando esto no sucede se siente frustrado y trata de salir del problema prescribiendo medicamentos ansiolíticos (29.34%) e vitaminas 31.59% como se pudo comprobar en este estudio. Por otro lado vemos que con la medicina institucionalizada se pierde la relación médico-paciente, tan importante para el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, ya que es necesario penetrar en el ambiente psicosocial del individuo. En la Institución - tanto el paciente como el médico pierden la capacidad de elegir ya que al paciente se le asigna a su médico y a este sus pacientes en forma arbitraria, y si además agregamos el poco tiempo que se dispone para cada paciente (15min.) y en ocasiones menos dada la demanda de estos servicios de salud en ocasiones el médico tiene que aceptar este tiempo para poder atender dos o tres pacientes que se le asignan demás en su horario. Por otro lado, la mayoría de los médicos de institución -

se limitan a cumplir, perdiendo el interés en sus pacientes, y
pero este tiene su explicación; ya que este médico para poder
resolver sus problemas económicos tiene que salir corriendo una
o dos horas antes de su horario para poder llegar a su empleo
ya que la remuneración en las instituciones no es la ideal.

Pero tampoco es adecuado buscar justificaciones para no
hacer las cosas como se deben. Es necesario hacer conciencia -
en los médicos generales de lo importante que es el diagnósti-
co y tratamiento oportuno y adecuados del síndrome depresivo -
ya que como se mencionó anteriormente es un problema de salud
pública y que como tal tenemos la obligación como profesionas-
les de la Salud de tratar de solucionarlo.

Para tal efecto se dará a conocer el resultado de este es-
tudio y después se implementarán una serie de pláticas dirigi-
das a los médicos de la Clínica Ecatepec con el fin de sensibiliz-
arlos respecto a el diagnóstico y tratamiento y síndrome de-
presivo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Phillips Solomon, Vernon P. Patch Manual de Psiquiatria México, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed. 1976. pp 476.
- 2.- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B.J. Compendio de Psiquiatria, Salvat Editores, Barcelona 1975.
- 3.- Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. - Un nuevo enfoque de la Psiquiatria. Ed. Trillas. Méx. 81l.
- 4.- Merel-Maroger A. Los Síndromes Depresivos. París. 1970.
- 5.- Hill D. "La Depresión en la Histeria", Depresión, MEDCOM - Nueva York. 1970.
- 6.- Calderón Narváez G. "Conceptos Psiquiátricos en la Medicina Azteca contenida en el Códice Badiano en el Siglo XVI
- 7.- Som-olines P. Arceis G. "El Libellus de Medicinalibus Indorum herb Su Significación", Gaceta Médica de México. Tomo XCIV N 3 Pág. 211, 1964.
- 8.- Calderón Narváez G. "La clasificación Internacional de enfermedades". Psiquiatria Vol. 7, No, 3, pág. 31. 1977.
- 9.- Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XVIII, año 18, - No. 10. 1975. "Depresión".
- 10.- Uriarte Víctor. Psicofarmacología México. Ed. Trillas. 2a Ed. 1983. 384 pp.
- 11.- Calderón Narváez G. Depresión. Causas. Manifestaciones y tratamiento. Méx. Ed. Trillas. 1985. pp 252.
- 12.- Monografía. "El Manejo de la depresión por el médico general". Sistema de Educación continua para el médico general. Feb. 1984. Dpto. de Psiquiatria y Salud Mental. UNAM-México.
- 13.- Salud Pública de México. Sept. Oct. 1981. Vol. IXIII, No. 5. Méx. "La depresión problema de salud pública Calderón -

Marvías G.

- 14.- Sartorius N. "Epidemiología of depresión". WHO Chronicle 29 423- 427, .1975.
- 15.- Médico Moderno Vol. XXIII, No. 11, Julio 1985. "La razón - de la Centam inación" Cattalet, Ma. Elena pp 105-110.
- 16.- Pérez de Francisco C. "Farmacoterapia de la depresión" Neurol. Neurocir. Psiquiat. Pág. 15,273,282. Méx. 1974.
- 17.- Martínez Cortez Pco. Consulta Médica y entrevista Clínica. Méx. Ed. Medicina del hombre en su totalidad. 1979. 88pp.
- 18.- Cuadernos de Psicología médica unidad 11 "La alianza terapéutica" Depto. DE Psiquiatría y salud mental. UNAM. 1983 1984. pp218.
- 19.- De la Fuente J. R. "Psicofármacos en medicina Interna" Investigación clínica I Antidepresivos, 35 Julio- Sept. págs 247-256. Méx. 1983.
- 20.- Carranza Acevedo J. "Farmacoterapia de la Depresión" Neurol, Neurocir, Psiquiat. E5 págs. 225-236. Méx. 1974.