

11226  
20.104



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Dpto. de Medicina General Familiar y C.

"INCIDENCIA DE DEPRESION EN EL SERVICIO DE SALUD  
MENTAL DEL CENTRO DE SALUD BEATRIZ VELASCO DE  
ALEMAN. SS. DE 1984 A 1985."

**T E S I S A**  
para obtener el Diploma Universitario en la  
Especialidad de Medicina General Familiar  
p r e s e n t a

**DR. RICARDO MESTAS AVILES**

México, D. F., a 27 de Febrero de 1987.

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

	Página
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
ANTECEDENTES.....	4
OBJETIVOS.....	20
MATERIAL Y METODO.....	21
RESULTADOS.....	22
ANALISIS.....	35
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
ANEXO.....	47

## INTRODUCCION

En la época actual, existen las condiciones favorables para desarrollar la enfermedad depresiva, por lo que cada vez es más frecuente encontrar este trastorno en la población general. Está comprobado que fenómenos como explosión demográfica, crisis económica, emigración a las grandes ciudades, sobrepoblación de las grandes urbes, estrés ciudadano, crisis de valores, pérdida de lazos afectivos, desempleo, e inflación, están relacionados en alguna forma con la depresión, condiciones que frecuentemente encontramos en nuestra sociedad actual.

Se sabe que toda persona en alguna época de su vida, sufre un cuadro depresivo en mayor ó menor grado. La depresión causa un sufrimiento mas ó menos prolongado e intenso a la persona afectada, le produce disminución de su capacidad productiva, deteriora sus relaciones sociales, su capacidad mental y su capacidad emprendedora en la vida. La depresión está considerada actualmente como un problema de salud pública, tanto por su alta incidencia que es del 4% de la población general como por los efectos negativos que produce, así como por la alta frecuencia de suicidio en enfermos deprimidos.

La depresión puede estar enmascarada y frecuentemente no es diagnosticada por los médicos, sobre todo los no especializados en psiquiatría, causandoles gastos innecesarios a los pacientes y sometendolos a procedimientos o tratamientos injustificados. Frecuentemente la depresión acompaña a un gran número de entidades médicas y si el médico no se percata de la misma y no la trata, esto influye negativamente en el tratamiento integral del enfermo.

La depresión se presenta desde el niño, el adolescente, adultos y es frecuente en el anciano. La depresión puede manifestarse por síntomas de tipo orgánico y confundir al clínico mas experto. Se sabe que puede estar asociada a enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, infarto del miocardio, insuficiencia renal, estados postoperatorios,

a enfermedades malignas, a resección de órganos, a situaciones fisiológicas como pubertad, embarazo, parto, puerperio y menopausia.

Por lo antes mencionado se puede deducir que la enfermedad depresiva es muy frecuente y que es un problema que todo médico enfrenta en el trato con sus pacientes.

El presente trabajo pretende mostrar la incidencia que guarda la enfermedad depresiva en un servicio de salud mental de una unidad de primer nivel de atención a la salud, y la importancia que la misma enfermedad tiene con respecto al total de demanda en este tipo de unidad, asimismo, se intenta promover el conocimiento de los padecimientos afectivos y la necesidad de que el médico general y familiar se capacite en esta área de la medicina, con la finalidad de proporcionar una mejor atención a sus pacientes; de ahí que en el presente estudio se de mayor importancia a los aspectos epidemiológicos de la enfermedad depresiva como serían la edad en que con mayor frecuencia se presenta, el sexo más afectado, el estado civil predominante, el lugar de origen del paciente, la ocupación, la escolaridad, los antecedentes de importancia, el motivo de consulta, signos y síntomas, tiempo de evolución del padecimiento, eventos desencadenantes, diagnóstico establecido de acuerdo al tipo de depresión encontrada. De esta manera el presente trabajo pretende mostrar el perfil del paciente deprimido en base al análisis de las variables epidemiológicas que determinan la presencia de este padecimiento, revisando además los conceptos actuales reportados en la literatura médica con respecto a epidemiología, clasificación y cuadro clínico de la enfermedad depresiva, así como una revisión de expedientes clínicos de los pacientes con depresión vistos en el servicio de Salud Mental del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, S.S. en un período de 2 años.

## JUSTIFICACION

En vista de la importancia que cada día adquiere la enfermedad depresiva y de la necesidad de que el médico en el ejercicio de su profesión esté capacitado para manejarla adecuadamente, se hace necesario la implementación de estudios relacionados con la incidencia de la depresión, así como su epidemiología y demás aspectos clínicos.

De particular importancia es para el médico familiar realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de los cuadros depresivos, ya que por las características que este profesionalista tiene, es a él a quien corresponde en numerosas ocasiones establecer la primera entrevista con el paciente deprimido y de ser necesario, pedir la ayuda del especialista si el padecimiento lo requiere. Por lo anterior el médico familiar debe estar capacitado no solo en el campo de la depresión sino en los trastornos mentales mas frecuentes, y la realización de trabajos de investigación de problemas psiquiátricos es un elemento valioso en la adquisición de nuestra propia experiencia, ya que con frecuencia en nuestro medio carecemos de estudios de este tipo.

Con estos antecedentes me dí a la tarea de diseñar un estudio de la incidencia que la depresión guarda en el servicio de Salud Mental del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, SS, durante un periodo de 2 años, con el objeto de motivar en el médico familiar su interés en este trastorno afectivo y obtener un perfil del paciente deprimido que acude a consulta a dicha unidad.

Por último, cabe mencionar que este trabajo es el primero que se realiza en dicha unidad con estas características y espero sea seguido por ulteriores estudios para beneficio del médico y sus pacientes.

## ANTECEDENTES

El término depresión ha sido usado para denotar un síntoma, un síndrome, una respuesta fisiológica inicial y una enfermedad ( 1 ). En este trabajo el término depresión se empleará para designar la enfermedad depresiva. La depresión puede definirse como un trastorno en el que el humor deprimido es el síntoma primario ó principal acompañado de dificultades para pensar (inhibición de la ideación), retarde psicomotor (inhibición de la iniciativa), angustia ó agitación y trastornos somáticos diversos (sueño, apetite, entre otros). ( 2 )

La depresión puede estar enmascarada con síntomas como sensación de fracaso personal, poco amor propio y pérdida de la confianza en sí mismo. El niño puede manifestar su depresión por hipociemesia, cambios de conducta, enuresis, etc. El adolescente con conducta antisocial, el ansioso quejándose de múltiples síntomas, el adulto ingiriendo bebidas alcohólicas, con preocupación excesiva por el trabajo, disminución de la libido, preocupación por la salud, el trabajo y la política. ( 2 )

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

La depresión es una de las enfermedades que con más frecuencia padece la humanidad. El siglo XX se ha caracterizado por múltiples cambios sociales y económicos, los recursos de la tierra son limitados y la población humana crece en forma incontrolada. La gente va en torrentes desde las zonas rurales a las ciudades, ya de por sí densamente pobladas, al llegar encuentra pocas raíces y pocas oportunidades. La ciudad industrializada e impersonal se opone a la vida emocional e ideológica de la vida rural. La gente no llega a adaptarse a la sociedad urbana y se deprime. La clase media, amenazada por los cambios y el aumento de competencia, se ve atrapada en un laberinto de problemas y también se deprime. ( 2 )

En la actualidad existe un incremento de la depresión y aun que no siempre es una enfermedad grave, suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Se le ha considerado la enfermedad de las paradojas, por ejemplo: un hombre joven, fuerte y saludable, teme carecer de los recursos financieros necesarios para alimentar a sus hijos; una mujer bella ruega que se le practique cirugía -

plástica; un científico distinguido se siente incompetente; un sacerdote de conducta intachable se siente un gran pecador. Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la psiquiatría, por lo tanto deben estar al alcance de médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina. Esto facilitaría un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado que evitarían al paciente y a sus familiares muchos años de sufrimiento. Cabe mencionar también que un 15 % de los pacientes deprimidos cometen suicidio. ( 3 )

El incremento de la depresión en los últimos años ha sido tan importante que se le considera en la actualidad como uno de los problemas mas frecuentes de salud pública. Sin embargo por la diversidad de sus síntomas, muchos de ellos de tipo somático, con frecuencia pasa inadvertida al médico que no la tiene presente al hacer su diagnóstico. ( 4 )

## EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad afectiva es la 3a. entidad diagnosticada en los Estados Unidos de Norteamérica, después de la enfermedad cardiovascular y musculoesquelética. La probabilidad de que alguien que viva 70 años sufra depresión en alguna etapa de su vida es de 8% para los hombres y 20% para las mujeres. Se postula que la depresión está en aumento debido a que cada vez es más difícil que una persona alcance sus expectativas de vida y al no lograrlo se deprime. ( 5 )

También se menciona que la depresión puede ser necesaria en todas las personas en algún momento de su vida con el objeto de "cargar sus baterías" y se habla de que el sujeto que nunca se deprime sería estadísticamente, culturalmente y emocionalmente anormal. ( 5 )

Los trastornos afectivos son los mas comunes en psiquiatría. Su prevalencia a lo largo de la vida es del 17 al 20%, y en un año es del 7 al 8 % ( 3 ). La importancia de la depresión se ha destacado en los últimos años en forma tal que es considerado hoy en día no solo como el problema mas frecuente en el campo de la salud mental sino que como el padecimiento que mas afecta a la humanidad. En un estudio epidemiológico realizado por Sorenson y Stromgren en una area 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 de su vida. ( 4 )

Entre nosotros podemos considerar que de 60 a 70 % de los pacientes que ve un psiquiatra clínico presentan cuadros depresivos de intensidad variable. Sin embargo y a pesar de su frecuencia, en un buen número de casos pasa inadvertida para el médico no especializado en psiquiatría, quien frecuentemente espera para pensar en ella encontrar un paciente con un serio trastorno en la esfera afectiva. ( 4 )

La literatura sobre la epidemiología de la depresión aunque abundante, es confusa, incompleta y contradictoria, debido a que los conocimientos actuales sobre los estados depresivos y la introducción de las modernas técnicas epidemiológicas en el terreno de la psiquiatría son recientes. Las tasas de incidencia de la depresión varían de acuerdo con la población de que se trate, por lo tanto, para tener una apreciación general de su magnitud es necesario que se consideren las tasas en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general. En el D.F. y en la República Mexicana, los trastornos afectivos ocupan el 4o. lugar entre los distintos diagnósticos de las instituciones psiquiátricas. Los cuadros depresivos más frecuentes son las psicosis maniaco-depresivas y las psicosis reactiva-depresiva, cifras compatibles con lo reportado en otros países. ( 6 )

La imagen cambia radicalmente si en lugar de hospitales psiquiátricos se utilizan cifras de hospitales generales; por ejemplo, en el servicio de psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás diagnósticos y alcanzó una incidencia del 66% entre la población que acude a tratamiento. En una encuesta en dicho hospital en el servicio de medicina interna y en la de enfermos crónicos se encontró el 38 y 48 % de pacientes con depresión, respectivamente. ( 6 )

No deben sorprender tasas tan altas ya que la población de un hospital general es de alto riesgo. Lo que sí tiene importancia es que a las dos terceras partes de estos pacientes no se les diagnostica y no tienen opción a tratamiento.

En el Centro de Salud Mental de la UNAM, el cual atiende a -

toda la población estudiantil de la ciudad universitaria, el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48 %. Esta cifra es muy cercana a lo reportado en Canadá en un centro similar con un 43 %. ( 6 )

La tasa de incidencia de la depresión para la población general mayor de 15 años es del 4 % ( 6 ).

La incidencia de la depresión en niños es del 2% según el - criterio del DSM-III en la población general de los Estados Unidos de Norteamérica, y puede variar del 2 al 13 por ciento. ( 1 ) Asimismo, la depresión es el trastorno psiquiátrico mas común de la edad avanzada. El 5% de personas mayores de 65 años están deprimidas en los Estados Unidos de Norteamérica, la cifra se eleva si existen enfermedades subyacentes. Esta depresión con frecuencia pasa desapercibida por los médicos de primer contacto y se diagnostica solo en un 25%. ( 7 )

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y - centros de salud. Un dato interesante es que el promedio de vida del paciente deprimido disminuye cada vez más. Expertos internacionales estiman la frecuencia mundial de la depresión en un 3 a 5% de la población total del planeta; esto significa que entre - 100 y 200 millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión. ( 3 )

En 4 estudios longitudinales hechos en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Suecia, se encontró que la epidemiología de la depresión en el último tercio del siglo XX va en aumento con predominio en las mujeres, aunque en algunos grupos de edad la - depresión es igual en hombres y mujeres. ( 8 )

## CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

### SEXO

En el mundo occidental se ha aceptado practicamente que se - deprimen 2 mujeres por cada hombre. Sin embargo esta proporción - no se ha mantenido en países como la India en donde parece que - hay mas hombres con depresión que mujeres. Weissman y Klerman no encuentran ninguna explicación satisfactoria para entender esta -

diferencia, incluso piensan que pudiera ser un artefacto en el diseño de las investigaciones ( 6 ). Los síntomas depresivos predominan en la mujer 2:1 y en el síndrome depresivo del tipo depresión bipolar la proporción es 1.2 para la mujer por 1.0 para el varón y la depresión no-bipolar es 2:1 en favor de la mujer. Existe una hipótesis que trata de explicar lo anterior, se parte de que la mujer acepta mas fácilmente comunicar sus síntomas y en cambio el hombre acude a refugiarse en el alcohol, drogas, etc. y no los expresa en igual frecuencia que la mujer. Se menciona también el factor hormonal ya que durante el postpartum y periodo menstrual aumenta la frecuencia de depresión en la mujer. Se menciona también que la personalidad y el rol social son importantes ya que la mujer es mas pasiva, dependiente, lo que le produce baja autoestima y le hacen vulnerable a los eventos de estres ( 9, 21 ).

#### EDAD

En relación con la edad, Kielhotz reportó que su distribución varía de acuerdo con el tipo de depresión de que se trate. Así, la curva de depresión reactiva es bimodal con un pico en los 30 y otro en los 45 años de edad. La depresión endógena es mas frecuente en los adultos jóvenes (20 a 25 años) y la involutiva, lógicamente se eleva después de los 50 años ( 6 ).

Los síntomas depresivos predominan en jóvenes de 18 a 44 años, en mujeres a los 35 años y en hombres de los 55 a 70 años. El síndrome depresivo predomina a los 40 años; la edad de inicio para la depresión bipolar es después de los 20 años y la no bipolar después de los 30 años, mas exactamente alrededor de los 45 años. La melancolía involutiva es a los 50 a 60 años en la mujer y 60 a 65 años en el hombre. El promedio de edad de aparición de la enfermedad bipolar es de 30 años en la mujer y 33 en el hombre ( 9 ).

#### RAZA

En un principio se había reportado que la depresión era menos frecuente entre los sujetos de raza negra y más entre los blancos. Pero estudios posteriores han logrado establecer que lo mas probable es que estas diferencias obedezcan mas a razones de tipo geográfico y cultural que propiamente raciales ( 6 ). En otros reportes no se han encontrado diferencias en los síntomas depresivos, ni en el síndrome depresivo ( 9 ).

## ESTADO CIVIL

Divorciados y solteros tienen una mayor incidencia de síntomas depresivos en comparación con los casados. La depresión unipolar es menor en personas casadas. La depresión bipolar no se relaciona con los casados, aunque los conflictos maritales pueden desencadenar depresión bipolar ( 9 ).

## LUGAR DE RESIDENCIA

En general los trastornos afectivos son mas altos en sociedades urbanas, sobre todo la depresión unipolar. En un estudio con nigerianos la psicosis maniaco-depresiva ocurrió con mayor frecuencia en pacientes del área rural, mientras que la neurosis depresiva predominó en pacientes urbanos ( 9, 10 ). En un estudio hecho en la India se encontró que en los pacientes urbanos predominaron los síntomas de disminución de la concentración, sentimientos de culpa y disminución en la memoria; en cambio en los del área rural predominaron síntomas somáticos del tipo gastrointestinales ( 11 ).

## CLASE SOCIAL

Los síntomas depresivos predominan en clase socioeconómica baja. La depresión unipolar predomina en clase social baja y la depresión bipolar predomina en clase social media alta y en profesionistas ( 9 ).

## CULTURA

Influye en el tipo de sintomatología pero no en la incidencia. En la cultura occidental predominan los sentimientos de culpa y las ideas de pobreza; en las culturas africanas predominan las ideas paranoicas y la hostilidad hacia el medio ambiente ( 6 ).

## RELIGION

Ni los síntomas depresivos, ni la enfermedad depresiva unipolar guardan relación con la religión. Se cree que la enfermedad bipolar se relaciona con algunas religiones ( 9 ).

## EVENTOS DE LA VIDA

Los síntomas depresivos aumentan con el estrés marital, - parental, ocupacional, financiero y de vivienda. La depresión unipolar se relaciona con pérdidas objetales y estrés previo a su inicio, al igual que la bipolar ( 9 ).

## RECURSOS PERSONALES

Los síntomas depresivos se relacionan con falta de un confidente, soporte marital, status social bajo, ausencia de esposa, ausencia de amigos ( 9 ) .

## PERSONALIDAD

Se describe una personalidad de baja autoestima y obsesividad, baja tolerancia a la frustración, dependencia importante y labilidad emocional como favorecedores para desarrollar depresión, así como la introversión, neuroticismo, familia disfuncional, hijos no deseados, pérdida de los padres en la niñez, inadaptación e inseguridad ( 9 ) .

## ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

No se conoce una etiología precisa de la depresión, se considera que tiene causas múltiples, las cuales se pueden dividir en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales ( 3 ) .

## CAUSAS GENETICAS

Están en relación con la depresión psicótica, el riesgo de padecerla en la población general es de 0.4%, cuando uno de los padres está afectado el riesgo es de 23%; cuando lo está un gemelo dicigótico el riesgo es 26% y cuando el afectado es un gemelo monocigótico hay un 100% de riesgo ( 3,12,16 ) .

## CAUSAS PSICOLOGICAS

Pueden influir en cualquier tipo de depresión pero son especialmente importantes en la depresión neurótica, se menciona la inadecuada integración de la personalidad en la infancia - (determinantes) y la pérdida de objeto como sería la pérdida de

un ser querido, de una situación económica, de poder, de salud, de la capacidad sexual etc. Una separación temprana de los padres aumenta el riesgo de depresión en el hijo (15,17). Enfermedades físicas como el cáncer ( 13 ), hipertensión arterial (14) etc. Existen estudios que demuestran que la depresión se presenta hasta un 7% en mujeres posthisterectomía ( 18 ), la razón se cree es por la pérdida del útero que puede representar en la mujer, satisfacción sexual, salud, fortaleza, feminidad, capacidad reproductiva.

#### CAUSAS ECOLOGICAS

Se menciona que la contaminación atmosférica, la explosión demográfica, la sobrepoblación de las ciudades, problemas de tránsito y el ruido alteran en alguna forma la homeostasis del individuo y favorecen la depresión ( 3 ).

#### CAUSAS SOCIALES

La pérdida de los lazos de unión con la familia ( muerte, independencia y abandono temprano del hogar, desintegración familiar ) tienen su traducción en una depresión afectiva (3,20).

## CLASIFICACION DE LA DEPRESION POR EL DSM-III

TRASTORNOS AFECTIVOS

---

## TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

## Trastorno Bipolar

- 296.6x Trastorno bipolar mixto
- 296.4x Trastorno bipolar maniaco
- 295.5x Trastorno bipolar depresivo

## Depresión Mayor

- 296.2x Depresión mayor, primer episodio
- 296.3x Depresión mayor, recurrente

## OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS

- 301.13 Trastorno ciclotímico
- 300.40 Trastorno distímico ( o neurosis depresiva )

## TRASTORNOS AFECTIVOS ATÍPICOS

- 296.70 Trastorno bipolar atípico
  - 296.82 Depresión atípica
- 

FUENTE: Valdés, M.; Uúina, C. y cols.: Trastornos afectivos .  
En: DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los  
trastornos mentales. American Psychiatric Association.  
Traducción al español. Masson, S.A., Barcelona. Prime-  
ra reimpresión: enero 1984. Pag. 22.

## TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

La sintomatología esencial se resume en una enfermedad - que comprende tanto un episodio maníaco como un episodio depresivo mayor. No se diagnosticará episodio afectivo mayor si la alteración afectiva es debida a un trastorno mental orgánico o si se halla sebreañade a una esquizofrenia.

### CRITERIO PARA DIAGNOSTICAR UN EPISODIO MANIACO

- A. Uno o más periodos diferentes con un estado de ánimo predominantemente elevado, expansivo o irritable.
- B. Una semana de duración, como mínimo ( o cualquier duración si ha sido necesaria la hospitalización ), en la que persisten durante la mayor parte del tiempo, al menos 3 de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable), y que se han presentado de forma significativa:
- 1) aumento de la actividad (tanto laboral, social o sexual) o inquietud física;
  - 2) mas hablador de lo habitual o mantenimiento de un lenguaje verborreico;
  - 3) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad;
  - 4) aumento de la autoestima (grandiosidad que puede ser de lirante);
  - 5) disminución de la necesidad de dormir
  - 6) distractibilidad, por ejemplo, la atención es fácilmente dirigida hacia estímulos externos irrelevantes ó poco importantes;
  - 7) implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto, por ejemplo, gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios , conducir imprudentemente.

### CRITERIO PARA EL DIAGNOSTICO DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperación, apatía, falta de ini-

ciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o a la cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).

E. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de 6 años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

- 1) poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.
- 2) insomnio o hipersomnias;
- 3) agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o de estar enlentecido, hiperactividad en los niños menores de 6 años);
- 4) pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de 6 años);
- 5) pérdida de energía, fatiga;
- 6) sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante);
- 7) quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa;
- 8) pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

#### FACTORES PREDISPONENTES:

Predisponen al parecer a un trastorno afectivo mayor, la enfermedad física crónica, la dependencia al alcohol y los trastornos distímicos y ciclotímicos.

## PREVALENCIA E INCIDENCIA EN CADA SEXO

Estudios en Europa y los Estados Unidos indican que en la población adulta, aproximadamente del 18 al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o han tenido en algún momento un episodio depresivo mayor.

Se estima que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio depresivo mayor lo suficientemente grave como para requerir la hospitalización.

Se estima que del 0.4 al 1.2% de la población adulta ha tenido un trastorno bipolar.

En contraste con la depresión mayor, el trastorno bipolar parece ser tan frecuente en los hombres como en las mujeres.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Los trastornos afectivos mayores son más frecuentes entre los familiares de los sujetos afectos que entre la población general. Esto es particularmente cierto para los familiares de sujetos con trastorno bipolar.

## OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

La sintomatología esencial es una enfermedad de dos años de duración como mínimo, con una alteración del estado de ánimo continua o intermitente, y síntomas asociados. No se da un síndrome afectivo completo y no hay síntomas psicóticos:

### TRASTORNO CICLOTÍMICO (Criterio diagnóstico)

A. Durante los últimos 2 años, se han presentado numerosos períodos con algunos síntomas característicos tanto de síndrome depresivo como maniaco, pero no con la gravedad y duración suficiente para cumplir los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de un episodio maniaco.

B. Los períodos depresivos e hipomaníacos pueden estar separados por períodos de estado de ánimo normal, que pueden durar varios meses, o bien pueden entremezclarse ambos períodos, o alternarse entre sí.

D. Ausencia de síntomas psicóticos, como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias o pérdida de la capacidad asociativa.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental, como la remisión parcial del trastorno bipolar. Sin embargo, el trastorno ciclotímico puede preceder al trastorno bipolar.

Edad de comienzo. Habitualmente, al inicio de la edad adulta.

Curso. El trastorno no suele empezar con inicio claro, tiene curso crónico.

Factores predisponentes. No hay información

Prevalencia. Antes se creía que este trastorno era raro, pero las pruebas recientes sugieren que el trastorno es relativamente común entre los pacientes ambulatorios. Los periodos depresivos y maníacos, se manifiestan por pérdida de interés o de placer y por un estado de ánimo expansivo o irritable mas que por los típicos estados de depresión y euforia.

Incidencia por sexo. Este trastorno parece mas frecuente en las mujeres.

Antecedentes familiares. La depresión mayor y el trastorno bipolar es mas frecuente entre los familiares de los sujetos con trastornos ciclotímicos, que entre la población general.

#### TRASTORNO DISTIMICO ( NEUROSIS DEPRESIVA )

La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo en la que se da un tanto el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no con la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor (síndrome afectivo completo)

#### CRITERIO DIAGNOSTICO PARA EL TRASTORNO DISTIMICO

A. Durante los 2 últimos años ( o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho tiempo - síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con -

la gravedad y duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que duran unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo, triste, melancólico, abatido), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo 3 de los siguientes síntomas:

- 1) insomnio o hipersomnia
- 2) bajo nivel de energía o cansancio crónico;
- 3) sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.
- 4) disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;
- 5) disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;
- 6) retraimiento social;
- 7) pérdida de interés o disfrute de las actividades placenteras
- 8) irritabilidad o cólera excesiva
- 9) incapacidad para responder con placer a los elogios
- 10) menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud;
- 11) actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo;
- 12) llanto o sollozo
- 13) pensamiento repetitivo de muerte o suicidio

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobrepone a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia al alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto.

en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

**Edad de comienzo.** Habitualmente empieza al inicio de la edad adulta, y por esta razón se considera a menudo como expresión de una personalidad depresiva. Puede empezar en la infancia o en la adolescencia y, en otros casos, el inicio se sitúa en plena madurez, en ocasiones a continuación de una depresión mayor.

**Curso.** Habitualmente no tiene un inicio claro y tiene un curso crónico.

**Deterioro y complicaciones.** El deterioro en la actividad laboral y social es leve o moderado debido a la cronicidad mas que a la gravedad del padecimiento. La hospitalización es rara. - Puede complicarse con abuso de sustancias tóxicas. En niños y adolescentes se afectan las relaciones sociales con compañeros y adultos. Los niños deprimidos reaccionan negativamente a los elogios. El aprovechamiento escolar está afectado.

**Factores predisponentes.** Se mencionan los trastornos físicos - crónicos, el estrés psicosocial crónico, un trastorno de la personalidad o un trastorno afectivo sin remisión. En los niños los trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta, entorno desorganizado o de rechazo son factores predisponentes.

**Prevalencia.** Se menciona que es frecuente pero no se proporcionan cifras en la literatura revisada.

**Incidencia en cada sexo.** En adultos predomina en mujeres, en los niños no hay diferencia por sexos.

**Antecedentes familiares.** No hay información.

#### TRASTORNOS AFECTIVOS ATÍPICOS

Se incluyen aquí cuadros de trastorno bipolar y depresión atípica que no pueden ser clasificados ni como trastorno bipolar ni como trastorno ciclotímico, así como también aquellos que no cumplen los criterios para diagnóstico de depresión mayor ( 22 ) .

**OBJETIVOS**

- a) Determinar la incidencia de la enfermedad depresiva en el servicio de Salud Mental del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán en un periodo de 2 años, de enero de 1984 a diciembre de 1985.
- b) Determinar la proporción que guarda la depresión con el resto de demanda de dicho servicio de salud mental, es decir, el porcentaje de diagnóstico de depresión con el resto de los trastornos mentales en el citado centro.
- c) Identificar el tipo de paciente predominante en la población de deprimidos que acuden a dicho servicio.
- d) Aumentar el interés por parte del médico general familiar en los trastornos afectivos.

## MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el servicio de Salud Mental del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, SS, mediante la revisión de los expedientes de los pacientes con diagnóstico de depresión vistos en dicho servicio en un periodo de 2 años que comprendió del lo. de enero de 1984 al 31 de diciembre de 1985, valiendose del archivo de dicho servicio.

Se incluyeron solo los pacientes que acudieron a consulta - por primera vez en el lapso de tiempo mencionado y se excluyeron los que acudieron antes del lo. de enero de 1984 y que continuaban asistiendo ó no a consulta subsecuente, así como aquellos pacientes que por primera vez acudieron a consulta después del 31 de diciembre de 1985.

De los expedientes en cuestión se revisaron y se anotaron - en hoja de recolección de información los siguientes datos que fueron las variables del presente estudio como son: Edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, lugar de origen, lugar de residencia, antecedentes de importancia, motivo de consulta, sin tomatología, tiempo de evolución, eventos de la vida y diagnóstico clínico de depresión efectuado.

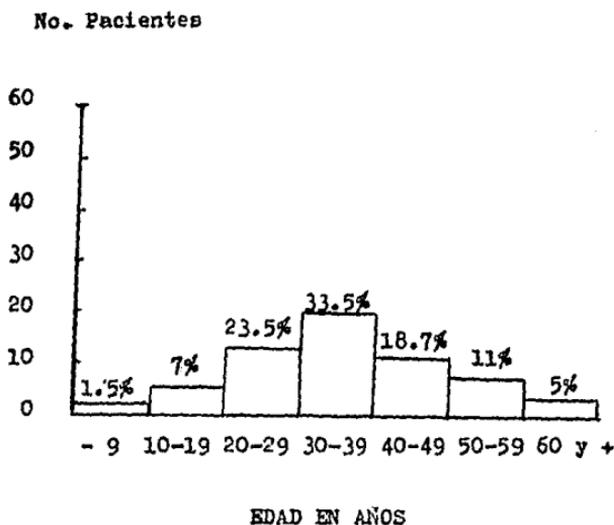
La información obtenida se presenta en tablas, gráficas, - con promedios y porcentajes.

## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido del 1o. de enero de 1984 al 31 de diciembre de 1985 se encontraron un total de 299 expedientes, de los cuales 60 (20%) correspondieron a depresión. El promedio de edad de los pacientes con depresión fué 35.6 años, siendo la edad mínima de 9 y la máxima de 70, y el intervalo de mayor frecuencia fué de 30 a 39 años, con un total de 20 pacientes (33%) como se observa en la figura No. 1.

FIG. No. 1

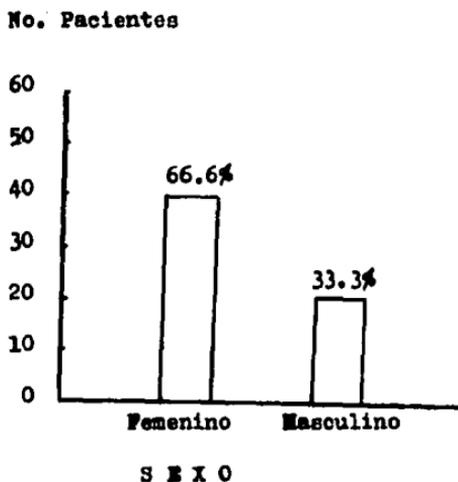
DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS 60 PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.



En cuanto al sexo, la mayoría correspondió al femenino con un total de 40 pacientes (66.6%) y los 20 pacientes (33.3%) restantes masculinos, como se aprecia en la fig. No. 2.

FIG. No. 2

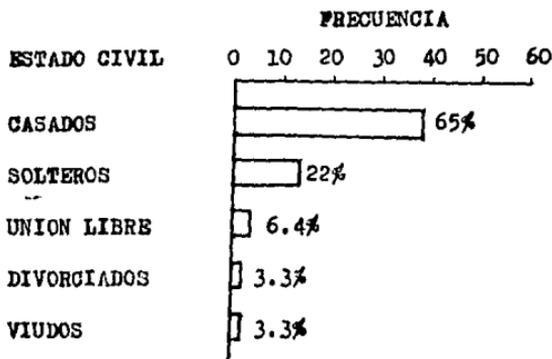
DISTRIBUCION POR SEXO DE 60 PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.



En cuanto al estado civil de los pacientes, predominó el casado con un total de 39 casos (65%), seguido de el soltero con 13 casos (22%), como se observa en la siguiente figura.

FIG. No. 3

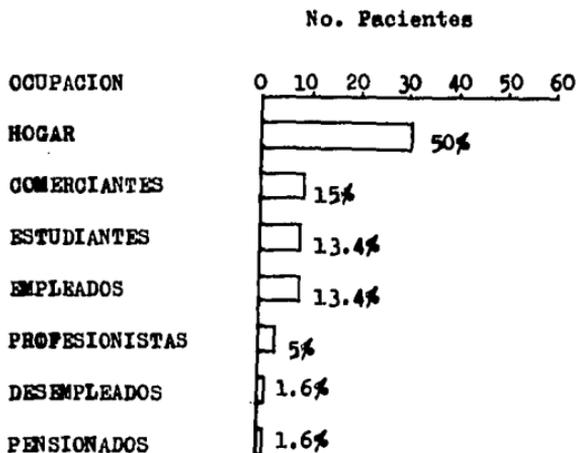
ESTADO CIVIL DE 60 PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN, SS. DE 1984 A 1985.



Respecto a la ocupación de los pacientes la mayoría (50%) - se dedicaban al hogar con un total de 30 casos, ocupando el 2o. lugar los comerciantes con 9 casos (15%) como puede observarse en la figura No. 4.

FIG. No. 4

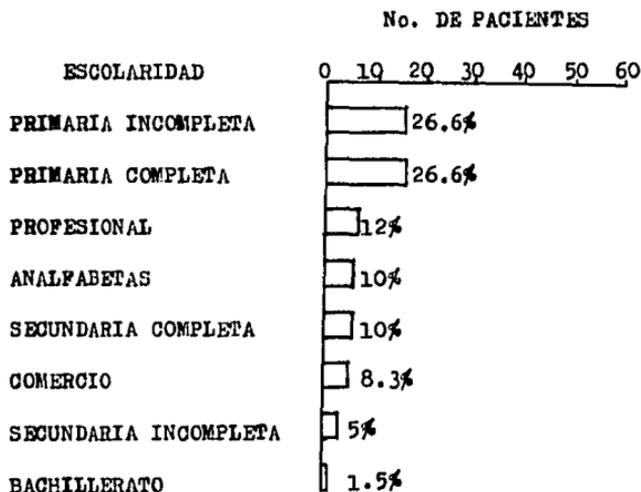
OCUPACION DE 60 PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.



En lo que se refiere a la escolaridad de los pacientes predominó el nivel de primaria completa con 16 casos (26.6%) y el de primaria incompleta en idéntica proporción, seguidos de los a nalfabetas y los de secundaria completa con 6 casos cada uno, lo cual se muestra en la figura No. 5.

FIG. No. 5.

ESCOLARIDAD DE 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.



El lugar de origen que predominó en los pacientes fué el - Distrito Federal con un total de 46 casos (77.6%) y el resto de los pacientes se distribuyeron en diversos estados de la República Mexicana, como se puede observar en la Tabla No. 1.

TABLA No. 1

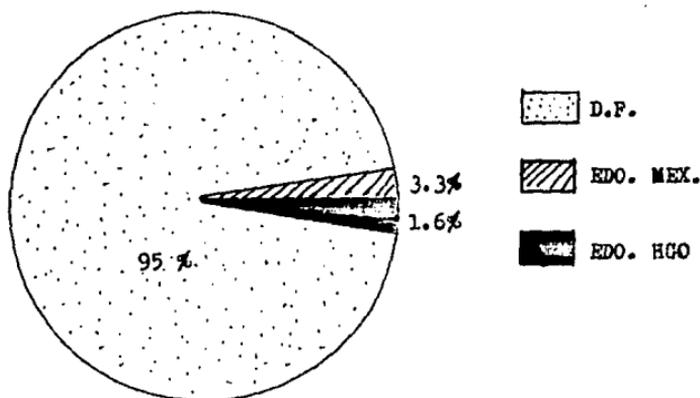
LUGAR DE ORIGEN DE 60 PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN, SS. DE 1984 A 1985.

Lugar de Origen	No. Pacientes	%
DISTRITO FEDERAL	46	77.6
HIDALGO	4	7.6
PUEBLA	2	3.2
SAN LUIS POTOSI	1	1.6
IRAPUATO	1	1.6
TORREON	1	1.6
GUADALAJARA	1	1.6
OAXACA	1	1.6
ZACATECAS	1	1.6
AGUAS CALIENTES	1	1.6
TOTAL	60	100 %

En cuanto al lugar de residencia predominó el Distrito Federal con un total de 57 pacientes (95%) y solo 3 casos tenían su residencia fuera de esta ciudad, como se aprecia en la figura No. 6.

FIG. No. 6

LUGAR DE RESIDENCIA DE 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.



El principal motivo de consulta de los 60 pacientes estudiados fué el nerviosismo con un total de 23 casos ( 38%) seguido de los problemas familiares con 12 casos ( 20% ), angustia y otros como se observa en la siguiente tabla.

TABLA No. 2

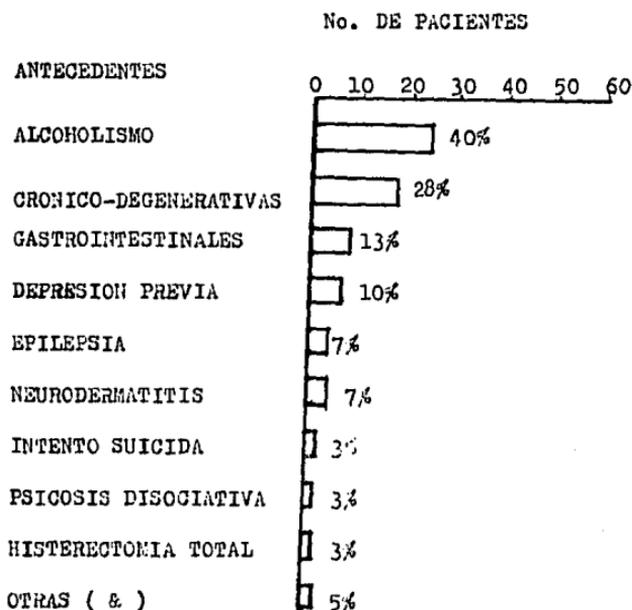
MOTIVO DE CONSULTA DE 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985

Motivo de Consulta	No. Pacientes	%
NERVIOSISMO	23	38
PROBLEMAS FAMILIARES	12	20
ANGUSTIA	7	11
CEFALEA	5	8
ANIMO DEPRIMIDO	4	7
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	3	5.6
TRASTORNOS DEL SUEÑO	3	5.6
INDECISION	1	1.6
TRASTORNO DE MEMORIA	1	1.6
TRICOTILOMANIA	1	1.6
TOTAL	60	100 %

Entre los antecedentes de importancia encontrados en los - pacientes, el principal fué el de alcoholismo en un 40%, las en enfermedades cronicodegenerativas con un 28% entre otras como pue de observarse en la siguiente figura.

FIG. No. 7

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA EN 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN, SS. DE 1984 A 1985.



(&) OTRAS: MENOPAUSIA, EMBARAZO, HISTERIA CONVERSIVA.

Los fueron los síntomas mas frecuentemente encontrados en los pacientes que incluyó el estudio siendo la tristeza y los trastornos del sueño con un total de 53 casos, seguidos de la angustia y la ansiedad entre otros, y solo en 2 casos hubo ideas suicidas, mientras que las alucinaciones se reportaron en 1 caso. Ver tabla No. 3

TABLA No. 3

SINTOMAS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985.

SINTOMA	No. de Casos	%
Tristeza	53	88
Trastornos del sueño	53	88
Angustia	49	81
Ansiedad	48	80
Labilidad emocional	43	71
Pérdida de energía (fatiga)	35	58
Trastornos del apetito	33	55
Apatía	32	53
Irritabilidad	31	51
Disminución de la productividad	27	45
Falta de concentración	17	28
Cansancio al amanecer	12	20
Sentimientos de culpa	9	15
Sentimientos de minusvalía	6	10
Pesimismo	5	8
Cefalea	5	8
Cambios en el peso corporal	5	8
Ideas suicidas	2	3
Ilusiones ópticas y auditivas	1	1.6
Alucinaciones	1	1.6

El tiempo de evolución de la enfermedad depresiva que con mayor frecuencia se encontró fué de 0 a 11 meses con un total de 22 pacientes (36.6%) como se puede apreciar en la tabla No.4.

**TABLA No. 4**

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA EN 60 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN, SS. DE 1984 A 1985.**

<b>TIEMPO DE EVOLUCION (MESES )</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
0 - 11	22	36.6
12 - 23	8	13.3
24 - 35	14	23.3
36 y más	16	26.8
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Entre los eventos considerados desencadenantes del cuadro depresivo los mas frecuentes fueron los conflictos conyugales los cuales se encontraron en 21 casos (35%), seguido en frecuencia por los conflictos familiares con un total de 19 casos (31%) como se observa en la tabla No. 5

**TABLA No. 5**

**EVENTOS DESENCADENANTES EN 60 PACIENTES CON DEPRESION ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN, SS. DE 1984 A 1985.**

<b>Evento desencadenante</b>	<b>No. Casos</b>	<b>%</b>
Conflictos conyugales	21	35
Conflictos familiares	19	31.6
Problemas económicos	17	28.2
Separación conyugal	9	15
Pérdida de los padres (infancia)	9	15
Muerte de un familiar	7	11.6
Madre soltera	4	6.6
Sin causa aparente	3	5
Enfermedad física	1	1.6

El tipo de depresión mas frecuentemente encontrado fué el trastorno distímico ( neurosis depresiva ) con un total de 59 casos (98.4%) y solo se encontró 1 caso de depresión mayor (1.6%), según el criterio del DSM-III. Tabla No. 6

TABLA No. 6

TIPO DE DEPRESION ENCONTRADA EN 60 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALEMAN, SS. DE 1984 A 1985

TIPO DE DEPRESION	No. PACIENTES	%
TRASTORNO DISTIMICO (ó neurosis depresiva)	59	98.4
DEPRESION MAYOR (ó unipolar)	1	1.6
TOTAL	<u>60</u>	<u>100 %</u>

La proporción que guarda la depresión con el resto de demanda en el Servicio de Salud Mental del CS Beatriz Velasco de Alcán, puede apreciarse en la siguiente tabla, observando se que el mayor porcentaje corresponde precisamente a la depresión ( 20 % ). Ver tabla No. 7

TABLA No. 7

5 PRINCIPALES CAUSAS DE DEMANDA EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL C.S. BEATRIZ VELASCO DE ALELAN, S.S. DE 1984 A 1985. EN 299 PACIENTES.

CAUSA DE DEMANDA	No. PACIENTES	%
DEPRESION	60	20
REACCION DE ANSIEDAD	34	11.3
ENURESIS	27	9
DAÑO ORGANICO CEREBRAL	24	8
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	8	2,6

## ANALISIS

Como se puede observar, en el periodo de tiempo que comprendió el estudio, se revisaron un total de 299 pacientes con apertura de expediente clínico lo cual constituyó el 100% como causas de demanda en el servicio de Salud Mental del CS Beatriz Velasco de Alemán; de estos, 60 pacientes fueron etiquetados con el diagnóstico de depresión constituyendo el 20% para la enfermedad depresiva, cifra que queda por abajo de lo reportado por otros autores y que es del orden de 48% en poblaciones que acuden a centros de salud mental (6). Sin embargo, en el presente estudio es la depresión la principal causa de demanda quedando por arriba de las causas mas frecuentes que solicitaron consulta, representando un 20% del total de demanda, lo cual apoya el hecho de que la enfermedad depresiva es el problema mas frecuente en el campo de la salud mental (4). Tabla No. 7

La edad promedio encontrada en el presente estudio fué de 35.6 años, cifra que guarda una muy buena concordancia con lo reportado en la literatura donde se considera que la depresión reactiva es más frecuente de los 30 a 45 años, mientras que el trastorno afectivo mayor (endógeno) tiene un inicio mas temprano, es decir entre los 20 y los 25 años (6). Se encontró depresión en 4 niños lo cual nos da una incidencia del 1.3% del total de demanda correspondiendo a la depresión infantil, cifra que se encuentra ligeramente abajo de lo reportado en la literatura y que va del 2 al 13% en la población general según criterio del DSM-III en USA (1). Asimismo se encontraron 3 pacientes ancianos deprimidos dando una incidencia del 1% en la población estudiada cifra que también queda por abajo de lo reportado en USA donde se considera hasta un 5% de depresión senil en población arriba de los 65 años ( 7 ).

La mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino (66.6%) contra solo un 33% de masculinos para darnos una relación 2:1 en favor de los primeros. Al respecto se sabe que en países occidentales la depresión predomina en mujeres 2 a 1 (6). Esta relación es mas marcada en trastornos de tipo unipolar, disminuyendo en los trastornos bipolares casi hasta alcanzar la igualdad en ambos sexos. El porqué de dicha relación por sexo no se conoce a ciencia cierta, pero se ha emitido una hipótesis que dice que la mujer acepta mas facilmente comunicar sus síntomas, mientras que -

el hombre se refugia en el alcohol y en las drogas. Un segundo punto habla del factor hormonal ya que la depresión aumenta durante la menstruación y en el postparto. Por último se habla de factores de personalidad y rol social argumentando que la mujer es más pasiva, dependiente, lo que la lleva a una baja autoestima y ello la hace vulnerable a los eventos de estrés (9).

El estado civil encontrado con mayor frecuencia fué el de casado, sin embargo en la literatura revisada se habla de que los síntomas depresivos son más frecuentes en divorciados y en solteros, siendo más bajos en los casados; asimismo se menciona que la depresión unipolar es menos frecuente en personas casadas (9). No obstante, otros autores mencionan como factores de riesgo de depresión precisamente a los casados que cursan con un patrimonio pobre y no confidente (disfuncional) y a la presencia de 3 ó más niños con edad menor de 14 años en el hogar (17). La depresión bipolar no se relaciona con los casados aunque los conflictos maritales pueden desencadenarla (9).

El 50% de los pacientes estaban dedicados al hogar (amas de casa), sólo en un caso existía el desempleo, otros empleos fueron comerciantes, estudiantes, profesionistas etc. Aunque en la literatura revisada no se reporta relación de riesgo entre ocupación y depresión, sí nos llama la atención el hecho de que el 50% de los pacientes estudiados sean las amas de casa, hallazgo que merece una mayor investigación que queda fuera del alcance de este estudio. En cambio sí se habla de que el desempleo es un factor de riesgo de depresión (17).

La mayoría de los pacientes tenían una escolaridad de primaria incompleta (26.6%), igual porcentaje sólo terminó la primaria y el 10% fueron analfabetas, haciendo un 62% ya englobados, lo que nos da idea del tipo de paciente que acudió a demandar consulta y que indirectamente nos indica su nivel cultural y social predominantemente bajo donde la educación escolar no es un valor muy apreciado. Asimismo se sabe que la depresión reactiva predomina en clases bajas mientras que la depresión bipolar predomina en clases sociales altas.

El 77% de los pacientes fueron originarios del Distrito Federal y solo el 13% tenían su origen en provincia; aunque en menor porcentaje no deja de ser importante el hecho de inmigrar a

una gran ciudad aumentando con ello el riesgo de depresión ya - que se sabe que los trastornos afectivos son mas frecuentes en sociedades urbanas sobre todo del tipo de depresión unipolar que es la que guarda esta relación (9).

La residencia habitual del 95% de los pacientes fué el D.F.; una mínima proporción residía en provincia (5%). De antemano se sabe que este tipo de estudios no son concluyentes pero es digno de mencionarse que zonas densamente pobladas como la ciudad de México predisponen a la depresión, y que la emigración de la gente a las grandes ciudades favorece la enfermedad mental ya que se pierden los mecanismos de apoyo de la familia extensa, frecuentemente contrada en provincia, en la familia nuclear urbana donde también aumenta la competencia y rivalidad causando frustración - (23).

La mayoría de los pacientes (38%) acudieron a consulta mencionando tener nerviosismo, un 20% mencionó de entrada tener problemas familiares por lo que demandaban ayuda, un 11% dijo sentirse angustiado, un 8% refirió cefalea, mientras que solo un 7% dijeron sentirse con el ánimo deprimido, 3 casos en niños fueron a consulta a solicitud de sus maestros de escuela por bajo rendimiento escolar, 3 casos mas acudieron por trastornos del sueño - (insomnio, hipersomnia), un trastorno de la memoria (olvidos) motivó la consulta en un paciente anciano. Esto nos habla de que existe una gamma de motivos de consulta en los pacientes deprimidos que hacen muy difícil establecer un patrón característico en este tipo de enfermedad sobre todo al momento de acudir al médico y que si este no sospecha el diagnóstico es muy fácil que pueda pasar desapercibido un cuadro depresivo ya que frecuentemente al médico cae en el error de querer encontrar un cuadro florido de depresión para poder diagnosticarla. En la literatura consultada no se refiere alguna casuística sobre el motivo de consulta en pacientes deprimidos.

En el 40% de los pacientes se encontró el antecedente de alcoholismo el cual fué consignado, ya sea que el paciente fuera el portador del problema así como su cónyuge o sus padres. Existe relación importante entre alcoholismo y depresión. Muchos cuadros depresivos pueden ser consecuencia directa del alcohol. El paciente deprimido puede beber alcohol con objeto de experimentar sus efectos desinhibidores. Asimismo, existen enfermos con síndrome de dependencia al alcohol que han dejado de beber y que tienen añadido un cuadro depresivo. El alcoholismo de un miembro de la fa

milia repercute negativamente en el resto de la misma originando diversos problemas entre los cuales está la depresión y debe establecerse un diagnóstico certero del tipo de alcoholismo que padece el paciente o su familia, lo cual queda fuera del alcance de los objetivos de este estudio (3). En el 28% de los pacientes se encontró asociada una enfermedad física crónica-degenerativa, del tipo de la hipertensión arterial principalmente, así como diabetes y demencia senil. La hipertensión arterial se asocia frecuentemente a depresión. La causa exacta de esta asociación no se conoce, se habla de que la depresión es secundaria al hecho de estar enfermo de hipertensión y que la depresión es un efecto colateral al efecto antihipertensivo por alteración en las aminas biógenas y hay quien dice que la relación entre hipertensión y depresión es mera casualidad (14). En el 13% se encontró alteración en el aparato digestivo del tipo de síndrome péptico y colitis, los estudios que intentan establecer una relación entre depresión y estos padecimientos no son concluyentes, sólo se sabe que estos pacientes suelen tener presente un cuadro depresivo ( 3 ).

En el 10% de los casos existió un cuadro depresivo previo, esto tiene interés por el hecho de que los trastornos depresivos tienen tendencia a recidivar por lo que en ocasiones integran una entidad definida llamada trastorno ciclotímico; sin embargo no se pudo constatar la existencia de esta entidad (22).

El 7% de los pacientes sufrían epilepsia y neurodermatitis considerándose la depresión en estos casos añadida (de tipo secundario) a estos padecimientos (24).

El 3% de los pacientes del presente estudio presentó intentos suicidas. Numerosos estudios han documentado que los pacientes con enfermedad depresiva tienen un alto porcentaje de cometer suicidio y que las personas que comenten suicidio tienen una alta incidencia de síntomas depresivos. Los pacientes deprimidos que presentan síntomas ilusorios comenten más suicidio que los que no los presentan ( 25 ).

En el 3% existió el antecedente de psicosis disociativa lo que se consideró como depresión añadida, en igual forma a lo con signado con la epilepsia y la neurodermatitis, pero en este caso consistió en enfermedad psiquiátrica previa (24).

En un 3% de los pacientes existió el antecedente de cirugía del aparato reproductor, esto es de histerectomía total. Se ha establecido la relación entre depresión y extirpación del útero. La respuesta psicológica a dicha intervención depende de varios factores como son el motivo de la intervención, la edad de la mujer y la actitud del esposo. Las mujeres jóvenes que no han tenido hijos sufren más que las de mayor edad, que ya los han tenido; una actitud de rechazo por el esposo acrecenta el problema. Una histerectomía por un fibroma, en una mujer casada que no quiere tener mas hijos, sólo la afecta por la tradición de siglos, en el sentido de que una mujer sin útero perderá su función sexual adecuada, concepto muy frecuente en México (3). La frecuencia entre histerectomía y depresión es del 7% (18).

Una paciente era menopáusica y otra mas estaba embarazada. La menopausia es uno de los factores que con mas frecuencia producen depresión en la mujer, ya que erróneamente se le ha interpretado como el término de la vida sexual y el principio de la vejez, situaciones muy alejadas de la realidad. En la actualidad es insostenible una relación causal entre menopausia y depresión. Con respecto al embarazo y depresión se sabe que a una mujer psicológicamente madura el embarazo le produce una sensación de bienestar y de autorrealización; sin embargo, cuando este no se verifica en situaciones de normalidad y de aceptación social, puede producir severos cuadros depresivos (3).

El cuadro sintomatológico de la depresión varía de acuerdo al tipo de depresión de que se trate. En la depresión neurótica o trastorno distímico predominan la tristeza, insomnio, bajo nivel de energía, sentimientos de incapacidad, falta de concentración, pérdida de interés o disfrute en actividades placenteras, irritabilidad, pesimismo y mas raramente pensamientos de muerte o suicidio. En el presente estudio del 80 al 88% de los pacientes presentaron tristeza, insomnio ó hipersomnia, angustia, ansiedad, del 50 al 71% presentaron labilidad emocional, pérdida de energía, trastornos del apetito, apatía e irritabilidad. Del 10 al 45% presentaron cansancio al amanecer, disminución de la productividad, falta de concentración, sentimientos de culpa y de minusvalía, el 8% con pesimismo, cefalea, cambios en el peso corporal y sólo del 1 al 3% ideas suicidas, ilusiones y alucinaciones, estos últimos predominan en la depresión mayor (psicótica) que como puede apreciarse constituyeron la minoría pre-

dominando evidentemente los síntomas comunes a una depresión - neurótica, ya que se sabe que esta última es mucho mas frecuente y que los síntomas depresivos mantienen una característica - semejante en diferentes culturas y sólo varían de acuerdo al tipo de depresión (26). Se ha reportado mayor retardo psicomotor y episodios previos de depresión en pacientes con depresión de tipo mayor o psicótica así como alucinaciones e ideación suicida (27). Asimismo el síndrome depresivo se manifiesta aparte de los trastornos del ánimo en síntomas corporales diversos como - disminución del apetito o aumento del mismo así como cefalea. - Existen evidencias indirectas que relacionan a la migraña y a los trastornos depresivos, presentes en el 8% de los pacientes del presente estudio. Se mencionan algunas posibles causas de dicha relación, como anomalías en el metabolismo de la serotonina tanto en la migraña como en la depresión, entre otras, y se menciona un 10 a 20% de prevalencia de depresión en pacientes con migraña. Existen estudios que reportan mayor prevalencia de migraña en pacientes deprimidos que en pacientes normales de la población general ( 28 ). En un paciente se encontraron ilusiones ópticas y auditivas pero sin pérdida del contacto con la realidad ya que era consciente de que lo que percibía era producto de su imaginación. No así en un caso donde las alucinaciones formaban parte de un verdadero cuadro psicótico con intento de suicidio fallido.

La duración del cuadro depresivo es un factor importante - en el diagnóstico del tipo de depresión según el DSM-III (22). El tiempo de evolución que predominó en los pacientes estudiados fué de 0 a 11 meses (36%), de 12 a 23 meses se encasillaron al 13% de los pacientes estudiados y de 24 a 35 meses quedaron incluidos el 23%, correspondiendo al 26% restante arriba de 36 meses de evolución. Esto nos habla de la cronicidad a que tienden los padecimientos depresivos, de ahí que haya predominado - la depresión de tipo neurótica (trastorno distímico de la nueva clasificación), ya que se requiere un tiempo de evolución de 2 años en adultos y de 1 año en niños y adolescentes. No obstante, si el cuadro depresivo es lo suficientemente grave sólo se requiere una duración de 15 días para establecer el diagnóstico de una depresión mayor ( 22 ).

La etiología de la depresión aun es desconocida; en un intento por conocer la génesis de la misma se han dividido a los factores relacionados con la etiología en factores concomitan-

tes como a las enfermedades físicas y al alcoholismo. De estos factores se consideró en 1 caso como evento desencadenante del cuadro depresivo a un paciente incluido en el presente estudio. Entre los factores predisponentes se encuentra a la carga genética familiar, dato que en ningún paciente se pudo consignar; al biotipo corporal y a la personalidad premórbida, datos que tampoco se consignaron. Asimismo se menciona a la pérdida de uno de los padres durante la infancia, este último dato fué positivo en un 15% de los pacientes estudiados. Por último se habla de factores desencadenantes del cuadro depresivo y se mencionan la pérdida de seres queridos, dato presente en el 11% de los casos de este estudio y los descalabros económicos que estuvieron presentes en el 28% de los pacientes. Se habla también del estres marital, parental, ocupacional y de vivienda como eventos desencadenantes así como las familias disfuncionales, hijos no deseados, rechazados etc. encontrando a los conflictos conyugales y familiares positivos en un 35 y 31% respectivamente en los pacientes objeto del presente estudio. Es de interés mencionar que en 3 pacientes (5%) no se encontró causa aparente de la depresión, dato que no debe sorprendernos ya que la depresión de tipo biplar con frecuencia no guarda relación con eventos desencadenantes y es un dato importante en el diagnóstico diferencial (9).

El tipo de depresión que con mayor frecuencia se encontró fué la neurosis depresiva (trastorno distímico) con un total de 59 casos (98.4%) contra sólo 1 caso de depresión mayor (unipolar). No se encontró ningún caso de trastorno bipolar (maniaco-depresivo), según la nueva clasificación del DSM-III. Lo anterior nos habla de un predominio del trastorno distímico en la población estudiada y de una relativa infrecuencia de la depresión mayor en este tipo de pacientes. Esta proporción se entiende por las características de la población que se atiende en el servicio de Salud Mental del C.S. Benríz Velasco de Almán que podríamos considerar como abierta hasta cierto punto. La proporción para la depresión mayor sería diferente si se tratara de un hospital psiquiátrico - seguramente, donde los pacientes con intentos suicidas se ven con mayor frecuencia así como cuadros depresivos mayores de carácter psicótico. Lo anterior también evidencia que los trastornos depresivos que con mayor frecuencia se manejan en un 1er. nivel de atención con mucho son los menos severos y que solo el 1% requieren la valoración y manejo por un nivel mas alto de atención.

En el lapso de tiempo que abarcó el presente trabajo, la depresión ocupó el primer lugar como causa de demanda del servicio de Salud Mental del CS Beatriz Velasco de Alemán con un 20% seguida de la reacción de ansiedad con un 11%, enuresis en un 9%, daño orgánico cerebral en 8% y el bajo rendimiento escolar en un 2.6%. Es decir que uno de cada 5 pacientes a quienes se les abrió expediente en dicho servicio eran portadores de un cuadro depresivo, lo que viene a corroborar lo reportado en la literatura de que los padecimientos depresivos ocupan el 1er. lugar de frecuencia entre los padecimientos mentales en la población general, a diferencia de lo que sucede en los hospitales psiquiátricos donde por ejemplo en la SSA los trastornos afectivos ocuparon el 4o. lugar con una tasa de 25.20 x 100,000 hab. quedando por abajo de la esquizofrenia y las psicosis orgánicas así como la adicción a drogas ( 6 ). En base a lo anterior, existe la tendencia de que la depresión sea manejada por el médico general y no sea ya terreno exclusivo del psiquiatra ( 3 ).

**CONCLUSIONES**

A través del presente trabajo se puede concluir que:

- 1.- Los trastornos depresivos son los mas frecuentes como causa de demanda en el servicio de Salud Mental del C.S. Beatriz Velasco de Alemán, SSA.
- 2.- La neurosis depresiva (trastorno distímico) es el tipo de depresión predominante en la población que atiende éste servicio de Salud Mental.
- 3.- El paciente tipo con depresión es femenino, de 30 a 39 años, casada, dedicada al hogar, con conflictos conyugales y familiares, de escolaridad primaria, de la población que atiende este Centro de Salud.
- 4.- Que la depresión en el niño es una realidad y debe tenerse en mente cuando se atiende a esta población.
- 5.- Se justifica el estudio de los trastornos afectivos por su alta frecuencia y por la elevada cifra de suicidio que presentan los pacientes deprimidos.
- 6.- Los trastornos depresivos tienen tendencia a la cronicidad por lo que deben diagnosticarse oportunamente.
- 7.- El cuadro clínico de los pacientes deprimidos del presente estudio no difiere de lo reportado en otros tipos de poblaciones y solo depende del tipo de depresión.
- 8.- El tipo de depresión encontrada depende de la población que se esté estudiando, siendo diferente en un centro de primer nivel de atención a un hospital de tipo psiquiátrico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Kashani, J.; Simonds, J.: The incidencia of depression in Children. *Am J Psychiatry*. 136(9):203-204, Sept 1979
- 2.- Caso, A.: Depresión, Resúmenes de Diagnóstico y Terapéutica. *Gaceta Médica de México*. 113(1):43-45, Enero 1977.
- 3.- Calderón Narváez G.: Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. Caps. 1,2 y 4. Pags. 11, 19, 41-63. Primera Reimpresión, Marzo 1985.
- 4.- Calderón Narváez G.: La depresión, problema de salud pública. *Salud Pública de México*. 23(5):503-508. Sept-Oct 1981.
- 5.- Callan, J.; Fishbein, M.: Is affective illness on the increase? *JAMA*. 241(6):545, Feb 1979
- 6.- Campillo, C.; Caraveo, J.: Epidemiología de la depresión. *Salud Mental*. 2(4):40-44, Dic 1979
- 7.- Barnes, R.; Veith, R.; et al.: Depression in older persons: Diagnosis and Management. *The Western Journal of Medicine*. 135(6):463-68, Dic 1981
- 8.- Murphy, J.: Trends in depression and anxiety; men and women. *Acta Psychiatry Scand* 1986 Feb; 73(2):113-27.
- 9.- Hirsfeld, MD; Cross, Ch.: Epidemiology of Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 39 : 35-46, Jan 1982.
- 10.- Ihezue UH; Kumaraswamy N.: Sociodemographic factors of depressive illness among Nigerians. *Acta Psychiatry Scand*. 73(2):128-32, Feb 1986.
- 11.- Sethi BB; Sharma M.: Depressive disorders in the developing world. *Int J Soc Psychiatry*. 31(2):161-5, Mar 1986.
- 12.- La Roche, C.: Prevention in high risk children of depressed parents. *Can J Psychiatry*. 31 (3):217-22, Autumn 1985.
- 13.- Evans DI; McCartney; et al.: Depression in women treated for gynecological cancer. *Clinical and Neuroendocrine assessment*. *Am J Psychiatry*. 143(4):447-52, Apr 1986.

- 14.- Huapaya, L.; Ananth, J.: Depression associated with hypertension. *Salud Mental*. 4(3):58-59, 1981.
- 15.- Roy, A.: Early parental separation and adult depression. *Arch Gen Psychiatry*, 42(10):987-91, Oct 1985.
- 16.- Kringle E.: Depression research: a review especial emphasis etiology. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 319:117-30, 1985.
- 17.- Roy, A.; Phil, M.: Especificity of Risk Factors for Depression. *Am J Psychiatry*. 138(7):959-61, July, 1981.
- 18.- Tupin, T.; Heath, D.: Relación entre histerectomía y depresión. *Canadian Journal of psychiatry*. 24(3):247-54, Apr 1979.
- 19.- Angst, H.; Lanz, M.: Classification of depression. *Br J Clin Pharmacol*. 15 Suppl 2:1555-59, 1983.
- 20.- Flatherty, J.; Gavira, M.; et al.: The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *Am J Psychiatry*, 140:4, April, 1986. Pags. 473-75.
- 21.- Saks, B.; Frank, J.; et al.: Depressed mood during pregnancy and the puerperium: clinical recognition and implications - for clinical practice. *Am J Psychiatry*. 142(6):728-30, June, 1985.
- 22.- Valdéz, M.; Udina, C.; y cols.: Trastornos afectivos. En *DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Traducción al Español. Masson, S.A., Barcelona. Primer Reimpresión: enero 1984. Pags. 22, 215-35.
- 23.- Fuente, S.F.: Explosión demográfica y Salud Mental. *Rev. de Salud Mental*. IMP. Vol. 5 No. 2, Verano 1982. Pag. 4-6.
- 24.- Petersdorf, R.; et al.: Diagnosis of depression in the 1980s *JAMA*, April 17, 1981. Vol 245 No. 15. Pag. 1562-64.
- 25.- Roose, S.; et al.: Depression, delusions and suicide. *Am J Psychiatry*. 140(9):1159-62, Sept. 1983.

- 26.- Jablensky, A.; et al.: Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. Acta Psychiatrica Scandinava 63, 1983. pag. 367-83.
- 27.- Frances, A.; et al.: Psychotic Depression: A separate Entity? Am J Psychiatry. 138(6):831-33. June 1981.
- 28.- Garvey, M.; et al.: Migraine Headaches and Depression. Am J Psychiatry. 141(8):986-8. August 1984.

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

AÑO EN CUE ACUDIO A CONSULTA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE ORIGEN \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

COMO ACUDIO A CONSULTA: PROPIA CUENTA \_\_\_\_\_ DERIVADO \_\_\_\_\_

SINTOMATOLOGIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION \_\_\_\_\_

EVENTOS DE LA VIDA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_