

11247
Ej
7



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

ARMADA DE MEXICO
CENTRO MEDICO NAVAL

DETECCION DE ESTADOS DEPRESIVOS EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL CENTRO MEDICO NAVAL

T E S I S

Que para obtener el título en la especialidad de
MEDICINA INTEGRAL NAVAL

p r e s e n t a

DR. MANUEL ANTONIO GOMEZ GIL ROMO

Manuel Antonio Gomez Gil Romo

Director de Tesis:

T. Te. Nav. S.N.M.C. Dra. Ada Patricia Mendoza Beivido

Ada Patricia Mendoza Beivido

MEXICO, D. F. *Caracol* Marzo de 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JUSTIFICACION

Los médicos generales, familiares e internistas son los profesionales que con mayor frecuencia tienen el primer contacto con un enfermo, sea cual fuere el motivo de la consulta. Corresponde a ellos hacer una buena recolección de síntomas y signos, establecer la relación entre ellos y realizar estudios de laboratorio y gabinete para elaborar el diagnóstico, programar un tratamiento adecuado, estimar el pronóstico del cuadro y canalizarlo al especialista de ser necesario; todo mediante un procedimiento inductivo-deductivo, basado en la experiencia. Los medios que utilizan son el interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios, todos ellos etapas de un proceso que por lo general causa en el paciente un impacto emocional.

A pesar de que en los programas de educación de los profesionales de la salud se hace hincapié en que el ser humano es una unidad biopsicosocial, estos profesionales subestiman en la mayoría de los casos, los aspectos psicológicos del proceso morboso.

Aún cuando la angustia y la depresión sean evidentes, el médico internista suele colocarlas al final del historial clínico y del diagnóstico integral y en el diagnóstico orientado por problemas, las ubica después de las alteraciones somáticas por lo que pasan inadvertidas o son enunciadas con un término vago como el de "nerviosismo", las manejan con placebos o simplemente las ignoran.

En estas historias clínicas es excepcional encontrar datos relacionados con los antecedentes personales psicosociales del paciente, como la relación familiar, la vida y ajuste marital, el desenvolvimiento escolar, adaptación y rendimiento laboral. Esto se debe a que el médico no recibe entrenamiento psiquiátrico adecuado desde el inicio de su for-

(3)

mación profesional, y a que el maestro del área de salud mental, cuya responsabilidad es orientarlo en este sentido, olvida que su enseñanza va dirigida a médicos generales e imparte cursos de psiquiatría donde sólo hace un mal resumen poco motivante de las materias que debe conocer el especialista. Llama la atención como en estos programas se pierde el tiempo con temas relativos a la esquizofrenia o psicosis maniaco depresivas que solo en forma esporádica serán vistas por un médico no psiquiatra y que de verlos inmediatamente los canalizará a un centro especializado.

En cambio, es necesario que el médico internista conozca otro tipo de alteraciones psiquiátricas como la depresión, problemas de conducta y de aprendizaje y toda clase de alteraciones provocadas por el alcoholismo y la farmacodependencia. Desafortunadamente no se les han dado importancia a estos tópicos en países como el nuestro, donde casi no hay servicio psiquiátricos en Hospitales generales, que son los lugares donde los estudiantes de él de motivar en el personal médico y paramédico un tratamiento realmente integral de nuestros pacientes hospitalizados, principalmente (o cuando menos pueden ser los que más lo necesiten) aquellos que acuden a este Centro Hospitalario de concentración de el interior de la República y se ven condenados a cursar en varias ocasiones largas estancias y convalecencias lejos de sus familiares; hecho que definitivamente tiene que repercutir en su evolución intrahospitalaria en el padecimiento que motivó su ingreso.

ANTECEDENTES

En tiempos bíblicos se mencionan dos casos de enfermedad mental en los que interviene la depresión; se trata de los Reyes Saúl y Nabucodonosor. Durante su juventud, el comportamiento de Saúl ya había sido un tanto anormal, en la madurez su conducta se caracterizó por falta de dominio de sus impulsos, suspicacia -- casi para noíde y extrema irritabilidad; terminó suicidándose, con lo que demostró la gravedad de su depresión. Si Saúl hubiera vivido en nuestros días se habría clasificado como maniaco-depresivo.

En cambio Nabucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; sólo padeció depresiones intensas, que se caracterizaban por irritabilidad anormal y períodos durante los cuales el rey se había convertido en un animal salvaje . (15).

En el siglo IV A de C. lo que hoy llamamos depresión fue descrita -- por varios autores como "melancolía" (15). Hipócrates escribió que desde el -- punto de vista médico, la locura estaba relacionada con la reacción conjunta -- de los cuatro humores corporales descubiertos hasta entonces, sangre, bilis negra o atrabilis, bilis amarilla y flema (30).

Los romanos, tanto Asclépiades (15) como Celso (15) introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo I A.C. Asclépiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales, como medios para aliviar las depresiones. Celso destacó la

relación interpersonal Médico-Paciente como medios para aliviar las depresiones, además de las actividades recreativas en grupos. Los médicos romanos aceptaron el término de psicoterapia. Aretteo de Capadocia en el siglo I D.C. describió el tratamiento de ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maníacas; por supuesto, el se refería a la psicosis maníaco-depresiva.

Menos de un siglo después, Sorano (19) recomendó el teatro como recurso terapéutico. Se sugería a los sujetos deprimidos participar en comedias mientras que a los maníacos se les instaba a participar en tragedias; este mismo Sorano de Ephesus en su descripción del cuadro clínico como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones, jovialidad.

En la Edad Media hubo gran número y variedad de la llamada "melancolía", provocada por espíritus o causas naturales. Como las causas naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos. (10). Las causas espirituales se consideraban como de origen divino.

Filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales (28). El fundador de la Escuela de Medicina en Salerno, Constantino Africano se hizo famoso a fines de la Edad Media por sus discrepancias de los estados depresivos; sostuvo la teoría de que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica

era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía, uno estaba localizado en el cerebro; el otro en el estómago (5).

Constantino fué también el primero en describir los síntomas de la melancolía; miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. Así mismo afirmaba que eran de buen pronóstico las afecciones en que no predominaba un estado de retiro y aislamiento, así como los casos agudos. La creencia de Aquino empezó a abandonarse en 1630, cuando Robert Burton aplicó su famoso tratado de "Anatomía de la Melancolía", que facilitó apreciablemente la identificación de los casos depresivos (19).

En 1809, Haslam, boticario del Hospital Behtlem en Londres escribió: - "Los que se encuentran bajo influencias depresivas pueden tener distintos tipos de síntomas; semblante ansioso y con aspecto sobrio, poco dispuestos para hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa (5).

A principios del siglo XIX Philippe Pinel (13) indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto obsesivamente, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía

(7)

señaló en primer lugar; las psicológicas (miedo, desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y en segundo las físicas (amenorrea, - puerperio Pinnel describió: "Los síntomas que generalmente comprende el término de melancolía son: taciturnidad, un aire pensativo y meditabundo, aprensiones sobrias y amor a la soledad. Nada es más espantoso que la imagen de un deprimido rumiando sus imaginarias desdichas, y si además, posee poder y tiene disposición perversa y un corazón sanguinario, la imagen se hace aún mas repulsiva.

En 1883, Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maníaco - depresiva y demencia precoz, llamada anteriormente esquizofrenia.

Después de Kraepelin y con el advenimiento de los estudios genéticos - se pensó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la Psicosis ma - níaco depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo.

Todo paciente que presentaba uno se consideraba que padecía del síndrome maníaco depresivo, en consecuencia, era calificado de psicótico, aunque sus - síntomas fueran muy leves.

En México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema mé - dico (6), de acuerdo a la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Mar - tin de la Cruz. Esta descripción fue traducida al latín por Juan Badiano y general - mente se le conoce como "Códice Badiano", aunque su nombre original es Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis (56) El código, que aún se conserva en la bi-

biblioteca del Vaticano el título "Remedio para la sangre negra" (Nagri remedium sanguinis), término común del cuadro en Europa del siglo XVI en el que se recomendaba como tratamiento un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor y sugiere como indicaciones las siguientes:

"Ha de andar en lugar sombreado y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque (bebida fermentada de agave llamado comúnmente maguey) y mejor no lo beba si no es con medicina. Dadíquese a cosas alegres como es el canto, la música, el tocar instrumentos con los que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas".

El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia (comitalis morbus) indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca(6).

Hay pocos síndromes psiquiátricos cuyas descripciones clínicas son tan constantes a través de las sucesivas épocas históricas, debido a que el trastorno de los sentimientos es generalmente una característica sobresaliente de la depresión. En los últimos años se ha hecho común considerar a esta afección como un trastorno del estado de ánimo, o como un trastorno afectivo (9). Concebir la depresión como un estado afectivo es tan desorientador como lo sería llamar a la escarlatina "un trastorno de la piel" o un padecimiento febril primario. La depresión tiene muchos componentes aparte de la modificación del estado de ánimo.

Actualmente no sabemos cual es el componente primario o si todos ellos son ma-

nifestaciones externas de algún proceso patológico desconocido.

El grupo de investigación socio médica, ha sido reconocida formalmente desde los años 50, no obstante que como campo de trabajo ha estado al lado de otros tipos de investigación, tales como la investigación en salud.

Si recordamos a Fendal (5), traspolando lo que dijo sobre la medicina contemporánea, de la psiquiatría, diríamos que; "Es brillante en sus descubrimientos, grandiosa en sus avances, pero desastrosamente incapáz en su aplicación para beneficio de aquéllos que más la necesitan".

El médico general puede identificar mejor el síndrome cuando advierte que se han producido alteraciones en el carácter del enfermo, aún cuando éste insista en que siempre ha sido así y que no ha cambiado; en efecto, al conversar con el paciente, una vez terminado el cuadro depresivo, o al hablar con miembros de su familia, es evidente que ha tenido lugar un cambio. La personalidad del sujeto deprimido se asemeja más a la de otros sujetos deprimidos que a la suya propia antes de ocurrir el síndrome. De hecho cuando se observa a un paciente después de su recuperación, puede parecer completamente diferente de como era en su estado de depresión.

El enfermo deprimido sufre una serie de cambios en sus emociones, motivaciones, cognición y fisiología.

John Price (D.M., F.R.C.P.) Consultor honorario y psiquiatra del Saint Bartholomew's Hospital de Londres y honorario principal del "The Maudsley Hospital"

de Londres, refiere: que los aspectos genéticos de la depresión plantean problemas que no se encuentran en la genética de otras enfermedades comunes (21) por ejemplo, la diabetes mellitus y la depresión parecen ser análogas en cuanto a sus posibilidades hereditarias, su forma de transmisión y en el sentido de que han resultado infructuosos los intentos realizados para clasificarlas. Pero el estudio de la herencia de la depresión es más complicado que el de la herencia de la diabetes, principalmente porque la gente tiene opiniones muy arraigadas con respecto a lo que puede o no ser hereditario y precisamente porque la depresión es algo que todos podemos experimentar, es difícil examinar objetivamente el problema.

Freud en su ensayo "Aflición y Melancolía" (25), expone la teoría de que una persona acongojada por la pérdida de un ser amado debe pasar por un período de aflición-depresión, sabemos que esta es una reacción normal y previsible. Pero Freud señala que además desempeña una función necesaria, que tiene una ventaja de adaptación.

Poco tiempo después de Freud, Langer (19) propuso su teoría considerando a la depresión como una especie de hibernación. Hay algunas estaciones desfavorables para el hombre y durante ellas se retrae como se retraía el hombre prehistórico dentro de su cueva, sentándose a esperar que todo pasara. Según la teoría de Langer, eventualmente el hombre vuelve a su forma habitual de vida. Aunque ingeniosa esta teoría es insuficiente ya que el invierno es la estación más desagradable, pero la depresión aparece más frecuentemente en primavera, no sabemos porqué, y otro inconveniente que muestra es que las personas deprimidas son ineficientes.

En 1936, Sir Aubrey Lewis expuso que la depresión ayuda a sustraerse de una situación nociva. Se aparta uno del intercambio social porque la depresión actúa como un escudo entre la sociedad y el yo. De manera análoga, la depresión ayuda a salir de una situación difícil.

El problema es que la depresión no afecta solamente un aspecto de la vida; es un fenómeno de carácter generalizado que afecta todas las actitudes de la persona. Por eso es que si alguno tiene algún problema, requiere de toda la ayuda que se le pueda ofrecer; tendrá que trabajar el doble en cualquier tarea que emprenda, y no podrá hacerlo si está deprimido. Naturalmente hay excepciones a esta regla, existen depresiones aisladas, sobre todo las provocadas por estados de tensión (stress). Aún más, hay una teoría que establece una analogía entre la depresión y la poda; si la vida fuera un rosal, cuyas ramas aumentarían y crecerían en el verano, presentaría en el invierno unas ramas innecesarias. Habría que podar estas con el fin de preparar el arbusto para su crecimiento normal el año siguiente; pero si el podador exagera su labor, podría cortar no sólo las ramas superfluas, sino también una parte vital del arbusto, como el tallo principal. De esta manera es como el Dr. Eustus Chasses, interpreta la depresión (28).

Se acepta de la depresión en función tanto de la herencia como el ambiente. Por ejemplo, sabemos que una mujer que ha perdido a su marido tiene más probabilidades de padecer depresión y de ser internada en un hospital para su tratamiento que un individuo "x" de la población tomado al azar. Y no habrá

manera de averiguar cuanta tendencia a la depresión se hereda, hasta que logremos establecer, en alguna forma, un equilibrio respecto a la proporción de variación ambiental que afrontan las personas en el curso de su vida; pero es evidente que si fuera posible abolir todas las causas ambientales de la depresión, se observaría una capacidad hereditaria de la enfermedad mucho más elevada.

Respecto a los aspectos genéticos de la depresión, lo primero que deberá considerarse es el riesgo empírico, es decir, la posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también de depresión. Si uno de los progenitores tiene depresión grave, muy cercana de la psicosis, hay un 10 a 15% de probabilidades de que su hijo sufra también de depresión severa. (21).

Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de este, el riesgo empírico sería aproximadamente de la misma magnitud; pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de probabilidades de padecer el mismo síndrome. Cuando empezamos a estudiar parientes lejanos, como tías, tíos o abuelos, se observó que el riesgo desciende a un 3 ó 4%. Esta proporción no es significativamente más alta que la correspondiente a la población general: 2 a 3%.

La situación genética que produciría la incidencia más baja del carácter, sería la unión de un recesivo homocigoto con un heterocigoto. El heterocigoto presentaría el carácter, lo mismo que el 50% de sus hijas. Por el contrario, si se tratara de un carácter recesivo en los progenitores, ninguno de ellos pre

sentaría ese carácter; pero tendrían un 25% de probabilidades de engendrar un hijo con esa afección (suponiendo que fueran heterocigotas). Si uno de los progenitores estuviera afectado, el riesgo se elevaría a un 50%. Es decir, aunque no sabemos realmente como se transmiten los componentes genéticos, sí sabemos que la depresión no es un carácter dominante puro, ni un carácter recesivo puro.

Hace unos 30 años (2) fueron introducidos dos clases de medicamentos en la clínica médica que proporcionaron algunos datos interesantes acerca de la depresión.

Reserpina un medicamento ampliamente utilizado en el tratamiento de la hipertensión, puede producir también depresión en algunos pacientes. En estudios neurofarmacológicos fundamentales se observó que la reserpina podía causar depresión de la norepinefrina, serotonina y dopamina cerebrales en animales de laboratorio.

Inhibidores de la monoaminoxidasa cuando eran empleados en el tratamiento de la tuberculosis, se observó que producían un efecto euforizante y que actuaban como eficaces antidepresivos en algunos pacientes deprimidos. Estos medicamentos aumentan la concentración de las aminas biógenas dopamina, norepinefrina y serotonina en el cerebro de animales de experimentación.

De estas dos observaciones se dedujo una hipótesis sencilla, "los medicamentos con efecto antidepresivo pueden ejercer su acción clínica aumentando una u otra de las aminas biógenas en receptores cerebrales; en tanto que los que

producen depresión clínica, o son efectivos en el tratamiento de estados maníacos, posiblemente causen este efecto disminuyendo la concentración de las aminas biógenas en ciertos receptores cerebrales".

Hallazgos adicionales compatibles con esta hipótesis, han sido proporcionados por estudios subsecuentes de alteraciones en el metabolismo de las aminas biógenas producidas por los antidepresivos tricíclicos, estimulantes y preparados eufóricos (tales como la cocaína y la anfetamina), terapia electroconvulsiva (que es aún la terapia más efectiva para algunos pacientes deprimidos) y las sales de litio (que son efectivas en el tratamiento de estados maníacos e hipomaníacos). Esta hipótesis fue reforzada por la sugerencia de que las depresiones producidas por causas naturales podrían también ser el resultado de la deficiencia de una u otra de las aminas biógenas en los puntos receptores del cerebro, en tanto que las manías podrían aparecer como consecuencia del exceso de una u otra de esas aminas.

Aunque el metabolismo de las aminas biógenas ha recibido atención máxima, es importante recordar que existen otras áreas fundamentales de investigación en la bioquímica de la depresión. Estas incluyen el metabolismo de los esteroides (o, en términos generales, cambios psicoendócrinos) y el metabolismo de los electrolitos.

Los estudios neurofarmacológicos básicos de medicamentos eficaces en el tratamiento de trastornos depresivos, señalaron la posibilidad de que ocurra u-

na alteración en el metabolismo de las aminas biógenas como sustrato fisiopatológico de algunos, sino de todos, los síndromes depresivos.

En el decenio pasado se llegó a la conclusión por medio de estudios en la excreción urinaria de la norepinefrina y sus metabolitos, de que algunos enfermos deprimidos pueden presentar una disminución de la actividad noradrenérgica central vinculada a las depresiones. Por ejemplo, los enfermos con trastornos maníacos depresivos cíclicos tienen una excreción urinaria mas abajo de norepinefrina durante la fase depresiva que en la fase maníaca. Aún más, varios estudios han demostrado que, algunas depresiones, la excreción urinaria de norepinefrina y su metabolito ametilado la nometanefrina es menor durante la depresión que después del restablecimiento clínico.

En estudios longitudinales, se ha observado que la excreción urinaria de la nometanefrina acusa una elevación gradual durante el período de franca mejoría clínica en enfermos tratados con imipramina.

En la interpretación de estos hallazgos, uno de los problemas que se presentan es que la mayor parte de la norepinefrina y de la nometanefrina probablemente proviene del sistema nervioso simpático periférico y no de las neuronas noradrenérgicas cerebrales, al parecer, esto se debe a que la barrera hematoencefálica impide el paso de esas sustancias, del cerebro a la circulación sanguínea (1).

(16)

Algunos estudios sobre el metabolismo de la norepinefrina y de la nometanefrina en el cerebro de rata demostraron que es sulfato conjugado del 3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MHFG), un metabolito desaminado O-metilado de la norepinefrina, era el principal metabolito tanto de la norepinefrina, como de la nometanefrina, al mismo tiempo se observó en perros, que el (MHFG) era el principal metabolito urinario de la norepinefrina proveniente del cerebro.

Como estos estudios en animales indican que el MHFG urinario podría ser el mejor indicador de la actividad noradrenérgica central; es interesante señalar que varios laboratorios han reportado baja excreción urinaria de MHFG en enfermos deprimidos comparada con la de testigos normales o enfermos maníacos. Aún más, la excreción de MHFG parece aumentar con la mejoría clínica de la depresión. Estos hallazgos son compatibles; pero no confirman definitivamente, la hipótesis de que algunas depresiones pueden estar asociadas a una deficiencia de norepinefrina en receptores de localización cerebral sumamente precisa. Esto se conoce como la hipótesis de la catecolamina de los desórdenes afectivos (27).

Por otra parte, se ha estudiado el principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindoleacético (5HIA) aunque no se han podido sacar conclusiones, varios investigadores han logrado medir la concentración del 5HIA en el líquido cefalorraquídeo, habiendo observado concentraciones bajas en enfermos deprimidos. Hasta ahora las observaciones realizadas en enfermos maníacos carecen de uniformidad. Un estudio no presentó variaciones de las cifras normales.

(17)

En enfermos deprimidos hay disminución de la triptamina urinaria pero el significado preciso de este hallazgo no es claro porque se cree que la mayor parte de la triptamina proviene del metabolismo del triptófano en el riñón (26).

Desde hace muchos años existió gran interés en el estudio de los esteroides en la depresión, porque se había observado que pacientes con enfermedad de Addison o síndrome de Cushing pueden presentar trastornos de orden afectivo que simulan la depresión o la manía. Aún más, muchos enfermos deprimidos presentan aumento de la excreción de esteroides urinarios o por la producción de hidrocortisona. Pero investigaciones más recientes indican que:

El aumento de producción de esteroides en la depresión parece estar asociado con la excitación emocional concomitante o tensión psíquica observada en algunos enfermos deprimidos.

Los enfermos que presentan desorganización psicótica durante estados depresivos, muestran aumentos muy considerables en su producción de esteroides.

Es común encontrar un aumento en excreción de esteroides antes de una tentativa de suicidio.

Enfermos deprimidos con tensión psíquica o excitación emocional relativamente benigna, no presentan excreción elevada de esteroides de la corteza suprarrenal. (16)

En la actualidad se considera entonces más probable que el aumento de produc

ción de esteroides que ocurre en algunos enfermos deprimidos-- sea más bien un factor fisiológico del mismo. Sin embargo, esa conclusión deberá ser evaluada considerando la posibilidad de que exista una anomalía del metabolismo de los esteroides en pacientes deprimidos. Por ejemplo, algunos hallazgos recientes sugieren que la administración concomitante de esteroides coantidepresivos tricíclicos puede acelerar y potencializar los efectos antidepresivos de estos medicamentos y que cambios en los niveles de esteroides pueden alterar enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de una u otra de las aminas biógenas. No puede excluirse por lo tanto la posibilidad de que los esteroides sean factores etiológicos de las depresiones, aunque la evidencia actual no respalda enteramente esta hipótesis.

Por otra parte, estudiando el metabolismo de los electrolitos en estudios iniciales se encontró que la cantidad de sodio permeable era mayor en los enfermos deprimidos durante los períodos de depresión que después de su restablecimiento; investigaciones subsiguientes sugirieron la posibilidad de que ese aumento del sodio permeable tenía lugar primordialmente dentro de los depósitos de sodio intracelular.

Tomando como base las pruebas disponibles en la actualidad parece que algunos enfermos deprimidos pueden presentar un aumento de tamaño de uno u otro de los depósitos orgánicos de sodio; pero esto no es necesariamente un factor etiológico en las depresiones, pudiendo ser más bien un factor concomitante fisiopatológico de los trastornos depresivos. Por ejemplo, los aumentos observados del sodio permeable pueden ser secundarios a un incremento de la producción de esteroides en dichos pacientes.

También han sido estudiados enfermos con trastornos depresivos otros electrolitos, en especial el potasio, magnesio, y calcio. No obstante, hasta ahora son proble-

máticas las conclusiones derivadas de estas observaciones. (16)

Evidentemente está indicado un examen más detenido de las alteraciones del metabolismo de los electrolitos y del agua en los trastornos afectivos. Aunque en la actualidad no puede afirmarse que estos hallazgos contribuirán necesariamente a un conoci-
miento más amplio de la etiología de los desórdenes afectivos, dichos estudios pro=
porcionarán mayor información con respecto a la fisiopatología de estos desórdenes.

Por definirla de algún modo, podemos decir "La depresión es un estado patológi-
co en que hay disminución del nivel de afecto, deficiencia en el pensar, retardo psi-
comotor y sentimientos de minusvalía personal" es decir, tiene las siguientes carac-
terísticas.

- 1) Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, apatía.
- 2) Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoin-
culpación.
- 3) Deseos regresivos de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
- 4) Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
- 5) Cambios en el nivel de actividad: retardo, agitación.

Entonces, el término depresión, se utiliza para designar un patrón complejo de =
modificaciones emotivas, cognitivas y de conducta. Por lo tanto, se le considera =
un síndrome.

I N S I D E N C I A

Cada año ocho millones de personas sufren una depresión de intensidad suficiente para que soliciten atención médica; Otros diez a doce millones más necesitan tratamiento, pero no acuden al médico. (8)

La depresión afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres. Esta es una de las enfermedades psiquiátricas que tiene un índice considerable de mortalidad. En Estados Unidos se registran anualmente unos cuarenta mil suicidios por diversas causas.

Un experto estima que cada año, dos millones de personas intentan quitarse la vida por lo menos una vez; la mitad de los casos como mínimo presenta depresión clínica.

En estudios realizados en la Gran Bretaña y países escandinavos (2) las encuestas realizadas en la población general y estudios realizados en la consulta general han sido similares en resultados aunque a diferencia de E.U. un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres padecen un cuadro depresivo durante su vida, aunque no todos se hospitalizan. Dicha frecuencia se ha incrementado en la población de edad madura y avanzada. En comparación a los anteriores uno de los pocos estudios realizados en México ya ha sido comentado anteriormente.

El doctor Norman Sartorius, director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que el mundo contiene por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma reconocible de depresión; que relaciona-

(21)

dos con ellos, existen otros tantos afectados; y sufren por ella, y lo que es peor, =
el problema tiende al aumento en años venideros.

CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO

La sintomatología esencial de un estado depresivo está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, ya por pérdida de interés en placer por todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Esta alteración es acusada, relativamente persistentemente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o pensamiento ideas de muerte e ideas de suicidio. (II)

Los sujetos con un síndrome depresivo suelen describir su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, deshecho o con otras términos coloquiales semejantes. Sin embargo, a veces la alteración del estado de ánimo no se expresa con un sinónimo del estado de ánimo deprimido sino más bien como una queja de que "nada importa" o como una incapacidad para experimentar placer. En los niños con síndrome depresivo puede no haber quejas de ningún tipo de estado de ánimo disfórico, pudiéndose inferir la existencia de la alteración por la constante tristeza de la expresión facial.

En los episodios depresivos mayores siempre se suele dar en algún grado una pérdida de interés o placer, que el sujeto puede no manifestar a pesar de su conciencia del déficit, con frecuencia son los familiares los que lo notifican. Es frecuente el retraimiento a los amigos y familiares y el abandono de las di-

versiones que previamente eran fuente de placer (12).

Habitualmente hay una pérdida de apetito; pero a veces puede aumentar. Cuando la pérdida del apetito es grave hay una disminución significativa del peso o, en los niños, un fracaso en el aumento de peso que sería de esperar. Cuando el apetito aumenta en forma notable, puede haber un sobrepeso significativo (17).

Es común la alteración del sueño, por lo general insomnio, aunque a veces puede haber hipersomnia. El insomnio puede consistir en dificultades para conciliar el sueño (insomnio inicial), en su frecuente interrupción con dificultad para volver a dormir (insomnio medio) o en el hecho de despertar pronto por la mañana (insomnio tardío (25).

La agitación psicomotora toma diversas formas, como incapacidad para mantenerse sentado, marcha continua, retorcerse las manos, tirarse o mecerse el cabello, la piel, los vestidos u otros objetos, accesos de quejas o gritos, verbalizaciones continuas. El enlentecimiento psicomotor puede manifestarse con un lenguaje monótono o lento, aumento de las pausas antes de responder, movimientos corporales lentos, pobreza de lenguaje o mutismo. (En los niños más que enlentecimiento psicomotor, puede haber hipoactividad). Casi siempre hay una disminución del nivel de energía experimentado con fatiga continua incluso en ausencia de ejercicio físico. La tarea más insignificante puede ser difícil o imposible de llevar a término (13, 11).

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad - hasta la evaluación negativa o irreal de la propia dignidad. El sujeto exagera sus fracasos y se reprocha a sí mismo los pequeños errores, buscando en su entorno - motivos que le confirmen su negativa autoevaluación (1).

El sentimiento de culpa puede expresarse a través de una reacción exesiva a fracasos pasados o actuales, o de una responsabilización exagerada de acontecimientos desfavorables o trágicos. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (10).

Son frecuentes las dificultades para concentrarse, el entenebrecimiento del pensamiento y la indecisión. El sujeto se distrae fácilmente y puede quejarse de fallos omnésicos (9).

Son comunes las ideas de muerte o suicidio. Puede haber miedo a morir, deseos de muerte, planes o intentos de suicidio y la convicción de que tanto el paciente como los que le rodean estarían mejor muertos. Pueden asociarse síntomas como aparición depresiva; llanto, sentimiento de angustia, irritabilidad, miedo - y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias, en ocasiones ideas delirantes y de persecución (9).

Respecto a éste tema de la depresión la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.), ha brindado un capítulo según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, (ICD-9), llevada a cabo en la ciudad de Ginebra, en el año de 1973. Dónde se desglosa la clasificación de

dos los tipos de psicosis, neurosis, farmacodependencias y enfermedades orgánico cerebrales; pero sólo nos ocuparemos del tema en estudio.

296. PSICOSIS AFECTIVA:

Trastornos mentales, por lo general frecuentes, en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaletente de la persona (igual sucede con las alucinaciones cuando están presentes). Hay una fuerte tendencia al suicidio. Por razones prácticas también se pueden incluir aquí los trastornos moderados del ánimo si los síntomas encajan [juntamente dentro de la descripción dada; esto se aplica en particular a la hipomanía moderada.

Excluye: depresión neurótica (300.4)

excitación reactiva (298.1)

psicosis reactivodepresiva (299.0)

296.0 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO MANIACO.

Trastorno mental caracterizado por estado de alborozo, o excitación, desproporcionado con las circunstancias que vive el paciente y que varía desde la elevación del estado de ánimo (hipomanía) hasta la excitación violenta e incontrolable. Son frecuentes la agresión, ira, fuga de ideas, la distractibilidad, la alteración del juicio y las ideas de grandeza.

Hipomanía SA:	Psicosis o reacción maniaco depresiva:
Manía (monopolar) SA:	Hipomaníaca
Psicosis:	Maníaca
Hipomaníaca	Trastorno maniaco
Maníaca	

296.1 PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA, TIPO DEPRESIVO.

Una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo regular disminuida; pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que algunas veces se presenta a intervalos regulares.

Depresión:

endógena

Malancolía involutiva

monopolar

Reacción maniaco depresiva

psicótica

Psicosis depresiva

296.2 PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA CIRCULAR, FASE MANIACA.

Una psicosis afectiva que ha aparecido tanto en la forma depresiva como en la maníaca, ya sea de manera alterada o bien separadas por un intervalo de normalidad; pero que en la actualidad se presenta en la forma maníaca (menos frecuente que la depresiva).

Trastorno bipolar, fase maníaca.

Excluye: distimias compensatorias breves (296.8).

(27)

296.3 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA CIRCULAR, FASE DEPRESIVA.

Trastorno bipolar, fase depresiva.

296.4 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA CIRCULAR, MIXTA.

Una psicosis afectiva en la que se presentan al mismo tiempo síntomas maníacos y depresivos.

296.5 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA DE TIPO CIRCULAR, FASE NO ESPECIFICADA.

Tipo circular (vease 296.2) no especificada.

296.6 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA DE OTRO TIPO Y DEL NO ESPECIFICADO.

Use este código para los casos en que no se dispone de otra información fuera del término inespecífico, psicosis maniaco-depresiva, o para los síndromes correspondientes a las descripciones del tipo depresivo (296.0) y que no pueda clasificarse en 296.0-296.5.

296.8 OTRAS.

Excluye psicosis afectiva psicógena (298.-)

296.9 SIN ESPECIFICACION.

298.- OTRAS PSICOSIS ORGANICAS.

298.0 TIPO DEPRESIVO.

Una psicosis depresiva que puede ser similar en los síntomas a la psicosis

manicod depresiva tipo depresivo (296.1); pero aparentemente provocada por una tensión emocional entristecedora, tal como la pérdida de un ser querido o una grave decepción o frustración. Puede haber menos variación diurna de los síntomas si se compara con la 296.1, y las ideas delirantes son a menudo, comprensibles - en el contexto de experiencias de la vida diaria. Hay generalmente una grave - perturbación del comportamiento, Vg, decidido intento de suicidio.

Psicosis depresiva psicógena

Psicosis depresiva reactiva

Excluye: depresión neurótica

Psicosis maniaco depresiva, tipo depresivo (296.1).

298.1 TIPO AGITADO.

Una psicosis afectiva similar en los síntomas a la psicosis manicod depresiva de tipo maniaco; pero aparentemente provocada por tensión emocional.

Excluye: la 296.0

300.4 DEPRESION NEUROTICA.

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprenden entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que procedió a la enfermedad.

Depresión:

ansiosa

Estado neurótico depresivo

reactiva

Reacción depresiva

Excluye a 296.1; 298.0.

301.1 TRASTORNO AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD

Trastorno de la personalidad caracterizado por el predominio durante toda la vida, de un estado de ánimo pronunciado, que puede ser persistentemente deprimido o constantemente alborozado, o alternos. Durante los períodos de alborozo hay un firme optimismo y una intensificación del gusto por la vida y de la actividad mientras que los períodos de depresión están marcados por preocupación, pesimismo, bajo despliegue de energía y un sentimiento de futilidad.

Personalidad:

cicloide

Personalidad depresiva

ciclotímica

311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE.

DEPRESION DE INTENSIDAD MODERADA casi siempre, alguna se acentúa, no tiene características específicamente maniaco depresivas u otra psicosis y no parece asociarse a acontecimientos generadores.

Depresión

Trastorno depresivo

Estado depresivo

296.6x TRASTORNO BI POLAR MIXTO

Criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar mixto.

A. El episodio actual comprende del cuadro sintomatológico completo de los episodios tanto depresivos como maníacos y entremezclados o alternando rápidamente en pocos días.

B. Los síntomas depresivos predominan y duran todo el día.

296.5x TRASTORNO BI POLAR DEPRESIVO

A. Ha habido uno o más episodios maníacos.

B. El episodio más reciente en un episodio depresivo mayor (Si ha habido un episodio depresivo mayor previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.)

296.2x DEPRESION MAYOR, PRIMER EPISODIO

296.3x DEPRESION MAYOR, RECURRENTE.

Criterios para el Dx de depresión mayor.

A. Uno o más episodios de depresión mayor

B. Nunca ha habido un episodio maniaco (o un episodio hipomaniaco

301.13 TRASTORNO CICLOTIMICO

La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo de dos años de duración, como mínimo con numerosos episodios de depresión e hipomanía no = lo bastante graves para cumplir los criterios diagnósticos del episodio depresivo ma= yor, o del estado maniaco (síndrome afectivo completo).

Los períodos depresivos e hipomaniacos pueden estar separados por períodos de = estado de ánimo normal, que pueden durar algunos meses. En otros casos, los dos ti= pos de períodos se entremezclan o se alternan. Durante los períodos afectivos hay = signos de depresión (estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en todas o casi = todas las actividades o pasatiempos habituales) e hipomanía. La edad de l~~comienzo~~ = as generalmente en la edad adulta. Suele iniciarse en forma clara y tiene curso cró= nica, con deterioro social o laboral moderado o grave. Este padecimiento es relati= vamente común en pacientes ambulatorios; hay franco predominio en mujeres. La= depresión es mayor y el trastorno bipolar es más frecuente entre los familiares de pa= cientes con la alteración que en la población general.

300.40 TRASTORNO DISTIMICO (O NEUROSIS DEPRESIVA).

Criterios para el diagnóstico.

A. Durante los dos últimos años (o uno en caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir = los criterios de un episodio depresivo mayor.

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

C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo o notable pérdida de interés .

D. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres 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 del interés o de disfrute de las actividades placenteras;

- 8) irritabilidad o cólera excesiva (expresión en los niños hacia los padres o monitores);
- 9) incapacidad para responder con placeres los elogios o esfuerzos;
- 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 sollozos;
- 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.

206.70 TRASTORNO BIPOLAR ATÍPICO

Esta es una categoría residual para los sujetos con síntomas maníacos que no pueden ser clasificados como trastorno bipolar no como ciclotímico. Por ejemplo, un sujeto que previamente ha presentado un episodio depresivo mayor y que en la actualidad padece un episodio de enfermedad con algunos síntomas maníacos (episodio hipomaniaco), pero no de la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios para el episodio maníaco.

29 6.82 DEPRESION ATIPICA.

Esta es una categoría residual para aquellos sujetos con síntomas = depresivos que no pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo = mayor específico, de otro trastorno afectivo específico o de un trastorno adaptativo; Como ejemplo se incluyen los siguientes:

- 1) Un episodio inconfundible y continuo de un síndrome depresivo = completo, que se desarrolló sin una activación de los síntomas psicóticos en un sujeto con esquizofrenia de tipo residual.
- 2) Un trastorno que cumple los criterios para el trastorno distímico, con períodos intermitentes de normalidad.

H I P O T E S I S .

SI ES FRECUENTE LA DEPRESION EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO MEDICO NAVAL; ESTOS ENFERMOS = DEBEN SER CANALIZADOS Y TRATADOS POR EL ESPECIALISTA CORRESPONDIENTE PARA MEJORAR SU RESPUESTA TERAPEUTICA Y/O QUIRURGICA, ASI COMO EL PRONOSTICO.

MATERIAL Y METODO

Se hizo un estudio descriptivo y transversal en el que seleccionamos a 142 = pacientes internados en el Centro Médico Naval en un lapso de tres meses que fueron = los de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1987, internados por los servicios de Cirugía, Medicina Interna, y Ginecología y Obstetricia, en pacientes de ambos sexos que no tuvieron diagnóstico previo de ningún tipo de enfermedad mental, = con buena disposición y voluntad de cooperación, para cooperar y colaborar en el estudio, seleccionados mayores de 18 años, es decir, voluntarios; se les brindó información en forma individual sobre la manera de contestar un cuestionario de autoevaluación de Zung, - del que se hablará más adelante, se les acompañó durante su re solución. Se descartó como es evidente, a menores de la edad mencionada, pacientes que se rehusaron a participar o aquellos que por su padecimiento de fondo no estaban en condiciones de colaborar por sí mismos, y a los pacientes internados de primera instancia por el departamento de salud mental.

Una vez terminado de contestar el cuestionario, se detectaron a los pacientes = deprimidos de los no deprimidos, siendo los primeros canalizados al servicio de Psiquiatría para confirmación diagnóstica y tratamiento, siendo este último paso ajeno al estudio.

El tipo de cuestionario aplicado fue la ESCALA DE AUTOEVALUACION DE = ZUNG, publicada en 1965 (2) e iniciado en 1964, por Zung y Durham quienes realizaron una investigación sobre depresión y en el proyecto debían correlacionar = la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facili

dad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Estos autores se dieron cuenta de que las escalas utilizadas hasta entonces para medir la depresión eran inadecuadas por su extensión, por lo difícil para resolver por muchos enfermos, ya fueran con trastornos psicomotores o por nivel cultural, y por otro lado no eran autoaplicables.

Actualmente las escalas utilizadas son: El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, La Escala de Hamilton, el Inventario de Beck, y la referida escala de Autoevaluación de Zung.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) Introducido en 1942 es el inventario más estudiado y cuidadoso utilizado hasta hoy; consta de 550 preguntas en forma de positivas y negativas correspondientes a la salud en general, vida familiar... funciones fisiológicas en particular, actitudes sexuales, aptitudes políticas etc., puede aplicarse a grupos o individual; el sujeto de estudio contesta con "cierto", "falso" o en forma complementaria con la respuesta correcta; los ítems se agrupan en nueve escalas: hipocondría, parancia, esquizofrenia y manía.

Pese que este MMPI, está considerado como la escala más válida; su aplicación sólo se limita a mayores de 16 años, con primaria terminada, tarde de una a dos horas en resolverse y esto lo hace poco práctico para aplicarlo para el presente estudio.

ESCALA DE HAMILTON :

Realizada en 1960 por Max Hamilton (12) que en base a las escalas existentes formó 4 grupos para estudiar los síntomas mentales considerando que eran incompletas por sí mismas, por lo que realizó su escala, la cual es utilizada hasta la fecha y se utilizaba para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepressivos. La forma de cuantificar el registro incluye cuatro variables, variación diurna, de personalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, dan un total de 21 reactivos. Pero llegan a presentarse problemas para valorar ciertos síntomas vgr. la tríada depresiva: tristeza, culpa y tendencias suicidas, que son muy estrechamente ligadas en su descripción e interpretación son difíciles de separar y los califica en forma global e insular; por esto y, porque se requieren de dos personas para su aplicación para evitar interpretaciones personales, se descartó este tipo de test.

Inventario de Beck

Al año de la publicación la escala de Hamilton, Aaron T. Beck (4) dio a conocer su inventario para medir la depresión, elaborado para ser administrado por un investigador, se utiliza doble copia una es leída en voz alta por la persona que la aplica y el entrevistado marca la declaración que mejor define de como se siente en ese instante, el inventario comprende 21 categorías con cuatro o cinco incisos; los ítems se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo pero no tienen significación etiológica, por lo que también se descartó.

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG.

Esta brinda varias ventajas;

- 1) Es aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión
- 2) Incluye los síntomas más representativos de la depresión.
- 3) Es breve y sencilla
- 4) Es de aplicación más cuantitativa.
- 5) PUEDE SER AUTOAPLICADA POR EL ENFERMO, a fin de recabar su respuesta más directa.

Está elaborada con una lista de síntomas que abarcan alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos, e incluye:

I. TALANTE BAJO:

A. Deprimido triste:

B. Accesos de llanto

II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS:

A. Alteraciones de los hábitos:

1. -- Variación diurna; exagraración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
2. -- despertar del sueño temprano y frecuente.
3. -- Pérdida del apetito
4. -- pérdida de peso
5. -- disminución de la libido.

B. Otras alteraciones:

1. -- constipación

2. -- taquicardia

3. -- fatiga.

III. EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS:

A. Actividades psicomotoras:

- 1.- Agitación
- 2.- Lentificación

B. Ideacionales:

- 1.- Confusión
- 2.- Sensación de vacío
- 3.- Desesperanza
- 4.- Indecisión
- 5.- Irritabilidad
- 6.- Insatisfacción
- 7.- Devaluación personal
- 8.- Ideación suicida

En base a estas áreas por investigar Zung y Durham elaboraron 20 reactivos = que se referían a las mismas planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente detecte la tendencia del estudio. (TABLA d) Las enunciadas están redactados en lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincide = con las áreas correspondientes. Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías del mismo, correspondiendo a: muy pocas veces, algunas veces, la mayor = parte del tiempo y continuamente, calificando con un valor de 1, 2, 3, y 4. en orden variable según si la pregunta de fórmula en sentido negativo o positivo. Se le da al pacient

te la lista para que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso al momento de hacer la prueba. (Tabla II) Para obtener la medición de la depresión se escribe al margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 (Ver Tabla III) La escala está planteada de tal manera que un índice bajo, señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación alta o de significación clínica. A pesar de estar en lenguaje común, algunos pacientes tienen algunas dudas las cuales pueden aclararse al recoger el cuestionario o durante su resolución la cual es promedio dura unos 15 minutos. Se ha omitido una columna posible cuyo encabezado sería NUNCA, que algunas veces sería apropiada para que sean elegidas respuestas significativas y cuantitativamente mensurables, y se usa un número por de columnas para evitar la posibilidad de que el paciente marque una columna central a fin de dar una apariencia promedio.

Pese a que esta escala tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio, es sencilla y de fácil aplicación por lo que nos es útil en este programa de investigación para diagnosticar depresión, incluso cuando ésta se presenta en formas atípicas.

TABLA I

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS

TEMA DE LA ESCALA

I AFECTIVOS PERSISTENTES		
Deprimido, triste y melancólico	Me siento abatido y melancólico	(1)
Accesos de llanto	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(3)
II EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS		
Variación diurna; exageración de síntomas en la mañana y alivio conforme avanza el día	En la mañana me siento mejor	(2)
Sueño; despertar temprano frecuente	Me cuesta trabajo dormir por la noche	(4)
Apetito; disminución en la ingestión de alimentos	Como igual que antes solía hacerlo	(5)
Pérdida de peso; asociada con la ingestión - disminuida de alimentos, o metabolismo aumentado y reposo disminuido	Nota que estoy perdiendo peso	(7)
Sexuales: Libido disminuido	Todavía disfruto de las relaciones sexuales	(6)
Gastrointestinales: constipación	Tengo molestias de constipación	(8)
Cardiovasculares: taquicardia	El corazón me late más aprta que de costumbre	(9)
Musculosqueleticos: fatiga	Me canso sin hacer nada	(10)
III EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS		
Agitación psicomotora	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(13)
Retardo psicomotor	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	(12)
Confusión	Tengo la mente tan clara como antes	(11)
Vacuidad:	MI vida tiene bastante interés	(18)
Desesperanza	Tengo esperanza en el futuro	(14)
Indecisión	Me resulta fácil tomar decisiones	(16)
Irritabilidad	Estoy más irritable de lo usual	(15)
Insatisfacción	Todavía disfruto con las mismas cosas	(20)
Devaluación personal	Siento que soy útil y necesario	(17)
Rumiación	Creo que si muriera les haría un favor a los demás	(19)

TABLA II

Nombre: _____ Fecha: _____
 Registro: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____
 Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Grado Militar: _____ Cuerpo o Rama: _____
 Familia del Militar (SI) _____ (NO) _____ Especifique Parentesco: _____
 Ocupación habitual: _____ Deportes: _____
 (CUALES)

Entretenciones Preferidas: _____

¿ Las practica?: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Estoy internado porque: _____

Después de cada pregunta, ponga una marca (X) abajo de la respuesta que considere - más adecuada.

- | | Muy pocas veces | Algunas veces | La mayor parte del tiempo | Continuamente |
|---|-----------------|---------------|---------------------------|---------------|
| 1.- Me siento abatido y melancólico | | | | |
| 2.- En la mañana me siento mejor | | | | |
| 3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar | | | | |
| 4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche | | | | |
| 5.- Como igual que antes solía hacerlo | | | | |
| 6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales | | | | |
| 7.- Noto que estoy perdiendo peso | | | | |
| 8.- Tengo molestias de constipación | | | | |
| 9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre | | | | |
| 10.- Me canso sin hacer nada | | | | |
| 11.- Tengo la mente tan clara como antes | | | | |
| 12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro | | | | |
| 13.- Me siento intranquila y no puedo mantenerme quieto | | | | |
| 14.- Tengo esperanza en el futuro | | | | |
| 15.- Estoy más irritable de lo usual | | | | |
| 16.- Me resulta fácil tomar decisiones | | | | |
| 17.- Siento que soy útil y necesario | | | | |
| 18.- Mi vida tiene bastante interés | | | | |
| 19.- Creo que les haría un favor a los demás muriera yo | | | | |
| 20.- Todavía disfruto con las mismas cosas | | | | |

Como se observa en la tabla II, se agregaron al cuestionario original que consta de las 20 preguntas, datos como Nombre, el cual no da a conocer en el estudio y sólo sirve, igual que el registro para localización y seguimiento de pacientes de interés; otros datos como edad, sexo, estado civil, grado militar, o parentesco con éste, lugar y fecha de nacimiento y entrenamientos que se practican, elaborados para conocer otros datos de interés estadístico, y tomando en cuenta el tipo de población manejada en el lugar del estudio, el Centro Médico-Naval.

TABLA III

Tabla para convertir la calificación básica al índice AMD

CALIFICACION BASICA	INDICE AMD	CALIFICACION BASICA	INDICE AMD	CALIFICACION BASICA	INDICE AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Zung, W.W.K., "A self-rating depression scale, Arch.gen.Psychiat, 12:63
1965.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron un total de 142 pacientes, siendo sesenta y dos del sexo masculino y ochenta del femenino (cuadro I).

De acuerdo a la calificación de Zung con índices de AMD mayores de 60,- sólo se encontraron 9 pacientes con depresión de los 142, esto es el 6.3% del total .

De estos únicos 9 pacientes deprimidos 5 pertenecen al sexo femenino y 5 al masculino.

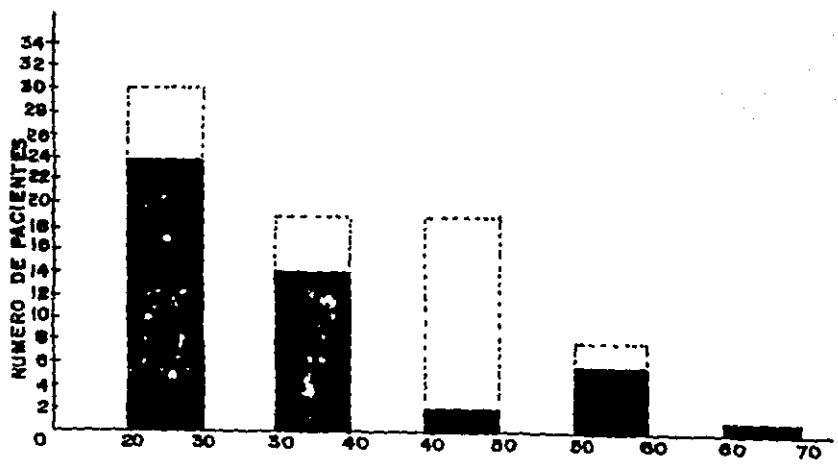
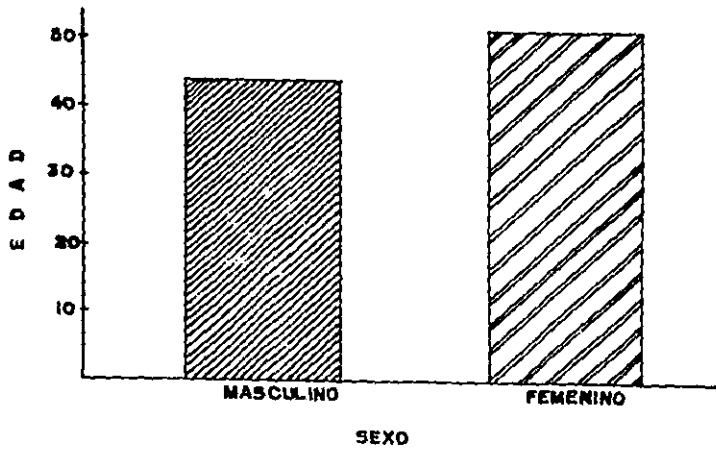
De las 5 mujeres, 3 tenían cáncer y conocían su diagnóstico, de las dos restantes, una era post operada de plastia de hernia crural y la otra se refirió = con crisis convulsivas.

De los pacientes masculinos uno tenía cáncer, sin conocer con certeza el diagnóstico, otro post operada de amputación del miembro pélvico derecho, otro = interesado por el servicio de ortopedia con diagnóstico de hemia de disco intervertebral y el último ingresado con el diagnóstico de pérdida de peso en estudio.

De estos uno tenía 47 años y los otros estaban dentro de la tercera déca da de la vida a diferencia de las 5 mujeres en las que 4 de ellas pertenecen a la quinta década y una de la sexta década de la vida.

De acuerdo a los grupos de edad resultaron como siguen:

Entre 18 y 20 años, se reportaron nueve varones, contra 9 mujeres; de 21



(46)

a 30 años, 29 y 30 respectivamente; de 31 a 40 años fueron 14 y 19; de 41 a 50 fueron 2 y 14; contra el grupo de 51 a 60, que reportó 6 y 8, con un sólo varón de 61 a 70 años. (cuadro 2).

Dentro de los 142 pacientes estudiados, un total de 71 se reportaron como militares en el activo, 51 fueron familiares de militar y 20 no lo son, No derechohabientes (NDH).

Estos 71 pacientes se desglosan como sigue:

39 marineros

23 clases

09 oficiales

Dentro de los pacientes detectados como deprimidos se encontraron 4 militares con los siguientes grados.

02 marineros

01 cabo

01 Teniente de navío.

Dos familiares de militar y dos pacientes NDH.

Los militares corresponden al sexo masculino, dos familiares femeninos y tres NDH femeninos. (cuadro 3)

En cuanto a la información obtenida acerca de la ESCOLARIDAD encontramos lo siguiente (Gráfica 1).

(47)

De los 142 pacientes se detectaron:

- 11 analfabetas
- 08 con educación primaria incompleta
- 32 con educación primaria completa
- 12 con educación media incompleta
- 37 con educación media completa
- 12 con educación media superior incompleta
- 14 con educación media superior completa
- 12 con educación superior incompleta
- 03 con nivel licenciatura completa
- 01 con estudios de post grado.

(grafica 10)

Se investigó el estado civil de los pacientes:

Del total de 142 pacientes integrantes del estudio se encontraron los siguientes:

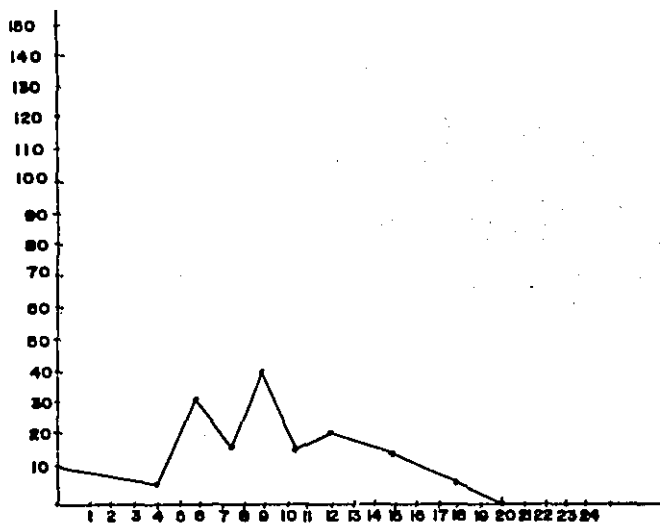
- Solteros..... 35
- Casados..... 92
- Divorciados..... 00
- Víudos 05
- Unión libre..... 06
- No contestaron..... 04

RELACION ENTRE SEXO Y MILITARES EN EL
ACTIVO, FAMILIARES Y NO DERECH.

CUADRO 3

		MIL.	FAM.	N.D.H.
S E X O	F	0	2	3
	M	4	0	0

ACOTACIONES
 MIL. = MILITARES
 FAM. = FAMILIARES
 N.D.H. = NO DERECHABIENTE



(48)

De los nueve pacientes que detectamos deprimidos encontramos lo siguiente:

Casados..... 06

Unión libre 01

Solteros 02

En el presente estudio, también se consideró importante incluir el que si los pa-
cientes conocían o no su verdadero diagnóstico médico y encontramos estos resultados.

SI CONOCIAN SU DIAGNOSTICO..... 113

NO CONOCIAN SU DIAGNOSTICO.... 28

SIN ESPECIFICAR 1 (no contestó)

Dentro de nuestros pacientes deprimidos encontramos que:

SI CONOCIAN SU DIAGNOSTICO..... 04

NO CONOCIAN SU DIAGNOSTICO... 05

En los 142 pacientes, los resultados del cuestionario de Zung se traspolaron al
índice AMD obteniendo estos resultados. (cuadro 4)

AMD	No. pacientes.
20-29	5
30-39	24
40-49	56
50-59	48
60	9

CUADRO No. 4



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D I S C U S I O N . .

Se estudiaron 142 pacientes en total, internados en el Centro Médico Naval en un período de tres meses, es decir 47 pacientes por mes en promedio, si tomamos en cuenta que el número de pacientes adultos hospitalizados en las áreas de cirugía, medicina interna y ginecología y obstetricia en promedio mensual de los meses estudiados fue de 150 pacientes, vemos que el porcentaje de pacientes estudiados en tres meses fue de 31.6% lo que nos lleva a concluir que la muestra ha sido significativa ya que nos da casi el total de pacientes internados en un mes.

En el presente estudio encontramos el 6.3% de pacientes deprimidos lo cual de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial es un porcentaje bajo ya que era de esperarse encontrar cifras mayores. Sin embargo en México no contamos con estudios similares en otros hospitales generales y dentro de la bibliografía sólo encontramos estudios realizados a nivel de la consulta externa, no pudiéndose hacer marcas comparativas en poblaciones de estos pacientes con los hospitalizados cuyo estado anímico y predisposición a un estudio es diferente.

Es de notar el hecho de que a pesar de que sólo encontramos a nueve pacientes deprimidos dentro de índice AMD, detectamos cuarenta y ocho pacientes con índice AMD entre 50 y 59, esto es, pacientes con síntomas depresivos que no cumplen totalmente con los parámetros de Zung para poder establecer un diagnóstico certero. Esto nos lleva a pensar que de haber aplicado otro tipo de entrevista o haber realizado un estudio médico completo a estos pacientes, hubiéramos encontrado un mayor número de

pacientes deprimidos.

Podemos entender el bajo hallazgo de depresión en base a que :

a) La entrevista de Zung tiene desventajas pues -y se mencionó- antes no es categórica y su significación clínica sólo se establece a través de "alta y baja" sin poder determinar cuadros limítrofes.

b) El estudio se realizó en una población donde un número de 71 pacientes = (50.7%) eran militares en el activo pudiendo ellos distorsionar o modificar las respuestas por miedo a represalias de cualquier tipo.

c) A pesar de sólo 11 pacientes (7.7%) eran analfabetas, a ellos se les leyó la entrevista para que se calificaran y aún así encontramos algunos ítemes sin responder porque el paciente no encontraba la respuesta ideal, o tal vez por falta de entendimiento a la pregunta. Estos puntos sin contestar fueron sumados como "cero", lo cual disminuye significativamente la suma total de cada cuestionario.

d) De los nueve pacientes deprimidos, 4 fueron del sexo masculino y 5 del femenino no pudiéndose establecer diferencias significativas igualmente en cuanto al estado civil y su relación con la depresión en donde a pesar de que un mayor número de pacientes (92) resultó ser casados, en los resultados finales y dentro de los nueve casos detectados encontramos un buen número con los otros diferentes estados civiles y = su relación con la depresión.

e) En cuanto al conocimiento del diagnóstico médico en los nueve casos detectados cuatro pacientes conocían su diagnóstico contra cinco que lo desconocían, lo cual no es tampoco muy significativo en cuanto a diferencia de cifras, ni la influencia que el conocer su real padecimiento pudiera influir en la aparición de un es-

todo depresivo.

No olvidemos que sólo se realizó un estudio con corte transversal y que si pensamos en los estudios longitudinales de cada uno de nuestros pacientes, pudiéramos también aumentar el número de pacientes deprimidos.

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

El cuestionario de autoevaluación de Zung es una prueba válida en nuestro país, habiendo muy pocas posibilidades de aplicar otra entrevista a poblaciones grandes para detectar pacientes deprimidos, ya que aunque existen otros tipos de cuestionarios utilizados en otras partes del mundo, no están validados para nuestra población, además que requieren de mayor aporte presupuestal.

Así concluimos que la aplicación del cuestionario de autoevaluación de Zung, es adecuado para detectar pacientes deprimidos, sin embargo confirma todos los casos de depresión y sería necesario utilizar otros métodos clínicos para establecer un diagnóstico y canalizar a los pacientes con el especialista a fin de brindar una adecuada atención y mejorar el pronóstico de cada uno de nuestros enfermos.

Es también evidente, como lo mencionamos en la justificación para realizar este estudio, que dentro del historial clínico que se realiza a los pacientes de los diferentes servicios médicos, no encaminados a la salud mental, se hace poca o ningún caso a los padecimientos psicopatológicos como el que manejamos aquí y que de forma determinante influyen en la cooperación del enfermo y sus familiares para su mejor respuesta terapéutica y/o mejor adaptación a las secuelas que pudiera dejar su padecimiento.

Esperábamos encontrar un mayor número de pacientes deprimidos, sin embargo no hay estudios nacionales en donde podamos establecer comparaciones, por lo que el presente estudio puede considerarse como inicio de otros posteriores, que de cualquier modo nos motiven a realizar un manejo en cada uno de nuestros pacientes tratando de lle

varlos realmente a un equilibrio biológico, psicológico y social.

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

- 1) AARON T. Beck. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION
1a. Edición. Ed. Merck-Sharp & Dohme. 1976-.
- 2) AARON T. Beck et al. DEPRESSION; Ed. Lakeside Laboratories Ind.
MEDCOM NY. 1970.
- 3) BENKERT, O. RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO 1a. Ed.
Hoechst A.G. Alm.
- 4) BECK, A.T.; WARP C.H.; MENDELSON M.; & MOCK J. "An Inventory for me
asuring on depression" Arch. Gen. Psychiat. 4:561. 1961.
- 5) CALDERON, Narvóez G. DEPRESSION, CAUSAS? MANIFESTACIONES Y TRA-
TAMIENTO. 1a. ed. Ed. Trillas, México, 1984.
- 6) CALDERON. G. CONCEPTOS PSIQUIATRICOS EN LA MEDICINA AZTECA =
CONTENIDOS EN EL CODICE BADIANO DEL SIGLO XVI" Rev.=
fac. Med., Vol VII, num. 4 Abr. 1965.
- 7) CALDERON N.G. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN =
LA IX REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS
ENFERMEDADES". Psiquiatría, Vol. 7 Núm. 3.31, 1977.
- 8) CARAVEO, Medina, Martínez & Serrano, Clinical indicators of Psychiatric Di-
sorders in the elderly in a Hospital's General Practice Service, ==
Clinical Gerontologist, VI.3 (1) Fall 1984.
- 9) BIMASCIO A. & GOLDERBERG H. trastornos emocionales, guía esquemática

para su diagnóstico y tratamiento.

la. Ed. Ed. MEDIX, México 1980. pp41-45.

- 10) FREDMAN, A.M. Kaplan, H.I. & Sadock B.J. Compendio de Psiquiatría, Ed. Salvat. Barcelona, 1975.
- 11) GUTIERREZ A. y Tovar A. "La vigilancia epidemiológica en las alteraciones mentales, Salud Pública, Mex. 26-464-483. 1984.
- 12) HAFNER, H. "Intervención médica en la crisis" Información Geigy de Psiquiatría, & Neurol, No. 10 1979.
- 13) HAMILTON. M. "A rating scale for depression" J. Neurol. Psychiat., 23:56 1960.
- 14) KLINE. N .Practical management of depression J.A.M.A. 190723, 1964.
- 15) HILL D. "La Depresión en la Historia" en Depresión. MEDCOM, NY. 1970.
- 16) HAYNAL, André. "El asma bronquial en su aspecto psicomasático", Información Geigy, Psiquiat-Neurol, Vol 4. 1975.
- 17) MEINHARDT, Hohanes, "El trauma Escolar" - Depresión enmascarada. Información Geigy. No. 9, 1978.
- 18) MULLER-KUPERS M. "Suicidio y tentativas de suicidio en la adolescencia. Geigy, Psiquiat-Neurol No 11, 1979.
- 19) PADILLA, P. Peláez O. "Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica, Salud mental Vol. 8 No. 3. Sept. 1985 México.
- 20) PRINCE, J. "Genética de la depresión" en Depresión, MEDCOM NY. 1970.

- 21) NOYES, A. P. y Kolb. L.C. "Psiquiatría clínica moderna". La Prensa Médica Mexicana, Mex. 1961.
- 22) POLDINGUER, Walter, "La depresión por agotamiento y su terapéutica psicodinámica. Depresión enmascarada. Información Geigy vol. I 1975.
- 23) POLDINGUER, Walter, "Primeros auxilios en las Depresiones". Información Geigy de Neurología y Psiquiatría 7:2, 1982.
- 24) PUCHEO R.C. et al. Marcos de referencia para la investigación sociomédica-psiquiátrica. Salud Mental VI. 8 No. 1; Mar. 1985.
- 25) RICHARD, Jaques & Droz, Pierre. "Depresiones Tardías" Inf. Geigy tomo 5 = 1975.
- 26) SCHILDKRAUT, J.J. "The catecholamine Hypothesis of affective disorders" a review of supporting evidence. Am. Jour. Psychiat., 122:509. 1965.
- 27) SCHILDKRAUT, J.J. ¿Una etiología bioquímica? en Depresión MEDCOM. = NY. 1970.
- 28) SALOMON P. & Patch V.D. MANUAL PSIQUIATRIA, Ed. El manual moderno, Mex. 1976.
- 29) VALLEJO N.J.A. INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA. Ed. Científico Médica, Barcelona 1981.
- 30) WATTS CAH: "The mild endogenous depression" Brit. Med. 1:48, 4 enero 1970.
- 31) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF DENTAL DISORDERS. 3er. ed. = O. M. S. 1983. (DSM III).
- 32) ZUNG. W. W. K.; "A self-rating depression Scale", Arch. Gen. Psychiat., 12:63, 1965.

INDICE

	Página
PROBLEMA	1
JUSTIFICACION	2
ANTECEDENTES	4
INSIDENCIA	20
CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO	22
CLASIFICACION SEGUN LA O.M.S.	24
HIPOTESIS	34
MATERIAL Y METODO	35
Inventario M.M.P.I.	36
Escala Hamilton	36
Inventario de Beck	37
Escala de Autoevaluación de Zung	37
RESULTADOS	45
DISCUSION	49
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA	53