

11226  
201 83



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios de Posgrado**

**Departamento de Medicina General Familiar  
y Comunitaria**

**FRECUENCIA DE NEUROSIS Y DEPRESION EN LA  
CONSULTA DEL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR.**

**CENTRO DE SALUD "BEATRIZ VELASCO DE  
ALEMAN" 1986**

**T E S I N A**

**PARA OBTENER DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA  
GENERAL FAMILIAR**

**P R E S E N T A :  
DRA. IRMA JUAREZ SUAREZ**



**México, D. F.**

**Mayo de 1987**

**FALLA DE CRIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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

INTRODUCCION .....	I
ANTECEDENTES .....	1
PROBLEMA .....	37
JUSTIFICACION .....	39
OBJETIVOS .....	41
PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION .....	42
MATERIAL Y METODOS .....	43
VARIABLES INVOLUCRADAS .....	49
RESULTADOS .....	52
ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	60
CONCLUSIONES .....	63
BIBLIOGRAFIA .....	68

## INTRODUCCION

Los trastornos psiquiatricos representan una de las áreas más interesantes para su estudio, aún cuando en los últimos años las investigaciones han ampliado su conocimiento y los recursos para su diagnóstico y tratamiento sean mejores, el aumento en la frecuencia de presentación de algunos de ellos da origen a que se realicen investigaciones en los diferentes niveles de atención médica para determinar las condiciones que prevalecen en la presentación de algunos de los mismos.

Dentro de los más frecuentes se ha seleccionado la neurosis y la depresión ya que se ha visto que en los últimos años han ido aumentando rapidamente, siendo observado este incremento principalmente en los lugares con un marcado índice de sobre población y de desarrollo un ejemplo de esto es la Ciudad de México en donde los problemas a que se enfrentan sus ciudadanos son de tipo económico, social, habitacional, ambiental, etc. Y todo lo que se deriva de la gran problemática del desequilibrio negativo de estos factores.

Enfocándose los dos problemas en estudio; la neurosis es el término que se emplea para designar a los trastornos mentales en donde la ansiedad es el síntoma principal en los diversos tipos de neurosis. Actualmente y de acuerdo a la clasificación DSM-III

del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se designan como trastornos de ansiedad, en donde este síntoma puede ocupar un lugar predominante como en las crisis de angustia y en la ansiedad generalizada o ser experimentado cuando el individuo intenta controlar los síntomas como ocurre en los trastornos fóbicos, o bien al resistir las obsesiones y compulsiones como en los trastornos obsesivos y compulsivos.

Es de hacer notar que dentro del grupo de trastornos de ansiedad no están incluidos todos los tipos de Neurosis en un solo capítulo sino que se encuentran en algunos otros. Por ejemplo el trastorno de conversión o neurosis histérica, tipo conversión está incluido dentro de los trastornos somatoformes. Pero en este estudio se han incluido todos los tipos de neurosis de acuerdo a la clasificación DSM-II que también se mencionan en diversos capítulos de la clasificación DSM-III.

En lo que se refiere a la depresión se menciona en la clasificación DSM-III como trastornos afectivos en donde la sintomatología esencial de este grupo, comprende una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo con sus puntos característicos para cada tipo.

Sin embargo existen una serie de clasificaciones que se mencionarán más adelante. Siendo importante conocer cuales son los tipos de depresión que manejan los médicos generales familiares.

de los trastornos mentales en 1001 personas que acudieron a la consulta médica general en un período de seis semanas. Los autores reportaron\_ que el 51 % de la población presenta algún trastorno mental. No hubo variaciones de frecuencia en los grupos de edad. Y las categorías diagnósticas que más frecuentemente se presentaron fueron las reacciones de adaptación y alteraciones psicofisiológicas con 137 casos (29.1%) y los diferentes tipos de Neurosis con 63 casos (13.4 %) lo que representa una frecuencia acumulada de 42.5 % del total estimado (12).

Padilla y Pelaez (1985). Compararon los resultados obtenidos de tres investigaciones sobre la detección de trastornos mentales en la práctica del médico general. Las poblaciones incluidas fueron las asistentes a) a un centro de salud, b) una Unidad de Medicina familiar del IMSS y c) un Hospital general privado. Seleccionaron tres poblaciones de 18 a 64 años que durante un mes asistieron a solicitar atención médica en la consulta externa de las tres instituciones mencionadas. La muestra para cada población fue de 493 en el centro de salud, 1065 de la Unidad de medicina familiar y 574 del Hospital General. Los autores reportan que la frecuencia de los trastornos en la práctica medica familiar se encontró entre el 35 % y el -- 50 % (13).

La prevalencia corregida para las tres instituciones fue alrededor del 40 %, lo que significa que 40 de cada 1000 pacientes presentan un trastorno mental como cuadro acompañante o principal entre los

problemas médicos correspondientes al primer nivel de atención. Respecto al sexo, la patología mental fue más frecuente en las mujeres y respecto al grupo etario la patología mental fue más frecuente en las personas mayores de 42 años (13).

De las principales causas de morbilidad psiquiátrica:

Las neurosis ocupan el primer lugar tanto en el Hospital General como en la Unidad de Medicina Familiar, mientras que en el Centro de Salud este lugar lo ocupan las reacciones de adaptación en sus diferentes expresiones clínicas (13).

El Síndrome Depresivo representa prácticamente la mitad de las submuestras de casos en las tres instituciones. En la Unidad de Medicina Familiar y en el Hospital General predominan las Neurosis Depresivas. En el centro de salud son las Reacciones de Adaptación depresivas las que tienen predominio (13).

Los Síndromes Ansiosos prácticamente representan la cuarta y quinta parte de los casos en la U.M.F. y en el Centro de Salud con 24.2 % y 20 % respectivamente, mientras que en Hospital General la Neurosis de Ansiedad 13.2 % fue la única entidad nosológica señalada (13).

Cumpillo (1981). En un estudio realizado durante seis semanas en la consulta externa del Hospital Español en 619 pacientes de 18 a 64 años de edad reportó la presencia de Alteraciones mentales en

el 38 por ciento de las mujeres y de 26 por ciento en los hombres. Los diagnósticos más frecuentes fueron las Neurosis principalmente de Ansiedad y Depresión; los trastornos afectivos mayores y los trastornos de Personalidad (6).

En los ancianos los desórdenes psiquiátricos no son por sí mismos diferentes que los que se reportan en otros grupos de edades, sin embargo, los problemas físicos y sociales que padecen tales como deficiencia sensorial, pérdida de la locomoción, limitaciones, relegaciones y restricciones sociales, son factores que influyen en forma determinante en el estado anímico, provocando altos porcentajes de depresión y cuando hay pérdida del funcionamiento, demencias (11).

El cuidado y atención adecuada de los ancianos que presentan este tipo de problemas es de gran importancia para la sociedad, ya que es una de las causas principales de invalidez entre ellos (11).

Numerosos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad. Así Ciompi considera la Depresión como una enfermedad típica de la vejez; y de acuerdo con un gran número de reportes de investigadores, este tipo de trastornos supera con mucho en los ancianos a los cuadros psicopatológicos asociados con cambios estructurales del tejido cerebral (4).

## PRINCIPALES TIPOS DE TRASTORNOS MENTALES

### NEUROSIS

Las neurosis constituyen una exageración de los sentimientos con la presencia de síntomas debidos a emociones en lugar de enfermedades orgánicas. Las causas abarcan conflictos, a menudo inconcientes, profundamente fijados y arraigados en la niñez (14).

El rasgo que es común en todas las formas de psiconeurosis es la presencia de ANSIEDAD. En algunos casos, ésta constituye el síntoma manifiesto más destacado. En otros casos está presente en forma no manifiesta, juntamente con otra conducta sintomática. En ocasiones no está ni manifiestamente presente siquiera, pero se le considera, con todo como la fuerza constante detras del desarrollo de síntomas psiconeuróticos de toda clase. Algunos síntomas logran reducir la ansiedad en una gran medida o inclusive por completo, pero a un precio caro, con todo, con respecto a la capacidad y al bienestar general (15).

El psiconeurótico mantiene un buen contacto con la realidad y si bien tratará acaso de negar algunos aspectos molestos de aquello que lo rodea, se esfuerza también por adaptarse a las exigencias ambientales (15).

## CLASIFICACION

En el DSM-II (1968) se describen subtítulos psiconeuróticos estos son: (13)

- Neurosis de Ansiedad
- Neurosis Histérica
- Neurosis Fóbica
- Neurosis Obsesivo-compulsiva
- Neurosis Depresiva
- Neurosis Neurasténica
- Neurosis de Despersonalización
- Neurosis Hipocondriaca.

La Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Estadístico y Diagnóstico (Diagnostic and Statistica Manual 1980) DSM-III clasifica a las Neurosis en:

### TRASTORNOS POR ANSIEDAD

#### Trastornos fóbicos (o neurosis fóbica)

- 300.21 Agorafobia con crisis de angustia
- 300.22 Agorafobia sin crisis de angustia
- 300.23 Fobia social
- 300.29 Fobia simple

#### Estados de ansiedad (o neurosis de ansiedad)

- 300.01 Trastorno por angustia
- 300.02 Trastorno por ansiedad generalizada
- 300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva)

Trastorno por estrés postraumático

308.30 Agudo

309.81 Crónico o retrasado

300.00 Trastorno por ansiedad, atípico

TRASTORNOS SOMATOFORMES

300.11 Trastorno de conversión (o neurosis histérica-tipo conversión)

300.70 Hipocondria (o neurosis hipocondriaca)

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

(O NEUROSIS HISTERICA DE TIPO DISOCIATIVO)

300.60 Trastorno de despersonalización  
(o neurosis de despersonalización)

TRASTORNO DISTIMICO (O NEUROSIS DEPRESIVA) (2)

Es de hacer notar que ambas clasificaciones se utilizan en la práctica médica. La más actualizada es la DSM-III.

De acuerdo con la clasificación DSM-II (1968) cada tipo de Neurosis tiene las siguientes características:

Neurosis de Ansiedad.

Esta Neurosis se caracteriza por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo de síntomas somáticos. A diferencia de la Neurosis fóbica, la ansiedad puede

producirse en cualesquiera circunstancia y no esta limitada a situaciones u objetos específicos. El trastorno puede distinguirse de la aprensión o el miedo normales, que tienen lugar, con fundamento real, en situaciones peligrosas (15).

Cualesquiera que sea su causa, la ansiedad se experimenta directamente en este trastorno. Ninguno de los mecanismos de defensa que suelen ponerse de manifiesto en otras clases de neurosis se utiliza para controlar la ansiedad, que se percibe difusamente, de modo que el neurótico de ansiedad vive en un estado de trastorno constante. Desde un punto de vista psicoanalítico, la represión es el mecanismo de defensa básico en la neurosis de ansiedad, y su falla se traduce en la aparición de síntomas (15).

Muchos neuróticos de ansiedad se sienten también inferiores y experimentan dificultad considerable en la adopción de decisiones. Se proponen así mismos normas muy altas y trabajan concienzuda y escrupulosamente para conformarse a ellas (15).

En la mayoría de los casos, solo se experimenta una molestia moderada, de modo que la tensión no resulta intolerable. Aquellos que experimentan una ansiedad más intensa padecen depresión, indecisión paralizante, irritabilidad, una tendencia a llorar abundantemente y sentimientos fuertes de ineptitud acompañándose en ocasiones de sospechas paranoides. Además de la tensión crónica experimentada por el neurótico de ansiedad, los individuos en cuestión estan sujetos

también a estados agudos parecidos al pánico duran de unos pocos momentos a una hora. Estos se designan como ataque de ansiedad. Durante estas exsacervaciones de la ansiedad los latidos del corazón se hacen más rápidos, se produce náuceas, diarrea y necesidad de orinar en tanto que la respiración se hace difícil (15).

#### Neurosis Histérica.

La Neurosis histérica de tipo conversivo se caracteriza por la afectación de los sentidos especiales o el sistema nervioso voluntario causando síntomas como ceguera, sordera, anosmia, anestias, parestesias, parálisis, ataxias, acinesias y discinesias. A menudo el paciente muestra una falta inapropiada de preocupación o de belle indifférence en relación con estos síntomas, que podrán proporcionar ganancias secundarias consiguiendo el paciente simpatía o viéndose descargado de responsabilidades desagradables. Esta clase de Neurosis histérica ha de distinguirse de los trastornos psicofisiológicos mediados por el Sistema Nervioso Autónomo, del fingimiento o de la enfermedad, que tiene lugar conscientemente y de las lesiones neurológicas que causan síntomas circunscritamente anatómicos (15).

El aspecto esencial del trastorno de conversión es un cuadro clínico en el que la alteración predominante es pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugiere una alteración física, pero que en realidad es al parecer una expresión de un conflicto o una necesidad psicológicos (9).

Por debajo del caracter teatral del histérico, pese a su convencimiento de que es sincero en lo que trata de comunicar a los demás, parece encontrarse en la actitud de que nada de lo que siente o hace posee realmente significado.

En este tipo de conversión la neurosis histérica, la ansiedad no se experimenta conscientemente, sino que se convierte en un síntoma físico en una parte de un órgano o del cuerpo inervada por el sistema sensitivo motor. Además de proteger contra la ansiedad, el síntoma proporciona, por regla general, alguna "ganancia secundaria", o sea todo el beneficio que resulta de tener un síntoma (15).

#### Neurosis Fóbicas.

El aspecto esencial de un trastorno fóbico es un miedo persistente e irracional a un objeto, una actividad o una situación específicas, que da por resultado un deseo compulsivo de evitar el objeto, la actividad o la situación temidos (estímulo fóbico). El individuo reconoce su miedo como excesivo o irrazonable en proporción con la peligrosidad real del objeto, la actividad o la situación (9).

En la Neurosis fóbica la aprensión puede experimentarse como desmayo, fatiga, palpitaciones, traspiración, náuseas, temblor e inclusive pánico. Las fobias suelen atribuirse a temores desplazados de algún objeto del que el paciente es inconciente, al objeto o la situación fóbicos (15).

La agorafobia (300.22 y 300.21) es un temor notable a quedarse solo, o a estar en sitios públicos de los que podría ser difícil escapar o en las que no se dispone de ayuda en caso de incapacitación súbita. Las actividades normales se ven cada vez más restringidas al empezar a dominar la vida del individuo los temores o la conducta de evitación. En la forma más común de agorafobia hay antecedentes de ataque de pánico (9).

El aspecto esencial de la fobia social (300.23) es un temor irracional persistente y un deseo compulsivo de evitar las situaciones en las que el individuo puede quedar expuesto al escrutinio de otras personas. Hay también miedo de que el individuo reaccione de una manera que pueda ser humillante o embarazosa (9).

#### Neurosis Obsesivo-compulsivas.

Los trastornos esenciales del trastorno obsesivo compulsivo (300.30) son obsesiones o compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes que son distónicos del ego, que no suelen experimentarse como fenómenos producidos de manera voluntaria, sino más bien como pensamientos que invaden el conocimiento y se experimentan como absurdos o repugnantes. Las compulsiones son conductas repetitivas y, al parecer con un propósito que se expresan según ciertas reglas de manera estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma pero tiene como finalidad producir o prevenir algún evento o situación futuros. El hecho se efectúa con un sentido de compulsión (al menos al principio).

Por lo general el individuo reconoce la falta de sentido de su conducta, aunque quizá no suceda así en los niños pequeños (9).

Otros autores definen a la Neurosis obsesiva-compulsiva como un trastorno que se caracteriza por la intrusión persistente de pensamiento, impulsos o actos perjudiciales que el paciente no está en condiciones de detener. Los pensamientos podrán consistir en palabras o ideas individuales, en cavilaciones u órdenes de ideas que el paciente percibe a menudo como absurdas. Los actos varían desde movimientos sencillos o rituales complejos, tales como lavarse las manos reiteradamente. Están a menudo presentes ansiedad y pesar si el paciente se le pide ejecutar su ritual compulsivo o si está preocupado por el temor de no estar en condiciones de controlarse (15).

#### Neurosis Depresiva (trastorno distímico)

##### Aspectos esenciales.

El aspecto esencial del trastorno distímico es una alteración crónica del humor caracterizada por depresión de éste o pérdida del interés o del placer por todas las actividades y todos los pasatiempos ordinarios o por casi todos ellos, pero no de intensidad suficiente para satisfacer los criterios de una crisis depresiva importante o mayor (síndrome afectivo completo). Para hacer el diagnóstico en adultos requiere una duración de dos años, en niños y adolescentes basta con un año. Los períodos normales pueden durar unos cuantos días a unas cuantas semanas. Los períodos depresivos consisten en

algunos de los rasgos más leves de las crisis depresivas mayores. A menudo existe una crisis depresiva importante sobrepuesta que puede ser la ocasión para que el paciente solicite tratamiento (9).

Los síntomas de la neurosis depresiva comprenden, por regla general, un sentimiento de tristeza y ansiedad así como de culpa y vergüenza. Se observan también quejas hipocondríacas destinadas a conseguir apoyo y afecto. Muchos depresivos neuróticos se quejan también de debilidad y fatiga, dificultad en el trabajo y sueño irregular. Se compadecen y se desaprueban así mismos, rebajando sus realizaciones pasadas y desesperando del futuro. Sin embargo siguen trabajando y no presentan la anorexia, el estreñimiento, la pérdida de peso y el retraso psicomotor que suelen observarse en el depresivo psicótico (15).

El ataque de depresión neurótica suele seguir a un acontecimiento penoso, tal como la pérdida de una persona querida o un revés financiero. Para el depresivo el duelo es prolongado y el suele exhibir un pesar patológico. En ocasiones aparece una depresión neurótica después de una realización importante (15).

#### Neurosis Neurasténica.

En DMS-II (1968) la neurosis neurasténica se describe así:

Este estado se caracteriza por quejas de debilidad crónica, cansancio fácil y ocasionalmente agotamiento, a diferencia de la

Neurosis histérica, las quejas del paciente son auténticamente dolorosas para él, y no se da prueba alguna de ganancia secundaria. Difiere de la neurosis de ansiedad y de los trastornos psicofisiológicos en el carácter de la queja dominante. Difiere de la neurosis depresiva en el carácter moderado de la depresión y el carácter crónico de su curso (15).

Aunque en la Neurastenia dominan debilidad crónica, fatiga general y un sentimiento de "nerviosismo", se observan también muchos síntomas complementarios. Hay una preocupación considerable acerca del funcionamiento orgánico y una sensibilidad exagerada al ruido, luz brillante y a grados elevados de frío. Algunos pacientes manifiestan inestabilidad vasomotora que se traduce en bochorno y transpiración con escalofríos. En este último caso los pacientes se envuelven con ropa caliente y temen constantemente resfriarse. Los varones se sienten acaso afectados en su potencia, y las mujeres padecen a menudo dismenorrea (15).

#### Neurosis de Despersonalización.

La neurosis de despersonalización se describe, en el DSM-II (1968), como sigue:

Este síndrome está dominado por un sentimiento de irrealidad y de enajenación respecto al yo, al cuerpo o a los alrededores. Este diagnóstico no debiera utilizarse si el estado forma parte de algún otro trastorno mental, tal como una reacción aguda de situación.

Una breve experiencia de despersonalización no constituye necesariamente un síntoma de enfermedad (15).

Kolb (1968) ha identificado dos clases de síntomas de irrealidad en la despersonalización, esto es: el sentimiento de que la personalidad del individuo ha cambiado, y un sentimiento de que el mundo alrededor del individuo se ha hecho irreal. Con frecuencia el paciente siente que se encuentra en alguna etapa pasajera en la que ya no es la persona que era, pero no es todavía alguien distinto. Como consecuencia, las emociones anteriormente experimentadas están ausentes, y la experiencia se presenta como inquietantemente extraña e irreal. Algunas veces los pacientes se sienten como si estuvieran viviendo en un sueño o en un trance prolongado (15).

#### Neurosis Hipocondriaca.

DSM-II (1968) describe la neurosis hipocondriaca como sigue:

Este estado esta dominado por la preocupación con el cuerpo y el miedo de enfermedades supuestas de diversos órganos. Aunque los temores no tengan cualidad delusoria, como en las depresiones psicóticas, persisten a pesar de la seguridad proporcionada. Este estado difiere de la neurosis histérica en que no se dan, en él pérdidas o deformaciones de función (15).

Los síntomas físicos del neurótico hipocondriaco son numerosos y variados. Es delicadamente sensible a estímulos que a la persona normal le pasarían desapercibidos exagera las sensaciones normales de fatiga, y sospecha con frecuencia, que padece alguna enfermedad incurable (15).

## TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS

### Neurosis de Ansiedad o Estado de Ansiedad.

El tratamiento de este trastorno comienza con la exploración en especial de los impulsos instintivos que pueden estar temporalmente provocando alarma en el ego. Al paciente no se le deberá permitir que continúe quejándose de sus problemas actuales sino que se le urgirá que busque los antecedentes de esta alarma en su vida pasada. La terapéutica de exploración por lo general tiene éxito en semanas o meses (14).

Se ha generalizado el empleo, para estos trastornos, de agentes contra la ansiedad como las benzodiazepinas, y se cuenta con pruebas muy generalizadas de su valor paliativo (Lader 1980). Sin embargo, el efecto de estos fármacos tiende a desaparecer unas cuantas horas más después de interrumpirse su administración, y no es rara la dependencia farmacológica con la administración prolongada. Los fármacos contra la ansiedad son principalmente paliativos, pero en algunos casos es lo mejor que se puede ofrecer(9).

### Neurosis Histérica.

#### Trastorno de Conversión.

Para tratar el trastorno de conversión el clínico intenta reducir los síntomas, alterar los elementos psicológicos causantes de la

formación de síntomas, facilitar la mayor independencia del paciente del sistema de asistencia de la salud, disminuir la incapacidad social y vocacional y fomentar los cambios del ambiente del paciente (9).

Entre las modalidades psicoterapéuticas que se han empleado para tratar los trastornos de conversión, el psicoanálisis ha desempeñado una función muy importante (9).

No han sido alentadores los informes sobre la eficacia del tratamiento somático, o únicamente farmacológico (9).

#### Neurosis Fóbica y Obsesiva Compulsiva.

##### Finalidades del tratamiento.

Las finalidades principales consiste en reducir la conducta fóbica y obsesiva compulsiva al grado en que ya no interfiera con el funcionamiento diario del paciente, y le ayude a mejorar su adaptación social (que se ha visto alterada por estos problemas). No se persigue abolir toda la ansiedad o los rituales en presencia de sus estímulos evocadores, sino reducirlos a un nivel en el que el paciente puede tolerarlos y desarrolle capacidades de afrontamiento que le permitan bloquear cualquier tendencia futura a las recurrencias (9).

Aunque hace una generación los trastornos fóbicos y obsesivos compulsivos solían considerarse resistentes al tratamiento, se pueden tratar en la actualidad de manera predecible y con eficacia con una forma de psicoterapia de la conducta que se llama "exposición". En

esta forma de tratamiento, el paciente entra repetidamente en contacto prolongado con las situaciones que suelen provocarle la tensión hasta que desaparece el malestar en su presencia (9).

#### Trastorno Distímico (o Neurosis Depresiva).

Agentes antidepressivos: Es concebible que el paciente clasificado bajo el encabezado de trastornos distímicos tenga síntomas sobrepuestos como alteraciones del sueño, llanto y sensación de ineficiencia, y sería un buen candidato para una prueba con agentes antidepressivos (9).

Pueden prescribirse medicamentos antidepressivos o sedantes la amitriptilina (tryptanol) y la imipramina (tofranil) y sus derivados por lo general proporcionan alivio sintomático en la depresión sin interferir grandemente con la terapéutica. El meprobamato o dosis pequeñas de ferozbarbital pueden ser de utilidad en la ansiedad intensa (14).

Litio: No suele emplearse. No se ha efectuado investigación importante con este fármaco.

Terapia Electroconvulsiva no está indicada.

#### Psicoterapia.

Psicoterapia Interpersonal: contiene elementos de terapéutica tanto de sosten como psicodinámica. Esta escuela del pensamiento asume que el desarrollo de depresión ocurre en un contexto social

interpersonal, y se orienta para mejorar el funcionamiento social e interpersonal del paciente. Las principales preocupaciones del tratamiento interpersonal son la resolución de síntomas y la adaptación social, no se pretende fomentar el cambio de la personalidad.

Se conocen otros tipos de terapéutica como son: La psicoterapia\_ a corto plazo, tratamiento de la conducta, psicoanálisis, terapéutica cognositiva, psicoterapia de grupo, terapéutica familiar y la terapia de pareja que se utiliza de acuerdo a las condiciones del terapeuta y de cada paciente (9).

#### Tratamiento de la Hipocondriasis.

No se cuenta con estudios controlados adecuadamente sobre la psicoterapia de la hipocondriasis.

Se pueden resumir las finalidades de la psicoterapia como sigue: persuadir al paciente que su convicción de estar enfermo es falsa, y aliviarle su temor a la enfermedad y a la muerte; mejorar la comprensión que tiene de la naturaleza de sus síntomas y lograr alivio de la tensión somática, lo mismo que de la ansiedad y la depresión (9).

#### Tratamiento farmacológico.

Fármacos contra la ansiedad: La benzodicepinas tienden a disminuir los síntomas somáticos en los pacientes ansiosos y, por lo tanto, pueden ser de utilidad en algunos casos de trastornos somátiformes atípicos.

Antidepresivos: No se cuenta con pruebas de que los antidepresivos sean eficaces en la hipocondriasis o de los trastornos somatoformes atípicos.

Antipsicóticos (neurolépticos): Tampoco hay pruebas de que los antipsicóticos tengan una función dentro del tratamiento de la hipocondriasis (9).

## TRASTORNOS AFECTIVOS

La Depresión es un fenómeno común caracterizado diferentemente como abatimiento, tristeza, retardo de la motilidad, lacrimación y demás. La gama de las reacciones depresivas abarca de una tristeza ligera por una desilusión concreta pasando por reacciones moderadas y de larga duración hasta la depresión intensa psicótica o melancolía (5).

La importancia de la depresión se ha destacado en los últimos años en forma tal que se considera hoy en día no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aún, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de N. Kline como el padecimiento que más afecta a la humanidad (3).

En un estudio epidemiológico realizado hace años por Sorenson y Stromgres en un área geográfica definida, se encontró que 3.9 % de la población mayor de 20 años había presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en una época determinada de su vida (3).

Hirschfeld y Cross (1982) en un estudio realizado sobre la Epidemiología de los desórdenes afectivos, reportan que los pacientes que presentan síntomas depresivos son: Dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres. En estudios realizados en la comunidad se

reporta de manera consistente una relación inversamente proporcional entre clase social e índice de síntomas depresivos. Las personas casadas, y aquellas con relaciones íntimas, no maritales, tienen índices menores de síntomas depresivos en comparación con las personas no casadas (10).

Los autores también reportan que en el Desorden depresivo no-bipolar la prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres. Los índices de este padecimiento guardan una relación inversa con la clase social, las demás variables se reportan igual que en los pacientes con síntomas depresivos. En el desorden depresivo bipolar: la prevalencia es aproximadamente la misma para hombres que para mujeres. Los índices son ligeramente más altos en las clases sociales altas. No existe asociación en cuanto al estado civil. La edad de inicio es más temprana, alrededor de diez años antes, en comparación con el desorden depresivo no bipolar (10).

Más adelante serán definidos los términos Síntomas depresivos, Desorden depresivo No-bipolar y Desorden depresivo bipolar, cuando se mencione las clasificaciones de los Trastornos afectivos.

El Doctor Sartorius (1981) realizó un estudio acerca de la prevalencia de la Depresión entre la población en general. La población seleccionada estuvo constituida por los habitantes de una comunidad urbana en la ciudad de México. La población estudiada fue de 15 años o más de residencia permanente en el lugar. Los resultados

de la investigación que reportan son: Una prevalencia de 11.63 % de Depresiones medias y de 2.47 % de Depresiones severas o sea un total de 14.1 % de enfermos deprimidos. La relación entre Depresión y sexo corresponde a 11.8 % al sexo masculino y de 15.1 % al sexo femenino con predominio de este último. En relación con la edad hay un aumento importante de la presentación del cuadro Depresivo en personas mayores de 60 años (27.8 %) seguida de cerca por el grupo de 55 a 59 años (25.5 %). En cuanto al estado civil la prevalencia es mayor en viudos con 30.7 % de la población corresponde a este grupo (3).

#### CAUSAS DE LA DEPRESION

##### Causas genéticas.

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, numerosos autores han presentado pruebas en favor de la Teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco depresiva. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia (3).

##### Causas psicológicas.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión pero son especialmente importantes en

la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de la vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos sin embargo no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y de la dependencia respecto de los miembros de la familia (3).

#### Causas ecológicas.

Hoy en día la contaminación preocupa a la humanidad pues va a la par del crecimiento demográfico. En 1978 la población del mundo alcanzó los 400 millones y para el año 2000 se calcula una población de 7000 millones. Durante la última centuria la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que superó con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas a saber: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente. De esta manera, en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente disminuye la calidad de su vida. Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este torbellino, en que, por lo tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se

desenvuelve (3).

#### Causas sociales.

Guillermo Calderón (1984). Menciona que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de la especie humana. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que ha través de los siglos se han heredado de los antecesores. Un aspecto importante de estos sistemas es que permiten resistir con fuerza biológica cualquier intento de destrucción de las ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en las personas cuando alguno de ellos se destruye (3).

Hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida muy sensible origina un fuerte impacto que hace que personas con antecedentes de alcoholismo aumenten su ingestión de bebidas alcohólicas, y que otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos; es decir, en todos los casos los humanos reaccionan vigorosamente, con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos (3).

## CLASIFICACION

La clasificación del Síndrome Depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas, como factores determinantes aparentemente obvios; entonces la depresión es llamada EXOGENA O REACTIVA; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como ENDOGENA (3).

Hirschfeld y Cross (1982) clasifican a los desordenes afectivos en dos síndromes clínicos de depresión (desorden depresivo bipolar y desorden depresivo no-polar) y síntomas depresivos (10).

Jacobson y McKinney (1982) observaron que existe una diferencia entre trastorno y paciente en la advertencia de la clasificación DSM-III, de que es una clasificación de los trastornos que tienen los sujetos y no de los propios sujetos (9).

De acuerdo a la clasificación DSM-III los trastornos afectivos se clasifican en:

296.6x	Trastorno bipolar mixto
296.4x	Trastorno bipolar maniaco
296.5x	Trastorno bipolar depresivo
296.2x	Depresión mayor, crisis única
296.3x	Depresión mayor recurrente
301.13	Trastorno ciclotímico
300.40	Trastorno distímico (o neurosis depresiva)
296.70	Trastorno bipolar atípico
296.82	Depresión atípica

De la clasificación DSM-III (Manual Estadístico y Diagnóstico de 1980) a continuación se mencionan los aspectos esenciales de los Trastornos Afectivos Principales:

#### Trastorno Bipolar Maniaco (296.4)

El aspecto esencial del trastorno bipolar maniaco consiste en una o más crisis maniacas. La observación principal durante una crisis maniaca es el período definido en el que el humor predominante está elevado, amplio o irritable. Además, el síndrome maniaco se acompaña de otros síntomas, como hiperactividad, lenguaje a presión, vuelo de ideas, amor propio intensificado, disminución de la necesidad

de dormir, distracción con facilidad y participación excesiva en actividades que tienen gran peligro de consecuencias dolorosas (9).

#### Trastorno Bipolar Depresivo (296.5)

Los aspectos esenciales del trastorno bipolar depresivo consisten en una o más crisis maníacas y una crisis depresiva principal en ese momento. El dato más importante en una crisis depresiva grave consiste en humor deprimido o pérdida del interés o del placer por todas o casi todas las actividades y los pasatiempos ordinarios. Este trastorno es prominente y relativamente persistente, y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas consisten en alteración del apetito, cambio de peso, trastornos del sueño, agitación o retraso psicomotores, disminución de la energía, sentimientos de insuficiencia o culpabilidad, dificultad para concentrarse o pensar y pensamientos de muerte o ideas suicidas (9).

#### Depresión Mayor, Crisis Única (296.2x)

El aspecto esencial de la depresión mayor, crisis única es una crisis depresiva de primera importancia sin antecedentes de una crisis depresiva, maníaca o hipomaniaca importante previa. La observación principal es la depresión del humor o la pérdida del interés o el placer por todas las actividades y los pasatiempos ordinarios o por casi todos ellos. Este trastorno es prominente, y relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas consisten en alteraciones del apetito, cambios del peso, trastornos del sueño, agitación o retraso psicomotores, disminución de la energía, sensacio-

nes de ineptitud o remordimientos, dificultades para concentrarse o pensar, pensamientos sobre muerte o intentos de suicidio (9).

#### Depresión Mayor Recurrente (296.3x)

El aspecto esencial de la depresión mayor recurrente es una crisis importante de depresión en un sujeto que ha tenido otra crisis de este tipo, pero que nunca ha experimentado una crisis maniaca o hipomaniaca. Como estos pacientes pueden ser vulnerables a las crisis ulteriores de depresión importante, una de las finalidades del tratamiento debe ser la disminución final de estas crisis (9).

#### Trastorno ciclótico (301.13)

El aspecto esencial del trastorno ciclótico es una alteración crónica del humor de dos años de duración por lo menos, que abarca numerosos períodos de depresión e hipomanía, pero no de gravedad y duración suficientes para satisfacer los criterios de una crisis depresiva o maniaca importante (síndrome afectivo completo). Los períodos depresivos e hipomaniacos pueden estar separados por períodos de humor normal que duran hasta varios meses a la vez. En otros casos están entremezclados y ocurren de manera alternativa (9).

Trastorno distímico (o neurosis depresiva) (300.40) ya fue descrita en las Neurosis.

En el estudio Epidemiología de los desórdenes afectivos (1982) Hirschfeld y Cross definen los términos que utilizan, es este reporte:

El síndrome clínico de la depresión como un desorden psiquiátrico, cuya característica clínica principal es el ánimo disfórico y la pérdida incisiva del interés y el placer habitual y algunos de los siguientes síntomas: trastorno del sueño y del apetito, pérdida de la energía, agitación o retardo psicomotriz, sentimientos de autorreproche o de culpa inapropiada y disminución de la capacidad de concentración.

La depresión bipolar esta diferenciada de la depresión no bipolar en que, algunas veces en el pasado, el depresivo bipolar ha experimentado un episodio maniaco o hipomaniaco (ej. un episodio de disturbios afectivos caracterizado por elevado, ampliado y/o ánimo irritable, acompañado por aumento de la actividad y lenguaje expresivo, vuelo de ideas, grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, y/o distractibilidad), mientras la enfermedad no bipolar involucra solo episodios depresivos (10).

El concepto de síntomas depresivos implica disforia, acompañada de rasgos depresivos, aunque estos no llegan a cumplir con los criterios del síndrome clínico depresivo. Este se diagnostica a partir de la entrevista clínica, mientras que los síntomas depresivos se evalúan con mayor frecuencia a través de cuestionarios autoaplicables (10).

Como se puede comprobar la diversidad de clasificaciones es un obstáculo para el diagnóstico de la Depresión ya que se crea confusión en el entendimiento del trastorno.

## CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la Depresión puede presentarse dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva y otro en el cual predominan síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Para facilitar la exposición, dividiremos los síntomas en cuatro grupos:

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos (3)

### Trastornos de la afectividad

---

Síntoma	Manifestaciones
Indiferencia afectiva	Disminución o pérdida de intereses vitales.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones.
Pesimismo	Enfoque vital derrotista, da origen a dependencia hacia la familia.
Miedo	Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo miedo a bañarse).
Ansiedad	Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.
Irritabilidad	Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

---

## Trastornos de la esfera intelectual

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 o fracaso.	Autodevaluación Incapacidad de enfrentamiento.
Pensamiento obsesivo	Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

(3)

## Trastornos de la conducta

Síntoma	Manifestaciones
Actividad disminuida	Descuido de sus obligaciones y de su aseo_ persona.
Productividad disminuida	Mal rendimiento en el trabajo.
Impulsos suicidas	Ideas o intentos de privarse de la vida.
Impulsos a la ingestión de alcohol y otras drogas.	Tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

(3)

## Trastornos somáticos

---

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

---

(3)

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión puede ser de tipo farmacológico, psicológico (psicoterapia) o electroconvulsivo.

Siendo el primero el más sencillo, de menor riesgo, de costo más accesible y al mismo tiempo de alta efectividad en la mayor parte de los casos, deberá ser el preferido para iniciar la terapéutica del enfermo (5).

Existen en la actualidad varios tipos de medicamentos antidepresivos, siendo los más conocidos el grupo de los compuestos tricíclicos (imipramina, desmetilimipramina, nortriptilina, amitriptilina y el de los inhibidores de la mono-amino oxidasa (fenelcina, isocarboxacida). Otros productos más recientes pero aún poco experimentados y algunos como el carbonato de litio, con indicaciones específicas y cierto grado de riesgo en su manejo (5).

El tratamiento debiera iniciarse con dosis medias del producto (75 mg de los tricíclicos y 30 a 45 mg de los IMAO) advirtiéndole que se presenten algunos efectos secundarios como sequedad de la boca o constipación.

No es recomendable, en general, utilizar ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas, a menos de que existan síntomas importantes

de angustia. En este caso las dosis que se deben utilizar deben ser pequeñas ya que en la mayor parte de los casos el paciente suspende el tratamiento por los efectos secundarios de los tranquilizantes y no de los antidepresivos.

Tomando en cuenta que la buena relación médico paciente es una verdadera psicoterapia de apoyo, ésta debe establecerse en las mejores condiciones desde el inicio del tratamiento (5).

Es preciso aclarar al paciente y en ocasiones a sus familiares que los resultados terapéuticos no podrán apreciarse sino hasta tres o cuatro semanas después de haberse iniciado el tratamiento farmacológico. Una vez obtenido el resultado esperado deberá seguirse el tratamiento con dosis de sostén por varios meses y posteriormente se disminuye en forma lenta y progresiva, hasta lograr la supresión total del fármaco.

Cuando un tratamiento antidepresivo efectuado con los medicamentos adecuados en las dosis útiles y por un tiempo mínimo de dos a tres meses, no dé resultados satisfactorios, es preciso suponer que en forma independiente de los factores bioquímicos existen problemas de tipo psicológico que ameritan psicoterapia médica, que realizada por un terapeuta honesto y con una técnica adecuada suele dar buenos resultados en unos cuantos meses de tratamiento (5).

En algunos casos de depresiones psicóticas, de cuadros muy profundos, y muy especialmente cuando existe riesgo inminente de suicidio, el tratamiento electroconvulsivo sigue siendo hasta la fecha la principal indicación. Su aplicación efectuada siempre por un psiquiatra calificado, puede dar resultados muy satisfactorios en un par de semanas (5).

## PROBLEMA

En general los tipos de desórdenes mentales que ocurren en la población y la frecuencia de los más incapacitantes, no son diferentes a los de otros países. Es posible como lo refiere el Doctor Ramón de la Fuente, que el 1 % del total de la población este severamente afectada y que el 10 % de los individuos lo estén en algún momento de su vida (5).

En los centros de salud donde diariamente se atiende a una gran parte de la población de escasos recursos, se ha observado que los trastornos mentales ocupan un lugar importante dentro de la consulta general, en 1984 las neurosis y los trastornos de la personalidad no psicóticos ocuparon el tercer lugar. Dentro de los problemas de salud prioritarios los trastornos mentales psicóticos y no psicóticos en 1984 ocuparon el lugar número diecisiete (8), en comparación con 1985 las estadísticas muestran que las alteraciones mentales en un centro de salud (de la Secretaría de Salud) que se encuentra ubicado en los pedregales de Coyoacán, al sur del Distrito Federal con una población de 166 000 habitantes, la mayoría perteneciente a un estrato socioeconómico bajo (12), se reporta que el 51 % de la población asistente presenta algún trastorno mental. En otro estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar del I.M.S.S. en 1985 los autores

reportan que los trastornos mentales en la práctica médica familiar se encuentra entre el 35 % y el 50 %. Las patologías que más frecuentemente se encontraron fueron la neurosis, reacciones de adaptación y el síndrome depresivo (13).

Es importante que se determine la frecuencia de los trastornos mentales más comunes, ya que de acuerdo a las estadísticas se observa un incremento en la presencia de estas alteraciones; en la consulta general o de primer nivel lo que requiere de una mayor capacitación de los médicos generales y familiares para diagnosticar estos trastornos y brindar un mejor tratamiento y orientación a los pacientes en un primer nivel de atención y en los casos que se requiera serán derivados a un segundo nivel con el especialista en psiquiatría, esta serie de medidas pueden dar como consecuencia mejoría en el estado de salud de los pacientes y trascender en su medio familiar y social en el que se encuentra.

## JUSTIFICACION

Los trastornos mentales representan una de las áreas de mayor influencia dentro de las patologías que más afectan al hombre, sin embargo no se le ha dado la importancia que merece. Se ha visto que cuando alguien enferma busca atención médica para que se le trate algún trastorno orgánico, incluso, en algunas instituciones se conceden días de descanso para recuperar la salud. No así sucede si la persona presenta algún trastorno mental por ejemplo: neurosis, síndrome depresivo, etc., estos padecimientos no son tomados en cuenta como incapacitantes del ser humano, pero es importante señalar que en muchas ocasiones la presencia de estos trastornos repercuten en el individuo y da como consecuencia una gran pérdida o disminución en sus funciones: laborales, afectivas, interpersonales, recreativas, etc. Por lo consiguiente no solo afecta a la persona misma sino también a los que le rodean. De aquí la importancia de realizar un estudio sobre la frecuencia de trastornos mentales principalmente Neurosis y Depresión. El equipo de salud debe tomar en cuenta la presencia de estas enfermedades que pueden ser el único trastorno que presente el individuo o que sean secundarias a una alteración orgánica, por lo tanto deben ser diagnosticadas principalmente por los Médicos generales y familiares ya que constituyen la puerta de entrada al Sistema de Salud de las personas que solicitan atención médica y es bien sabido que la mayoría acude por presentar trastornos orgánicos que pueden

contener algún trastorno psicológico de fondo que se manifiesta por una serie de sintomatología que no encaja en cuadros nosológicos orgánicos de ahí la importancia de saber diferenciar bien los trastornos de tipo orgánico de los trastornos mentales.

En el centro de salud "BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN" de la S.S.no se tiene estadísticas acerca de los trastornos mentales más frecuentes por lo que es importante comenzar a hacer estudios en este nivel que permitan ampliar el conocimiento de las padecimientos mentales que conducirá a mejorar la atención médica de las personas que lo requieran o soliciten.

## OBJETIVOS

1. Obtener la frecuencia de los siguientes trastornos mentales: Neurosis y Depresión.
2. Conocer si existe predominio del sexo femenino sobre el masculino en la presentación de Neurosis y Depresión.
3. Determinar si la depresión a mayor edad es más frecuente.
4. Delimitar grupos de riesgo, tomando en cuenta las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y ocupación en las categorías diagnósticas Neurosis y Depresión.
5. Conocer el número de pacientes que fueron diagnosticados y tratados por el Médico General y Familiar y el número de casos que fueron enviados al especialista en Psiquiatría.

## PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

### TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo de corte transversal.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

1. La información se obtendrá de los expedientes clínicos provicionales y definitivos de la población que asiste al Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán", de los módulos número dos al ocho, que tiene su población ya determinada y de acuerdo a las zonas establecidas y que circundan el centro de salud mencionado.

Estos expedientes corresponden a personas que acuden al centro de salud pero que falta de corroborar si su domicilio corresponde a las zonas del mismo, y se espera que su asistencia sea regular o continua para que posteriormente se les asigne un expediente definitivo.

2. El lugar donde se llevará a cabo la investigación: El Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán".
3. El tiempo para la investigación comprenderá el mes de diciembre de 1986 y enero de 1987.

## MATERIAL Y METODOS

Se aplicará un cuestionario a los expedientes clínicos para obtener la información. El instrumento contendrá datos de identificación del paciente y las variables que se tomaron en cuenta para cumplir con los objetivos. El propio investigador será el encargado de llenar el instrumento de captación de datos.

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO

El cuestionario esta dividido en dos partes. La primera parte se utilizará para anotar datos que servirán para identificar al paciente, con letra de molde se escribirá el nombre completo del paciente comenzando con el nombre, después los apellidos paterno y materno; esta información sirve para evitar que se registre más de una vez a cada paciente. Después se escribirá el número de expediente en los casos que se tenga y el número del módulo al que pertenece.

La segunda parte de las preguntas se contestará cruzando con una X el cuadro correspondiente a las características de cada caso en particular. Cada pregunta tiene opción a una sola respuesta y solamente una de las preguntas con el número 9 ó 10 quedará sin contestar, por ejemplo en el caso que se investigue Neurosis la pregunta sin contestar será el número 9 que dice ¿La depresión del paciente se clasificó como? ya que si se investiga Neurosis se debe especificar el tipo de la misma o viceversa si se trata de Depresión. Todas las demás preguntas deberán ser contestadas.

## CUESTIONARIO

### I. Identificación del paciente

- a) Nombre completo del paciente:
- b) Número de expediente:
- c) Pertenece al módulo número:

### II. Cruzar con una X el cuadro que corresponda a la respuesta correcta de acuerdo a cada caso:

#### 1. El paciente pertenece al sexo:

- a) masculino
- b) Femenino

#### 2. Grupo de edad al que pertenece

- a) 18 - 26 años
- b) 27 - 35 años
- c) 36 - 44 años
- d) 45 - 53 años
- e) 54 - 64 años

#### 3. Estado civil del paciente:

- a) soltero
- b) casado
- c) unión libre
- d) divorciado o separado
- e) viudo

4. Ocupación del paciente:

- a) Estudiante
- b) ama de casa
- c) comerciante
- d) obrero
- e) subempleado
- f) empleado
- g) profesional

5. La categoría diagnóstica del paciente es:

- a) Neurosis
- b) Depresión

6. El diagnóstico de cualquiera de estos dos padecimientos fue hecho por el Médico General y Familiar:

- a) si
- b) no

7. El paciente fue enviado al especialista en Psiquiatría:

- a) si
- b) no

8. El diagnóstico de cualquiera de esos dos padecimientos fue hecho por el especialista en Psiquiatría:

- a) si
- b) no

9. La Depresión del paciente se clasificó como:

- a) síndrome depresivo
- b) depresión exógena
- c) depresión endógena
- d) otros tipos de depresión
- e) depresión no especificada

10. La Neurosis del paciente se clasificó como:

- a) neurosis de ansiedad
- b) neurosis depresiva
- c) otros tipos de neurosis

11. El tratamiento del paciente con Neurosis o Depresión fue indicado por:

- a) el Médico General y Familiar
- b) el Especialista en Psiquiatría

12. El paciente tratado por presentar cualquiera de los dos padecimientos mencionados, se encuentra en la siguiente situación:

- a) continúa en tratamiento con el Médico General y Familiar.
- b) Se desconoce el estado actual del paciente que fue tratado por el M.G.F.
- c) El M.G.F. perdió el caso.

## CRITERIOS DE SELECCION

### I) Criterios de inclusión:

- 1) Personas con expediente definitivo o provisional de los módulos número dos al ocho que acuden a consulta al Centro de Salud "Beatriz Velasco de alemán".
- 2) Personas con el diagnóstico de Neurosis o Depresión que haya sido hecho en el año de 1986.
- 3) Que los diagnósticos antes mencionados hayan sido hechos por el Médico General y Familiar o el especialista en Psiquiatría - del mismo lugar.
- 4) Personas de sexo masculino y femenino y con edad comprendida -- entre los 18 y 64 años.
- 5) Que además se conozca el estado civil, ocupación, diagnóstico y tratamiento de cada paciente.
- 6) Que los diagnósticos de Neurosis o Depresión sean los únicos -- que tiene el paciente o que se hayan hecho junto con otros diagnósticos de trastornos orgánicos.

### II) Criterios de exclusión:

- 1) Personas menores de 18 años o mayores de 64 años.
- 2) Personas que el diagnóstico de Neurosis o Depresión haya sido -- hecho antes de enero de 1986.
- 3) Que presenten dos o más trastornos mentales.

- 4) Paciente con duda en el diagnóstico o de probable.
- 5) Que antes de comprobarse el diagnóstico el paciente tenga más - de dos semanas de tratamiento con antidepresivos o neurolépticos anteriormente prescritos.
- 6) Personas con el diagnóstico de climaterio, o intervenciones quirúrgicas reciente.
- 7) Pacientes que presentan reacción de duelo por el fallecimiento o la pérdida de una persona significativa.
- 8) Que se encuentre en tratamiento con fármacos antihipertensivos que producen cuadros psicóticos y depresión, ejemplo: hidralazina, alfa metildopa, reserpina y que se sospeche que el trastorno mental es producido por alguno de estos medicamentos.

## VARIABLES INVOLUCRADAS

Sexo

Edad

Estado civil

Ocupación

Diagnósticos: 1) Neurosis y subtipos  
2) Depresión y subtipos

Tratamiento 1) Indicado por el Medico General y Familiar  
2) Indicado por el especialista en psiquiatria

### Definición de variables

**Sexo:** Conocer el número determinado de las personas de ambos sexos (masculino y femenino) que presentan algún trastorno mental puede ser útil para identificar si existe alguna diferencia importante de predominio en los padecimientos mentales que se estudian.

**Edad:** Es una variable muy importante en el presente trabajo, ya que servirá a través de los grupos de edad, saber ~~cuales~~ son los más afectados, por que se ha visto que en algunas edades son más frecuentes ciertos trastornos mentales.

Estado Civil: Puede servir para saber si existe alguna relación con la Neurosis y la Depresión y así se observará cual es la posición más afectada por alguno de estos trastornos.

Ocupación: También su valoración es muy importante ya que las personas pueden estar muy influenciadas en su estado de salud, específicamente en el área mental por factores que afectan en la ocupación, tensión emocional, responsabilidad, horas de trabajo, tipo de actividad, etc.

Diagnosticos: 1) Neurosis  
2) Depresion

Los diagnósticos ha estudiar son la base principal de este estudio, por lo tanto la identificación de los mismo conducen a la estimación de su frecuencia, importancia y repercusión en las personas afectadas.

Tratamiento: 1) Por el Médico General y Familiar.  
2) Por el especialista en psiquiatría

El tratamiento que se le indica a cada paciente es un punto muy especial de conocer por muchas razones, es de mencionar que en esta parte pueden conocerse diversas situaciones que van desde los pacientes que llevan su tratamiento, que lo han suspendido, que nunca lo inician o que lo concluyen satisfactoriamente. Le corresponde

a los médicos que tratan a pacientes con algún problema mental de saber cual es la situación de sus pacientes en el transcurso de su evolución.

#### PLANES PARA EL ANALISIS

A) Selección de técnicas para el manejo de datos.

Después de la aplicación del cuestionario a los expedientes se hará una selección de los casos que reúnan los criterios de inclusión y exclusión, se ordenará en hojas grandes especiales para recolección de datos, la información obtenida, de los casos encontrados. Se hará un recuento de datos, los que se sumarán para sacar el total de casos y se obtendrán los totales para cada variable estudiada.

B) Métodos estadísticos que se van a utilizar.

Se obtendrán los porcentajes de cada variable, Medidas de tendencia central: se obtendrá la media en datos agrupados en los intervalos de clase para los grupos de edades.

C) Se presentarán los resultados mediante tablas estadísticas para distribución de frecuencias por sexo, grupos de edad, estado civil, ocupación del paciente, diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los casos.

## RESULTADOS

TABLA I  
DISTRIBUCION DE LA NEUROSIS DE ACUERDO AL SEXO  
EN LA CONSULTA DEL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR  
1986

SEXO	No.	%
Masculino	4	8.0
Femenino	44	92.0
Total	48	100.0

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

La frecuencia de Neurosis en el centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán" en 1986 fue de 48 casos. En la distribución por sexo (tabla 1), predomina el sexo femenino con 40 casos ó 92 % y sólo hubo 4 casos u 8 % del sexo masculino.

TABLA 2  
DISTRIBUCION DE LA DEPRESION DE ACUERDO AL SEXO  
EN LA CONSULTA DEL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR  
1986

SEXO	No.	%
Masculino	4	9.0
Femenino	40	91.0
Total	44	100.0

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

La frecuencia de Depresión en el centro de salud en 1986 fue de 44 casos, de los cuales, 40 casos ó 91 % corresponden al sexo femenino y 4 casos ó 9 % corresponden al sexo masculino. (Tabla 2).

TABLA 3  
DISTRIBUCION DE NEUROSIS POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	No.	%
18 - 26	12	25.0
27 - 35	15	31.2
36 - 44	15	31.2
45 - 53	5	10.5
54 - 64	1	2.1
Total	48	100.0

Fuente: Archivo clínico del Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán".

En la tabla 3 se muestra la distribución por grupos de edad de -- los pacientes con Neurosis, se observa que los grupos de 27 a 35 años - y de 35 a 44 años tienen los más altos porcentajes con 15 casos o 31 % para cada grupo. El promedio para los grupos de edad fue  $\bar{X} = 8.12$

TABLA 4  
DISTRIBUCION DE LA DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	No.	%
18 - 26	9	20.4
27 - 35	12	27.2
36 - 44	10	23.0
45 - 53	4	9.0
54 - 64	9	20.4
Total	44	100.0

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán"

En los pacientes con Depresión tabla 4, se observa que el grupo de 27 a 35 años de edad tiene el mayor porcentaje con 12 casos ó 27.2 %, - el siguiente grupo con un porcentaje alto es el de 36 a 44 años con 10\_ casos ó 23 %.

El promedio para los grupos fue  $\bar{X} = 8.44$

TABLA 5  
DISTRIBUCION DE NEUROSIS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	6	12.5
Casado	35	73.0
Unión libre	4	8.3
Divorciado o separado	3	6.2
Viudo	-	-
Total	48	100.0

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

En la distribución de la Neurosis por estado civil (tabla 5), se - observa que las personas casadas ocupan el primer lugar en la presenta- ción de este trastorno, su porcentaje fue de 73 % con 35 casos de un to- tal de 48 casos, en los demás grupos sus porcentajes fueron bajos y no - se presentó alguna persona viuda con esta alteración.

TABLA 6  
DISTRIBUCION DE LA DEPRESION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltero	4	9.1
Casado	28	64.0
Unión libre	4	9.1
Divorciado o separado	5	11.0
Viudo	3	6.8
Total	44	100.0 %

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

Para los pacientes con Depresión, en la distribución de acuerdo al estado civil (tabla 6), el mayor porcentaje lo obtuvieron las personas - casadas con 28 casos o 64 %, los demás grupos sus porcentajes fueron entre 9.1 % a 6.8%, este último corresponde a las personas viudas.

TABLA 7  
DISTRIBUCION DE NEUROSIS DE ACUERDO A LA OCUPACION

OCUPACION	No.	%
Estudiante	3	6.0
Ama de casa	32	67.0
Comerciante	5	10.5
Obrero	2	4.0
Subempleado	5	10.5
empleado	1	2.0
profesional	-	-
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

En lo que se refiere a la ocupación en los pacientes con Neurosis, (tabla 7) las amas de casa ocupan el primer lugar en la presentación de este trastorno, con 32 casos o 67 %, el segundo lugar lo ocupan los comerciantes y subempleados con 10.5 % respectivamente. En las demás ocupaciones los porcentajes fueron muy bajos.

TABLA 8  
DISTRIBUCION DE LA DEPRESION DE ACUERDO A LA OCUPACION

OCUPACION	No.	%
Estudiante	2	4,5
Ama de casa	27	61.0
Comerciante	6	14,0
Obrero	3	7.0
Subempleado	2	4,5
Empleado	3	7.0
Profesional	1	2.0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

En la distribución de la Depresión de acuerdo a la ocupación (tabla 8), las amas de casa también ocupan el primer lugar en la presentación de este trastorno, para las demás ocupaciones los porcentajes obtenidos son menores, se encuentran entre el 14 % al 2 % éste último corresponde a un profesionalista.

TABLA 9  
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS DE NEUROSIS

CATEGORIA DIAGNOSTICAS	No.	%
Neurosis de Ansiedad	37	77.0
Neurosis Depresiva	10	21.0
Neurosis Fóbica	1	2.0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

## Frecuencia de Neurosis y Depresión

En la consulta del Médico General y Familiar en el centro de salud, de los trastornos de Ansiedad o Neurosis (tabla 9), se encontraron en total 48 casos, de los cuales, 37 casos ó 77 % corresponden a la Neurosis de Ansiedad y 10 casos ó 21 % corresponden a la Neurosis Depresiva, de los demás casos solo hubo uno de Neurosis Fóbica representa el 2 %.

La clasificación de estos trastornos corresponden a la clasificación DSM-II

TABLA 10  
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS DE DEPRESION

CATEGORIA DIAGNOSTICA	No.	%
Síndrome	21	48.0
Exógena	13	30.0
Endógena	1	2.0
Depresión Mayor	1	2.0
No especificada	8	18.0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

En lo que se refiere a los trastornos afectivos o Depresión, se encontraron 44 casos (tabla 10), los diagnósticos más frecuentes fueron: en primer lugar en Síndrome Depresivo con 21 casos o 48 %,

en segundo lugar la Depresión Exógena con 13 caso ó 30 %. Es importante señalar que las categorías diagnósticas que se presentan en la tabla 10 no corresponden a una sola clasificación, ya que como se mencionó anteriormente, existe una diversidad de clasificaciones que dificultan el diagnóstico de la Depresión, por lo que en esta tabla se describen los diagnósticos encontrados, incluyéndose a los trastornos depresivos no especificados que corresponden a los casos en que no se preciso el tipo de Depresión.

TABLA 11  
 TRATAMIENTO DE LA NEUROSIS EN LA CONSULTA  
 DEL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR  
 1986

TRATAMIENTO	No.	%
Por el Médico General y Familiar	18	37.5
Se envió a Salud Mental	5	10.5
Se perdió el caso	12	25.0
Se desconoce el tratamiento	13	27.0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100.0 %</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatriz Velasco de Alemán".

De acuerdo a los diagnósticos emitidos de Neurosis, el tratamiento que recibieron los pacientes se encontró de la siguiente forma: 18 pacientes ó 37.5 % recibieron tratamiento del Médico General y Familiar, 5 casos 10.5 % fueron enviados por el mismo médico al servicio de Salud Mental del centro de salud; 12 pacientes ó 25 % no continuaron el tratamiento indicado y no acuden a consulta; en 13 caso ó 27 % no se refiere el tratmiento que les fue indicado a esos pacientes.

TABLA 12  
 TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN LA CONSULTA  
 DEL MEDICO GENERAL Y FAMILIAR  
 1986

TRATAMIENTO	No.	%
Por el Médico General y Familiar	16	36.0
Se envió a Salud Mental	7	16.0
Se perdió el caso	11	25.0
Se desconoce el tratamiento	10	23.0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Archivo clínico del centro de salud "Beatris Velasco de Alemán".

Los pacientes con Diagnóstico de Depresión fueron tratados de la forma siguiente (tabla 12): 16 pacientes ó 36 % fueron tratados por el Médico General y Familiar, 7 pacientes o 16 % fueron enviados al Servicio de Salud Mental, 11 casos ó 25 % inicialmente fueron tratados por el Médico General Familiar pero dejaron de asistir a la consulta, 10 pacientes ó 23 % se desconoce el tratamiento que les fue indicado ya que no se refiere en los expedientes.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE NEUROSIS

A través del estudio realizado en la población del centro de salud, con el diagnóstico de Neurosis, se puede observar que existe un amplio predominio del sexo femenino en la presentación de este trastorno.

De acuerdo a los grupos de edad estudiados, se observó que hay mayor frecuencia de Neurosis en los grupos de edad adulta más jóvenes, esto es, en los grupos de 18 a 26 años de edad y de 27 a 35 años que representan más de la mitad del total.

De las frecuencias más altas presentadas por las variables anteriores: sexo femenino y edades adultas más jóvenes, se puede deducir que el estado civil que predomina sean los casados, lo cual se pudo comprobar en el presente estudio ya que las personas casadas tienen más alto porcentaje que las demás ocupaciones.

Es importante mencionar que la población que asiste a la consulta al centro de salud son en su mayoría mujeres y niños por lo que este factor puede influir en la frecuencia tan elevada que tiene el sexo femenino en la presentación de este trastorno.

En estudios realizados por Padilla y colaboradores (12) se reporta la presencia de trastornos mentales principalmente Neurosis más frecuentemente en el sexo femenino y casadas, sin embargo no reporta variaciones en los grupos de edades.

La ocupación puede ser un factor determinante en la presentación de la Neurosis. En este estudio las amas de casa tienen la mayor frecuencia de este trastorno, existiendo una relación muy estrecha con el predominio encontrado en las variables anteriormente descritas.

Factores como la gran responsabilidad, excesiva cantidad de trabajo así como un medio ambiente hostil pueden influir en la presentación de este trastorno. Sin embargo, en el estudio las amas de casa que en su mayoría provienen de medio socioeconómico bajo ocuparon el primer lugar en la presentación de la Neurosis. En este resultado pueden encontrarse otros factores que se relacionan con la elevada frecuencia de este trastorno y son: la situación económica baja, la competencia diaria que se establece para lograr un mejor nivel de vida, el crecimiento demográfico en la ciudad, conflictos --- dentro de la familia y una serie de características que también pueden encontrarse involucradas. Pero en sí se desconoce cuales pueden ser las condiciones que colocan a las amas de casa en primer lugar, lo que puede servir para realizar alguna investigación sobre este punto.

## Frecuencia de Neurosis

Los diagnósticos de Neurosis emitidos en el centro de salud en 1986 fueron: En primer lugar la Neurosis de Ansiedad y en segundo lugar la Neurosis Depresiva. Padilla y cols. (12), hacen referencia de la Neurosis como el trastorno mental más frecuente. Campillo (6) en un estudio realizado menciona a la Neurosis de Ansiedad y la Neurosis Depresiva como los diagnósticos más frecuentemente encontrados.

La presentación de estos trastornos que tienen una sintomatología muy amplia y distintiva, así como por la alta frecuencia en que se reportan, permiten fácilmente hacer su diagnóstico.

Sin embargo, en el manejo de estos pacientes se ha encontrado una gran dificultad sobre todo en el primer nivel de atención médica.

De acuerdo con los resultados obtenido en este estudio, el Médico familiar hizo casi todos los diagnósticos, decidiendo en la mayoría de los casos la conducta terapéutica para los mismos, por lo que muchos pacientes recibieron tratamiento del Médico General Familiar obteniendo mejoría de sus pacientes en una tercera parte de los mismos. En un 10 % de los casos se requirió que fueran enviados al Servicio de Salud Mental del centro de salud por requerir un tratamiento más específico. Pero en cambio más de la mitad de los casos diagnosticados que se les indicó tratamiento, dejaron de asistir

a la consulta con el Médico General Familiar e incluso en algunos casos se desconoce casi en su totalidad cual fue el tratamiento que les fue indicado. Por lo que es importante realizar estudios dirigidos hacia cuales pueden ser las causas de que los pacientes no acudan a la consulta, no continuen el tratamiento que les fue indicado. Otros estudios pueden estar dirigidos a determinar si los médicos tienen la capacidad o conocimientos para diagnosticar y tratar este tipo de padecimientos.

#### CONCLUSIONES

La neurosis es uno de los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados por el Médico General Familiar y sus tipos más frecuentes son la Neurosis de Ansiedad y la Neurosis Depresiva.

Los pacientes de sexo femenino, casadas, con edades comprendidas entre los 18 a 35 años de edad presentan más frecuentemente Neurosis. - Las amas de casa predominan en la presentación de este trastorno.

El diagnóstico de la Neurosis no representa dificultad para los Médicos Familiares pero el manejo de estos pacientes no es completamente exitoso.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE DEPRESION

La depresión es uno de los trastornos mentales que actualmente tienden a aumentar rápidamente, lo que ha sido confirmado por diversos autores (3).

La frecuencia de depresión de acuerdo a las variables estudiadas fue la siguiente:

Hay mayor frecuencia de depresión en las mujeres que en los hombres, sin embargo esto puede deberse a que en el estudio, la población del sexo femenino fue mayor que la de sexo masculino, lo que se relaciona con la mayor asistencia de mujeres a la consulta médica del centro de salud.

Las edades que presentaron mayor riesgo de depresión son de 27 a 35 años y de 36 a 44 años que representan el 50 por ciento de el total de los casos, pero también el grupo de edad más avanzada de 54 a 64 años obtuvo el 20 por ciento que lo coloca dentro de los grupos con mayor riesgo.

Sartorius (3) reporta un aumento importante de depresión en mayores de 60 años (28 %) seguido de cerca por el grupo de 55 a 59

años (26 %). De estos resultados se concluye que la depresión es más frecuente conforme avanza la edad pero puede presentarse a cualquier edad.

En lo que se refiere al estado civil los casados y de sexo femenino tienen la mayor frecuencia de depresión con 64 por ciento, Calderón y Sartorius (3) reportan mayor índices de depresión en viudos, lo que no se comprobó en el estudio por la escasa población de viuda. Sin embargo es importante tomar en cuenta el predominio de este trastorno en las personas casadas ya que también Padilla (13) reporta el predominio de las mujeres y casadas en la presentación de trastornos emocionales.

No se puede dar una explicación concreta en cuanto al resultado obtenido sin embargo, es probable que se relacione con factores económicos, sociales, culturales y afectivos que se han ido modificando a través del tiempo, dando lugar a una serie de problemas de difícil resolución por ejemplo: escasas oportunidades para obtener mayores ingresos económicos, la inflación, sobrepoblación en zonas urbanas, farmacodependencia, enfermedades crónicas, rompimiento de vínculos afectivos por divorcio, separación o muerte, que enfrentan las familias y que pueden afectar a uno o más de sus miembros. Sin embargo no se descarta la posibilidad de que sean otras las causas que originen trastornos emocionales por lo que el estudio de las condiciones que pueden originar depresión en las mujeres casadas puede ser un punto importante a investigar. Como era de esperarse las amas de casa

predominaron en la presentación de este trastorno.

La clasificación de la depresión siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias (3) por lo que los médicos generales y los especialistas utilizan diversas clasificaciones ocasionando confusión para el entendimiento de algunos diagnósticos.

En el presente estudio las categorías diagnósticas que se encontraron no corresponden a una sola clasificación, pero se trata de diagnósticos de fácil comprensión y amplia utilización.

El primer lugar con 45 % de los casos lo ocupa el síndrome depresivo que consiste en signos y síntomas depresivos sin una etiología determinada, el segundo lugar con 30 % de los casos lo ocupa la depresión exógena que se conoce porque las causas que lo originan son externas, ambientales o psicológicas. Puede afirmarse que estos tipos de depresión los presentan más frecuentemente las mujeres, casadas y amas de casa asociando los resultados obtenidos. Queda como punto a investigar el predominio de estos trastornos en las amas de casa y sus causas.

En lo que se refiere al tratamiento, el médico general familiar maneja a casi el total de sus pacientes obteniendo éxito en solo 36 % de los casos, enviando al servicio de salud mental al 16 % del total y el restante 48 % representa los casos que perdió el médico.

familiar y en la mitad de los mismos se desconoce cual fue el tratamiento que le fue indicado.

De acuerdo a estos datos se puede observar que el médico general familiar descuida aspectos importantes en el manejo de sus pacientes.

#### CONCLUSIONES

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la consulta del médico general familiar del centro de salud.

Las mujeres casadas y amas de casa presentaron mayor índice de depresión lo que pudo haber sido determinado por la gran demanda de atención médica de los pacientes de sexo femenino y la escasa solicitud de pacientes de sexo masculino.

Cualquier grupo de edad tiene riesgo de presentar depresión persistiendo este riesgo conforme avanza la edad.

El médico general familiar tiene la capacidad para hacer el diagnóstico de depresión pero debe poner especial atención en el tratamiento adecuado y seguimiento de sus pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. "Trastornos afectivos" DSM-III - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. masson 1984. México, D.F. p.p. 22, 215-235.
2. American Psychiatric Association. "Trastornos por ansiedad" DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. masson 1984. México, D.F. p.p. 22, 237-273.
3. CALDERON, N.G., "Aspectos epidemiológicos, clasificación, causas y cuadro clínico de la depresión" en Calderón, N.G. DEPRESION. Ed. Trillas, México, D.F. 1984 p.p. 19-85 y 205-222.
4. CALDERON, N.G., "Depresión senil" en Calderón, N.G. DEPRESION. Ed. Trillas, México, D.F. 1984. p. 175.
5. CALDERON, N.G. "La depresión problema de salud pública". Rev. Salud Pública de México, Ep. V, V. XXXIII N. 5, sept.-oct. 1981 p.p. 503-508.
6. CAMPILLO, C.S., "La práctica psiquiátrica en hospital general" trabajo presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nac. Med. Rev. Salud Mental V. 117 No. 7 jul-1981.

7. DE LA FUENTE, R., "La Salud mental en México" Rev. Salud Mental V. I. No. 1 abril 1977 p.p. 4-13.
8. DURAN, L., "Problemas de salud prioritarios" Rev. Salud Pública de México V. 26, No. 4 1984.
9. GREIST, H.J., JEFFERSON, W.L., SPITZER, L.R., "Tratamiento de los trastornos mentales" Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1986 p.p. 140-232.
10. HIRSCHFELD, CROSS., "Epidemiology of affective disorders" Arch. Gen. Psychiatry. V. 39, Jan. 1982 p.p. 35-46.
11. MARTINEZ, L.P. y cols., "Prevalencia de los trastornos emocionales en personas de edad avanzada" Rev. Salud Pública México V.25 No. 6 Nov-dic. 1983 p.p. 612-618.
12. PADILLA, P., y cols. "Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud" Rev. Salud Mental V.7 No. 3 otoño 1984. p.p. 72-77.
13. PADILLA, P., PELAEZ, O., "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica" Rev. Salud Mental V.8 No. 3 sept. 1985 p.p. 66-71.

14. SOLOMON, P., PATCH, D.V. "Neurosis" Manual de Psiquiatría.  
2ª ed. México, D.F. E. Manual Moderno 1976 p.p. 129-139.
  
15. ZAX, M., COWEL, E.L. "Psiconeurosis" Psicopatología 2ª ed.  
México, D.F., Ed. Manual Moderno 1983 p.p. 178-188.