

11241

2 ej 11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

Síntomas depresivos en una muestra de los habitantes del área metropolitana, de la ciudad de México, con depresión.

TESINA

Que para obtener el diploma de la especialidad en psiquiatría

PRESENTA

*México*

DR JUAN A. R. CERRUD SANCHEZ

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

*México*

Tutor: DR MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH

*[Signature]*

COYOACAN, D.F.

*Jo Jo*

*[Signature]* 114-II-89



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.

## INTRODUCCION

En la cuarta centuria antes de Cristo, Hipócrates describió un síndrome que llamó melancolía, y dijo que era producido por un predominio de bilis negra. Posteriormente, Aristóteles propuso música y vino como terapia para la melancolía.

En la primera centuria antes de Cristo, Asclepiades recomendó tratar la depresión con estimulación intelectual, música placentera, y la formación de buenos parentescos. En la primera centuria después de Cristo, Anaxagoras de Capadocia describió una enfermedad en la cual los periodos de melancolía alternaban con periodos de manía. Posteriormente, Sorano defendió el uso del drama como tratamiento para los pacientes deprimidos, y alentó a estos a participar en comedias. Por otro lado Galeno propuso que la melancolía y la manía estaban en asociados a un mal funcionamiento del cerebro.

En 1621 Burton escribió "La Anatomía de la melancolía" y describió la melancolía como una "enfermedad de la calera o la mente", y como causas de esta enumeró al frío, hechicerías, la vejez, malas dietas, la herencia, un mal aire, disminución del ejercicio, y causas psicológicas que incluyen tristeza, miedo, cólera, remordimiento por culpa, envidia, malicia, ambición y codicia. Recomendó para su tratamiento, buena higiene, ejercicio moderado, música, compañía de personas joviales y la confesión de defectos. Poetas y

novelistas han tenido una gran consideración de la melancolía en sus trabajos; en Hamlet por ejemplo Shakespeare ofrece una excelente representación de la melancolía.

Pinel (1745-1826) separó los estados psicóticos en melancolías, manías sin delirium, manías con delirium, y demencias. También propuso un trato más humano de estos trastornos mentales sugiriendo un medio bondadoso y una rudimentaria terapia ocupacional, más que mortificaciones, sangrías y vómito inducido.

Benjamin Rush (1745-1813), trató la melancolía en su "Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind", el primer tratado americano de psiquiatría. usó el término de tristemanía para describir la melancolía y dijo que esta condición no era inducida por causas externas pero que estaba relacionada a la "personalidad o condición de vida" de el paciente, describió delirios somáticos, trastornos del funcionamiento intestinal, y delirios de culpa así como síntomas de severa depresión. Rush abogó por las sangrías, empollas de la piel, baños fríos y calientes, eméticos, ejercicio y mucicoterapia como tratamientos de la tristemanía.

Kalbahum (1817-1868) introdujo el término de ciclotimia para describir un síndrome de ciclos alternantes de ánimo. De acuerdo a Kalbahum, los pacientes con ciclotimia tienen periodos caracterizados por ánimo triste que alterna con periodos de ánimo de regocijo.

Al final de los 1890 Kraepelin intentó definir algunos de los síndromes psiquiátricos de acuerdo a los signos que presentaban y su pronóstico. Designó dos enfermedades mayores, es decir episódicas, locura maniaco-depresiva no deteriorante, y demencia precoz progresiva y deteriorante posteriormente llamada esquizofrenia. En el sistema de Kraepelin la locura maniaco-depresiva fue subdividida en un número de trastornos que incluyeron la manía simple, la melancolía simple, y melancolía con delirios. Postuló que los defectos hereditarios son el factor etiológico más prominente en el 70 a 80 por ciento de los casos de locura maniaco-depresiva y también consideró el uso de alcohol como uno de los factores ambientales que contribuyen a la etiología de la locura maniaco-depresiva. Así mismo postuló que una lesión neuropatológica eventualmente estaría asociada a la locura maniaco-depresiva.

Al principio, Kraepelin consideró la melancolía involutiva y la enfermedad maniaco-depresiva como enfermedades separadas en base a su idea de que la melancolía involutiva tenía un mucho peor pronóstico que la enfermedad maniaco-depresiva. En 1907, no obstante, Freyfar publicó un estudio demostrando que sus pacientes con melancolía involutiva, excepto cuando intervenía la demencia, casi siempre tenían un buen pronóstico. Como resultado de este estudio, Kraepelin revisó sus pensamientos y de ahí en adelante consideró la melancolía involutiva como un subtipo de locura maniaco-depresiva.

En los Estados Unidos Adolf Meyer inicialmente aceptó la clasificación de Kraepelin, pero después comenzó a protestar ya que las formulaciones psicodinámicas fueron más útiles para el entendimiento de la enfermedad depresiva, que que la clasificación de Kraepelin que se basaba en la idea de una distinción neuropatológica eventual que podía ser encontrada, asociada con la locura maniaco-depresiva.

Durante el siglo veinte los grandes avances han hecho crecer nuestro entendimiento sobre la etiología biológica y psicológica de la depresión (Aché, 1983). De la misma manera que se ha revolucionado el proceder terapéutico, ya no se utiliza la hidrotérsia, sangrías, eméticos, etc. sino que se han hecho diversos estudios probando la eficacia de la terapia electroconvulsiva (Post, 1985; Solan, 1988; Rifkin, 1988; Taeuber, 1985), inhibidores de la enzima monoamino oxidasa (Liebowitz, 1988; Davidson, 1988; Gerner, 1985); antidepresivos tricíclicos (Gerner, 1985; Liebowitz, 1988; Rifkin, 1988); Serotonina (Byerley, 1987); Triazolobenzodiazepinas (Warnet, 1988); litio, estimulantes, neurolepticos, etc. (Gerner, 1985); Psicoterapia (Murphy, 1985) por mencionar algunos. La comprensión de la etiología nos muestra que la normalidad de la depresión plantea múltiples problemas para la práctica clínica y la teoría. Para la práctica clínica son necesarios los criterios para especificar las fronteras entre el estado de ánimo normal y aquellos estados anormales que ameritan intervención. Para la teoría es necesario entender la naturaleza y la función de la depresión

mas con el nivel normal y anormal. Cuales aspectos son comunes tanto a los estados normales como a los patológicos, así como distinguir aquellas características que son únicas de los estados anormales (Hilgarn, 1930), y todo esto tomando en cuenta las diversas fronteras culturales (Westermeyer, 1985; García Álvarez, 1986)

La mas importante visión del afecto depresivo normal deriva de las ideas de Darwin, particularmente aquellas relacionadas a la adaptación. De acuerdo al estricto criterio de la teoría evolutiva, una característica o conducta es adaptativa desde el punto de vista filogenético si ésta promueve la supervivencia de la especie. Por otra parte, desde el punto de vista ontogénico, una característica es adaptativa si promueve el crecimiento y supervivencia de los miembros individuales de las especies. Darwin fué el pionero en la aplicación del enfoque evolucionista, en la conducta y especialmente en las respuestas emocionales. La teoría de la evolución de Darwin postula que existe no solo una evolución morfológica sino también de las capacidades mentales y expresivas. Colectó material para documentar la continuidad filogenética de las expresiones emocionales en los animales particularmente en primates y seres humanos, pero la mayoría de las observaciones y teoría quedaron latentes por muchas décadas. Desde la Segunda Guerra Mundial, ha habido un marcado resurgimiento del interés en la biología comparativa de los estados emocionales. De los estudios de de conducta en mamíferos, especialmente del desarrollo madre-hijo en primates

concordan significativamente con los de neurobiología, etología y psicología comparativa. Al mismo tiempo, estudios del desarrollo infantil humano, particularmente aquellos estudios que utilizan la teoría psicomotriz tienen su paralelo en las investigaciones animales. Bowlby (1969) y otros han demostrado que la génesis de la emoción en el niño se encuentra relacionada con las vicisitudes de la liga de apego con la figura materna. Porque debido a su prolongado estado de dependencia, los infantes humanos son altamente vulnerables al efecto de la separación y el subsiguiente sentimiento de impotencia. Las conductas depresivas infantiles sirven para alertar al grupo social, generalmente la familia, para su o sus necesidades de alimentación, asistencia y ayuda.

Un enfoque adaptacional para examinar las posibles funciones de las emociones, particularmente la depresión, investiga dentro de las estructuras neuroanatómicas y mecanismos neuroquímicos por los cuales la selección natural, la mutación genética, los condicionantes medioambientales y el aprendizaje social median el impacto de los cambios medioambientales e inician, organizan, integran y determinan las actividades emocionales, metabólicas, y dirigidas del organismo hacia el estado de ánimo normal depresivo y los estados clínicos depresivos.

Los estudios de los etólogos, los estudios experimentales de la psicología comparada y los estudios clínicos con niños convergen produciendo, datos que forman las



bases cruciales del enfoque adaptacionista. Cuando los lazos madre-hijo de los mamíferos se rota por separación o pérdida, emergen patrones conductuales característicos. El patrón inicial es caracterizado por ansiedad, agitación y protesta. El patrón subsiguiente consiste en aislamiento, decremento de la participación social y decremento de la actividad motora. Estudios de psicólogos han convencido a la mayoría de los observadores que estas características de depresión animal son similares sino es que idénticas, a los estados emocionales humanos normales. Estas reacciones animales a la separación y pérdida también son similares a la tristeza humana de manera que ahora pocos observadores dudan de la continuidad esencial entre los animales y las experiencias infantiles humanas.

Así, la depresión como una emoción en primates y en el ser humano sirve como una función de señal. Esto es alerta a la madre o a otros miembros del grupo social que uno de sus miembros necesita ayuda, el infante se encuentra en peligro potencial. Esto es especialmente verdadero durante la fase de crecimiento y rápida maduración del sistema nervioso central y durante la adquisición de destrezas cognitivas, perceptuales, motoras y sociales. Alertados los protectores pueden reunir los recursos para alimentación soporte y protección y de esta manera promover la supervivencia biológica (Klerman, 1980)

El anciano, también puede ser visto como un ser que ya no tiene al máximo sus capacidades y habilidades, siendo por consiguiente dependiente (en cierto grado) y por tanto

susceptible de solicitar ayuda de la misma manera que el infante. Encontramos diversos artículos que exponen la depresión patológica en ancianos (Ben-Arie, 1987; Sigfried, 1985; Moor, 1985; Folstein, 1989) y se pone de manifiesto como un padecimiento que pone en peligro la vida interactuando con la depresión (Schwartz, 1980). Primero definiremos algunas de las medidas útiles cuando se emplean como estimaciones. Prevalencia es la proporción de la población que tiene el trastorno que está siendo estudiado en un momento y tiempo dados. Incidencia es la proporción con la cual nuevos casos de un trastorno surgen en la población en riesgo. Periodo de prevalencia en el periodo de tiempo es la proporción de la población que ya sea que tenga el trastorno en el comienzo de un intervalo de tiempo especificado o que se ha desarrollado en éste intervalo; de esta manera, periodo de prevalencia es una medida híbrida que no distingue entre los casos de prevalencia y de incidencia. Riesgo para el tiempo de vida de un trastorno psiquiátrico particular es la proporción de una población dada en la cual ese trastorno se desarrollará si todos los individuos viven hasta una edad específica. Como una forma de estimación de el riesgo durante el tiempo de vida para trastornos psiquiátricos, algunos estudios calculan la proporción de sujetos en la población general que han tenido el trastorno (prevalencia en el tiempo de vida). Otros estudios corrigen el denominador edad de ésta proporción dividiendo las personas no afectadas por la proporción de la edad en riesgo a través de la cual ha pasado en el momento en

que consisten en ser observadas (riesgo de morbilidad o expectativa de enfermedad). La mayor dificultad con el riesgo de morbilidad o expectativa de enfermedad por en esta definición, es la ambigüedad de la magnitud del periodo de riesgo (Hudson, 1987; Lendell, 1988).

Un episodio depresivo mayor es definido en el DSM III como un periodo de por lo menos dos semanas de duración el cual es caracterizado por un estado distónico y es acompañado por alguno de los siguientes síntomas: trastorno del sueño o el apetito, disminución de la energía, agitación o retardo psicomotor, disminución del interés, autorreproche, dificultad en la concentración y pensamientos de muerte y suicidio. La depresión mayor difiere de los síntomas depresivos en que los síntomas son persistentes, alteran la funcionalidad y ocurren en ausencia de otro trastorno que los pueda explicar mejor. La mayoría de los estudios han presentado datos sobre varias subclasificaciones de depresión, tales como endógena, neurótica, reactiva, involutiva, psicogénica, psicótica, unipolar, la fase depresiva de la enfermedad maníaco-depresiva y la depresión de otros modos no especificados (Weissman, 1985; Kocsis, 1987).

4

Por otro lado, todas las revisiones sobre la epidemiología de la depresión enfatizan el hecho de que a la investigación han sido aplicadas una gran variedad de esquemas diagnósticos y mecanismos de medida (Schwartz, 1987). Así, las evaluaciones de la mayoría de los estudios específicos se

normas, y criterios específicos. Las variaciones en los resultados de estos estudios son difíciles de evaluar. Debido a las distintas estrategias metodológicas en la medición de la depresión. En estudios de comunidad, la epidemiología de la depresión refleja históricamente el estado de la nosología psiquiátrica (Rutter, 1988).

La necesidad de un esquema nosológico y un secarismo de medida para propósitos tanto clínicos como de investigación se ha incrementado y ha sido reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). de esta forma, en 1981 se crea el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM III). Un número de desarrollos mayores simultáneos, han avanzado hacia estos objetivos y sirven como base para las actividades actuales de la clínica y la investigación. En los E.U.A. el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, propuso criterios específicos para el diagnóstico de 15 trastornos mayores, también desarrollaron una entrevista estructurada, la "entrevista estructurada de Benard", para la operacionalización de la recolección de los datos. Estos criterios fueron revisados y ampliados por Spitzer y asociados en un instrumento llamado "Los Criterios diagnósticos para investigación" (RDC), que provee criterios para hacer 25 diagnósticos psiquiátricos e intenta tomar los episodios anteriores y presentes de los trastornos psiquiátricos, se usa en conjunción con la lista de trastornos afectivos y esquizofrenia (SALS), para obtener datos sobre sobre signos, síntomas y duración de los

fiabilidad. El EPCAD ha sido lo suficientemente fiable, confiable y ha influido sustancialmente en el DSM III (Houck, 1987). Similares intentos para aplicar mecanismos diagnósticos estandarizados y confiables ocurren con alguna énto en el Reino Unido por John Wing y asociados.

Supremo entre los instrumentos diagnósticos diseñados explícitamente para estudios epidemiológicos en los E.U.A. es el creado por el NIMH Diagnostic Interview Schedule (DIS), el cual tiene como un objetivo mayor el de obtener proporciones de prevalencia de trastornos mentales específicos como se encuentran definidos en los criterios del DSM III, este instrumento refleja un excepcional progreso y una base para los estudios comparativos. El DIS es una parte integral del Programa del NIMH del área de captación epidemiológica (ECA), el cual incontestablemente constituye el más ambicioso y sofisticado programa de investigación epidemiológica psiquiátrica de hoy. El DIS es altamente estructurado y ayuda por sí mismo para ser usado por entrevistadores entrenados en contraste con las escalas clínicas, incorpora métodos para la calificación computarizada y de diagnósticos por computadora basados en el RDC y el DSM III. Así el DIS es factible y costo-efectivo para estudios a gran escala. El ECA involucra el estudio de alrededor de 17 000 residentes de la comunidad en cinco lugares distintos (Baltimore, New Haven, Durham,, North Carolina, St. Louis y los Angeles).

La revisión de la literatura epidemiológica en 1981 se encuentra que el riesgo para depresión mayor no bipolar durante el tiempo de vida era del 8 al 12 por ciento para hombres y del 20 al 26 por ciento para mujeres. La incidencia anual de depresión no bipolar, basada en los tres estudios longitudinales, varía grandemente más que otras medidas, con rangos de 0.08 por ciento al 0.30 por ciento para hombres y del 0.25 al 7.8 por ciento para mujeres. Debido a la variabilidad de los métodos y parquedad de los datos, estos fueron que menos confiables (Curtis, 1980). También hay que tomar en cuenta las variaciones estacionales (Rosenthal, 1987).

Como resultado de nuevas técnicas de diagnóstico, son ahora más confiables los datos disponibles para la prevalencia de la depresión mayor. Los datos de seis estudios en la comunidad han arrojado los siguientes resultados: el primero realizado por medio de una lista de síntomas derivada del DSM-III realizado por el U.S. National Survey durante un periodo de un año, encontrando una prevalencia de un 2.8% para hombres y un 6.9% para mujeres, con una prevalencia total de 5.1%; el segundo, tercer y cuarto estudios fueron realizados dentro del estudio de la ECA, en Dan Haven de 1980 a 1981, en Baltimore de 1981-1982 y en St. Louis de 1981 a 1982 respectivamente. Utilizando los criterios del DSM III durante 6 meses, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes el segundo mostró una prevalencia de 2.2% en hombres y de 4.6% en mujeres con un total de 3.5%. el tercero de 1.8% para hombres y 4.1%

para mujeres con un total de 3.0%, y el cuarto 1.7% para hombres y un 4.5% para mujeres con un total de 3.2%. El quinto estudio fue realizado en New Haven de 1975 a 1976 utilizando RDC mostrando un 3.1 para hombres y un 5.2% para mujeres con un total de 4.3%. El sexto estudio fue realizado dentro del Stirling County, Canadá desde 1980 con RDC mostrando una prevalencia total de 4.1%. Como se puede observar en los datos anteriores cuando las muestras son similares y los criterios diagnósticos también, los resultados son marcadamente semejantes. La actual prevalencia para depresión mayor va del rango de 1.7% a 3.2 por ciento para hombres y de 4.1 a 6.9 por ciento para mujeres con una prevalencia total del 3 al 5.1 por ciento.

Dentro de los factores de riesgo tenemos en primer lugar el sexo: en casi todos los estudios en países industrializados se ha encontrado que la depresión es casi dos veces mayor en la mujer que en el hombre. Otro factor de riesgo es la edad, en estudios anteriores se pensaba que el pico de incidencia de depresión en la mujer era de los 35 a los 45 años sin embargo los abordajes actuales como el realizado por el estudio de la ECA muestran que el principio de la depresión es a mediados de la tercera década de la vida, ha habido un aumento en la literatura de los reportes de depresión en jóvenes, a partir del estudio de la ECA, en parte puede deberse al surgimiento de nuevas técnicas diagnósticas y estudio sistemático, lo cual ha cambiado la vieja concepción de que la depresión no aparecía en niños ni adolescentes. En

lo que respecta a la menopausia como un factor de riesgo para la aparición de depresión en la mujer, ni la incidencia ni la prevalencia han demostrado una predisposición mayor al resto de las mujeres. En el periodo pospartum se ha descrito un trastorno emocional transitorio en las primeras semanas descrito como "new-baby blues" el cual ocurre con mucha frecuencia y es considerado como normal, sin embargo los seis meses posteriores al parto son considerados como de riesgo para la aparición de varios trastornos mentales entre estos el de la depresión. Al parecer debido a los cambios hormonales que se dan después del parto, además a esto existen los cambios de roles como son la maternidad y los eventos psicosociales que contribuyen al incremento del riesgo. La clase social como factor de riesgo no se ha visto asociada a trastorno no bipolar sin embargo la disforia y los síntomas depresivos si son mas frecuentes en las clases socioeconómicas bajas (de Frank, 1987). No se ha visto una asociación entre la frecuencia de depresión por razas sin embargo en E.U.A. el tratamiento para depresión es menos común entre negros que entre blancos. Hay controversia sobre si las experiencias en la infancia están asociadas como factores de riesgo para depresión sin embargo hay evidencia de que un medio ambiente disruptivo, hostil y negativo en la infancia constituye un factor de riesgo. En el momento hay suficiente evidencia para asegurar que un importante factor de riesgo para depresión es la aparición de depresión en familiares del paciente, este antecedente duplica o hasta triplica el riesgo de depresión.



Hay alguna evidencia de que los atributos de la personalidad incrementan el riesgo para depresión, en un estudio con 73 pacientes deprimidos utilizando RDC que fueron estudiados después de que se recuperaron del episodio depresivo se encontró que características tales como abstinencia bajo tensión, disminución de la energía, inseguridad, introversión y sensibilidad, tendencia a la preocupación, disminución de las habilidades sociales, conductas no asertivas, dependencia y obsesividad así como introversión, neurosis, culpa y dependencia, tenían mayor puntuación que en los bipolares y que en muestras de la población normal. Los eventos recientes en la vida se ha visto que incrementan el riesgo de padecer depresión, en muchos aunque no en todos los casos de pacientes se ve que tienden a tener un exceso de eventos negativos en la vida antes del episodio, un estudio a este respecto, con un enfoque epidemiológico, mostró un riesgo relativo de 6.3, para la partida de eventos en la depresión. Un estudio realizado en la zona de Camberwell, en Londres notó que en mujeres un factor de riesgo para depresión es el de la ausencia de una relación heterosexual satisfactoria (Weisman, 1985). Para fines prácticos dividiremos la sintomatología que caracteriza a la depresión en cinco esferas: los de la cognitiva, los de la afectiva, los de la esfera perceptual, los de la esfera fisiológica y los de la psicomotora (Ludwig, 1980).

Dentro de los síntomas que encontramos en la esfera cognitiva tenemos una producción verbal lenta y laboriosa que inclusive llega a ser monosilábica o mutista; encontramos un

curso del pensamiento lógico y coherente pero con disminución drástica de las respuestas verbales por unidad de tiempo; dentro del contenido del pensamiento encontramos ideas de ruina, ideación de muerte, pesimismo al presente, preocupación excesiva por eventos mínimos, ideación obsesiva, indecisión, ideación de daño, suspicacia, sospecha de que algo malo va a ocurrir, pesimismo hacia el futuro, disminución de la atención, disminución de la concentración.

En la esfera afectiva encontramos tristeza, llanto, sentimientos de culpa, desesperanza, lastima hacia si mismo, limitación, incapacidad, inutilidad, impotencia, depresión, ruina, autoneproche, abatimiento, dependencia, angustia, irritabilidad, llanto fácil, deseos frecuentes de llorar, de vida oscura, de vida decorada, de vida negra, labilidad afectiva, autodevaluación, disminución del interés (en el trabajo, en actividades habituales, en pasatiempos), soledad, rechazo de los demás, aburrimiento, celos, abatimiento, miedo excesivo.

En la esfera perceptual hay trastornos de la percepción del tiempo, trastornos de la percepción de los sabores, parestesias, alteraciones de la percepción de la imagen corporal.

En la esfera fisiológica encontramos aumento o disminución del peso corporal, constipación, palpitaciones, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnio), alteraciones

del apetito, disminución del deseo sexual, fatiga fácil, trastornos de la digestión, astenia y adinamia.

Dentro de la esfera psicomotriz tenemos disminución en el desempeño de actividades laborales y recreativas, intento suicida, incapacidad para concluir las tareas, cansancio, discurso lento.

En psiquiatría los instrumentos diagnósticos incluyen las escalas de medición del comportamiento, las listas de síntomas, las entrevistas estructuradas, los inventarios de personalidad, las pruebas proyectivas y los procedimientos psicométricos. Para seleccionar el de mayor utilidad hay que tomar en cuenta el objetivo del instrumento que se va a emplear.

Si el objetivo es valorar una población general para un trastorno específico, es importante que el instrumento se aplique con facilidad. Las otras características estarán determinadas por la necesidad de evitar falsos negativos o bien falsos positivos. En el primer caso se necesita alta sensibilidad, y en el segundo caso alta especificidad.

Para el clínico es más importante evitar falsas negativas (alta sensibilidad), y para el investigador es más importante evitar falsas positivas (alta especificidad).

El psiquiatra clínico todavía no puede (y quizá nunca podrá) depender por completo de los resultados de una prueba para el diagnóstico diferencial final, pero puede encontrar

subjetivo. La escala de Hamilton (1960) es un ejemplo de personalidad clínica precisa a que su facilidad para ser entendidos es una protección para evitar pasar por alto ciertos síntomas, y al mismo tiempo incrementan la objetividad del examen y facilite la comparación con los hallazgos de otros examinadores.

La escala ideal.- Deberá ser diseñada en base tanto a una adecuada experiencia clínica como a un buen análisis estadístico, y necesita ser válida (demostrar que la escala realmente mide lo que dice medir) y confiable, asimismo deberá ser de fácil comprensión y balanceada. Deberá ser breve y sencilla. El listado de todos estos requisitos nos explica por qué todavía no existe la escala ideal.

En general se pueden dividir los tipos de escalas para los trastornos afectivos en tres, según sus funciones.

- 1.- Medición cuantitativa de la severidad del trastorno.
- 2.- Medición cualitativa (identificación diagnóstica de patrones especiales).
- 3.- Clasificación de las características de personalidad para la predicción del riesgo y la respuesta al tratamiento.

Dentro de la primera categoría tenemos la escala de Hamilton, el inventario de depresión de Beck y la escala de Zung. En la segunda categoría, las más conocidas son las escalas de Newcastle (N-I y N-II) y la WHO/SADD aunque otros

autores han utilizado otros instrumentos (Boyd, 1981; Zimmerman, 1988). Por último, en la tercera categoría se encuentran los inventarios de personalidad (Luhmann, 1985; Beck, 1975; Overholser, 1986; Zimmerman, 1988).

El presente estudio, no es más que la primera estrategia de abordaje de un proyecto más amplio y ambicioso con el fin de crear un instrumento de tamizaje con un buen nivel de confiabilidad, rápido y de bajo costo, a diferencia de los instrumentos no epidemiológicos (Heninger, 1988).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un cuestionario de 76 preguntas, estructurado en frases de modo que fueran contestadas (cierto o falso), cada una de las frases tiene la intención de explorar la presencia de un síntoma depresivo, y en algunos casos un síntoma fue explorado por más de una pregunta. Posteriormente fueron numeradas al azar y colocadas en el espacio de una hoja tamaño carta, también se preguntaron algunos datos socio-demográficos como el sexo, la edad, el estado civil, los años de estudio, la ocupación y los ingresos familiares.

El cuestionario fue aplicado a pacientes adultos, que asistieron al psiquiatra en búsqueda de ayuda y que obtuvieron el diagnóstico presuncional o nosológico de síndrome depresivo en su primera entrevista. Se pidió que la participación de los pacientes fuera voluntaria y anónima.

Los datos obtenidos fueron analizados a través de una microcomputadora en una base de datos para obtener las frecuencias aparición de cada uno de los síntomas explorados, para posteriormente ser graficados y analizados.

Después de la aplicación del cuestionario, el especialista pidió a los pacientes que le enumeraran las preguntas que no había comprendido o que consideraba confusas, anotación que se realizó al margen para, de esta manera mejorar el cuestionario en una segunda aplicación, así como para discutir adecuadamente algunos de los resultados.

Debido al reducido tamaño de nuestra muestra, en esta primera aplicación no se realizó análisis multivariado de las preguntas, pero en cuanto obtengamos una muestra mayor lo realizaremos, con el fin de identificar aquellas preguntas que se encuentren funcionando adecuadamente.

## RESULTADOS

Nuestra muestra estuvo conformada por 40 pacientes, de los cuales el 32.5% fueron mujeres y el 67.5% fueron hombres. El 65% reportaron ser casados, mientras que el 32.5% solteros, el 2.5% viudos, no encontramos pacientes divorciados que vivieran en union libre.

Las proporciones de respuesta a cada una de las preguntas se encuentran contenidas en las tablas uno, dos, tres y cuatro así como en las gráficas uno a veintitres.



Tabla 1 Proporción de respuestas

	C	F
1) Pérdida del interés en el arreglo personal .....	62.5	37.5
2) Dificultad en la expresión de ideas .....	70	30
3) Doy lástima .....	47.5	52.5
4) Tristeza .....	92.5	7.5
5) Pérdida de peso .....	42.5	57.5
6) Constipación .....	30	70
7) Días largos .....	57.5	42.5
8) Palpitaciones .....	5	45
9) Miedo de todo .....	50	50
10) Pensamientos de muerte .....	70	30
11) Insomnio terminal .....	60	40
12) Deseos de desaparecer de este mundo.....	45	55
13) Preocupación excesiva .....	87.5	12.5
14) Incapacidad para disfrutar la comida .....	57.5	42.5
15) Somnolencia excesiva .....	37.5	62.5
16) Mal desempeño de actividades .....	55	45
17) Disminución del apetito .....	50	50
18) Pesimismo ante el futuro .....	37.5	62.5
19) Malestar matutino .....	52.5	47.5
20) Ideas de maltrato .....	42.5	57.5
21) Sueño superficial .....	75	35
22) Dificultad para tomar decisiones .....	72.5	27.5
23) Intento suicida .....	27.5	72.5
24) Mal manejo de su vida .....	65	45

Tabla 2 Proporción de respuestas

	C	F
25) Aumento del apetito .....	37.5	62.5
26) Sensación de abandono .....	57.5	42.5
27) Desesperanza .....	37.5	62.5
28) Incapacidad para concluir objetivos .....	47.5	52.5
29) Bienestar vespertino .....	60	40
30) Angustia .....	32.5	17.5
31) Aburrimiento .....	70	30
32) Dependencia de los demás .....	47.5	52.5
33) La comida no sabe .....	45	65
34) Dificultad para recordar .....	67.5	32.5
35) Autorreproche .....	70	30
36) Cansancio .....	92.5	7.5
37) Disminución del deseo sexual .....	65	35
38) Pesimismo ante el pasado .....	57.5	32.5
39) Abstinencia .....	75	25
40) No sirvo para nada .....	40	60
41) Deseos de golpear a alguien .....	62.5	37.5
42) Incapacidad para divertirse .....	50	50
43) Celos .....	35	65
44) Deseos frecuentes de llanto .....	87.5	12.5
45) Insomnio temprano .....	72.5	27.5
46) Sueño no reparador .....	77.5	22.5
47) Disminución de la concentración .....	75	25

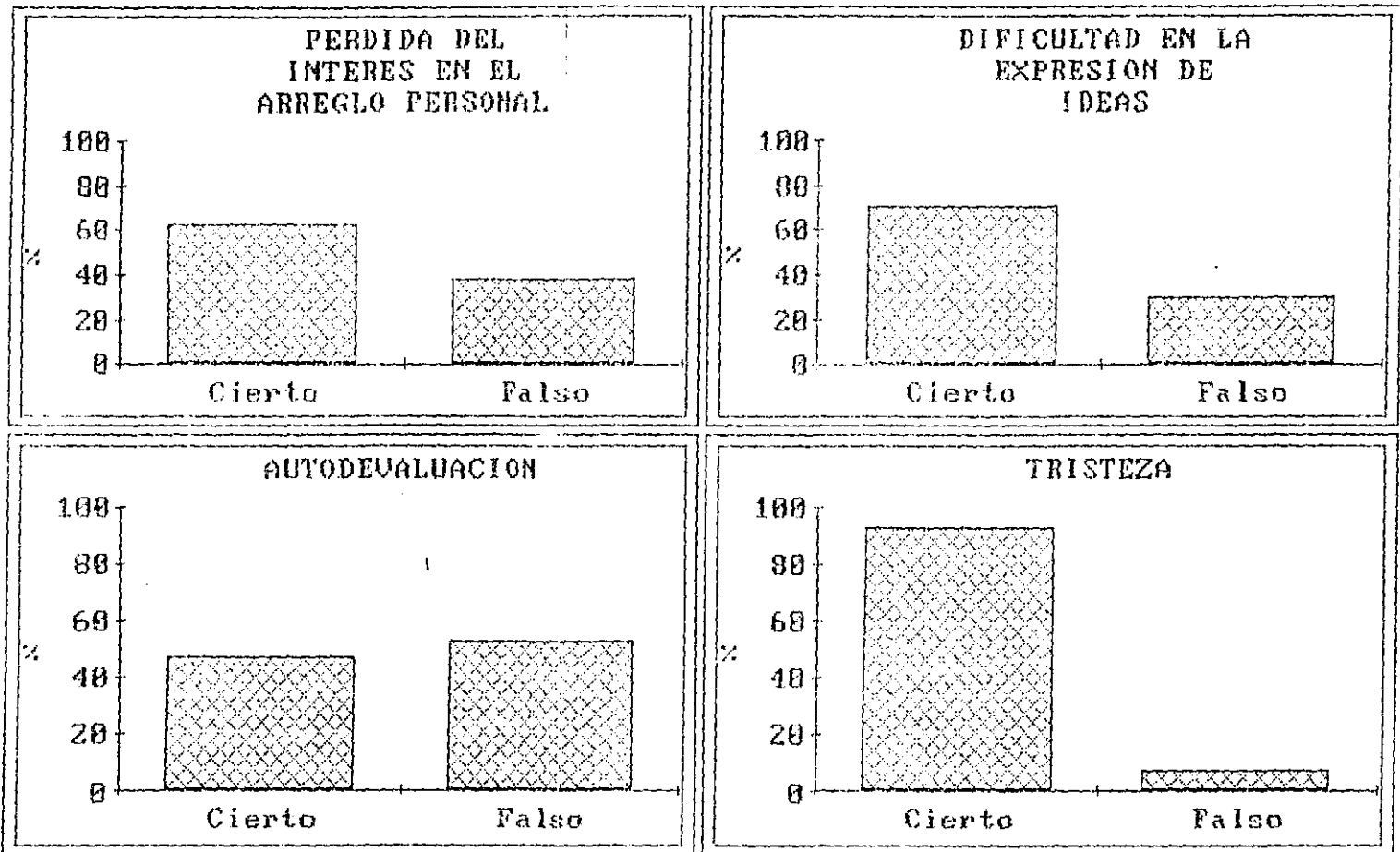
Tabla 3 Proporción de respuestas

	C	F
48) Fatigabilidad .....	82.5	17.5
49) Los amigos le hacen menos .....	30	70
50) Ropa apretada .....	35	65
51) Ideación obsesiva .....	77.5	22.5
52) Llanto fácil .....	72.5	27.5
53) Labilidad efectiva .....	35	15
54) Sentimiento de depresión .....	90	10
55) Enfermedad sin remedio .....	25	75
56) Culpabilidad .....	75	25
57) Deseos de soledad .....	50	50
58) Disminución en la efectividad de actividades habituales ...	65	35
59) Sentimiento de inutilidad .....	42.5	57.5
60) Sin ánimo de nada .....	60	40
61) Irritabilidad .....	72.5	27.5
62) Parestesias .....	60	40
63) Disminución de la atención .....	62.5	37.5
64) Dispepsia .....	52.5	47.5
65) Disminución del interés en pasatiempos .....	60	40
66) Disminución del interés en el trabajo .....	42.5	57.5
67) Ropa floja .....	32.5	67.5
68) Como terminar con su vida .....	27.5	77.5
69) Deseos de no hablar .....	60	40
70) Aumento de peso .....	37.5	62.5

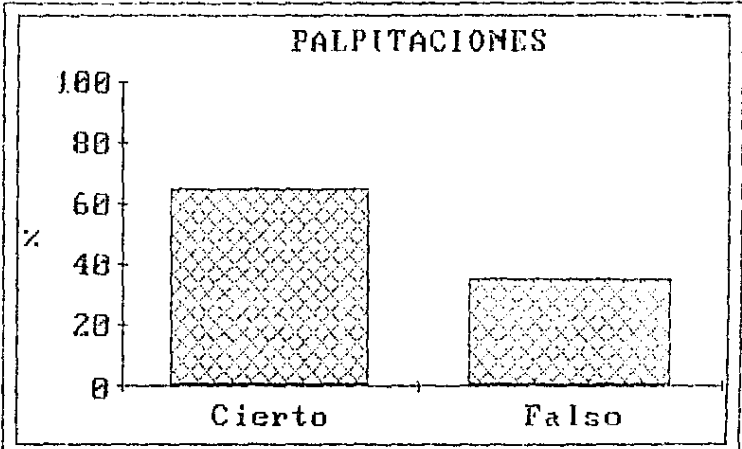
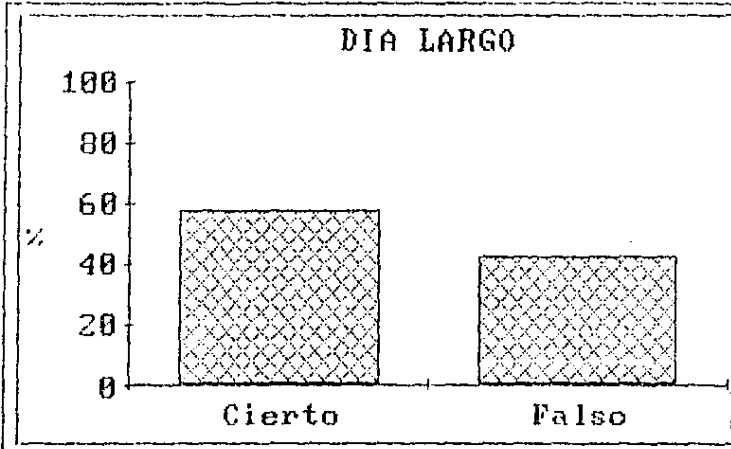
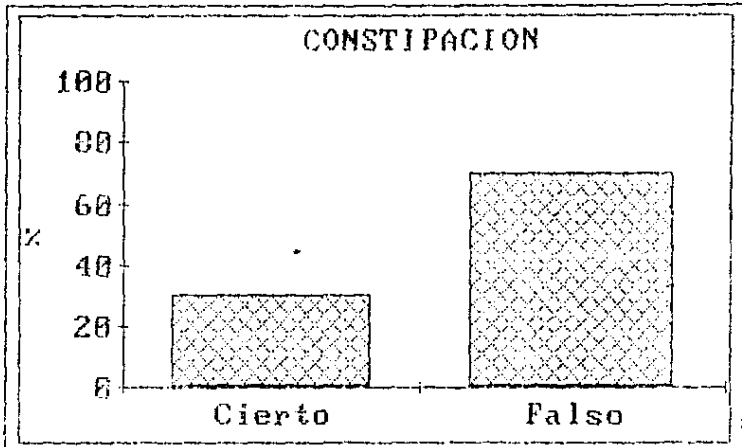
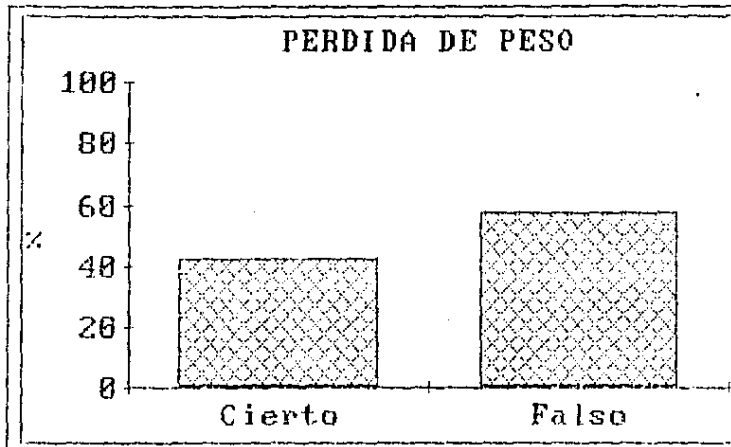
Tabla 4 Proporción de respuestas

	C	F
71) Sospecha de que algo malo va a suceder .....	52,5	47,5
72) Verse peor que de costumbre .....	72,5	27,5
73) La muerte como solución a sus problemas .....	25	75
74) No tengo fuerzas .....	67,5	32,5
75) Nerviosismo .....	82,5	17,5
76) Intolerancia .....	67,5	32,5

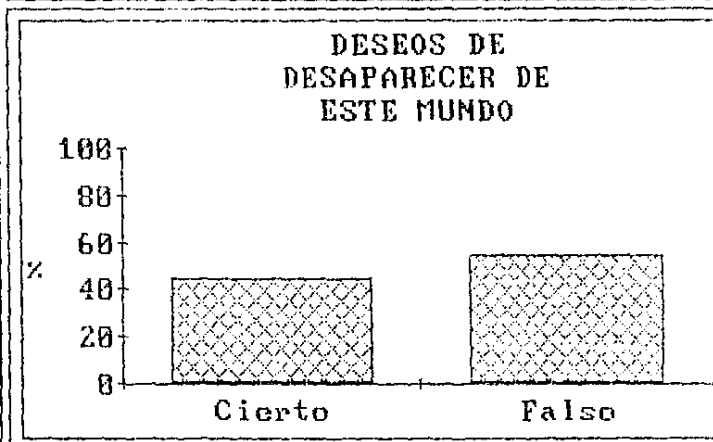
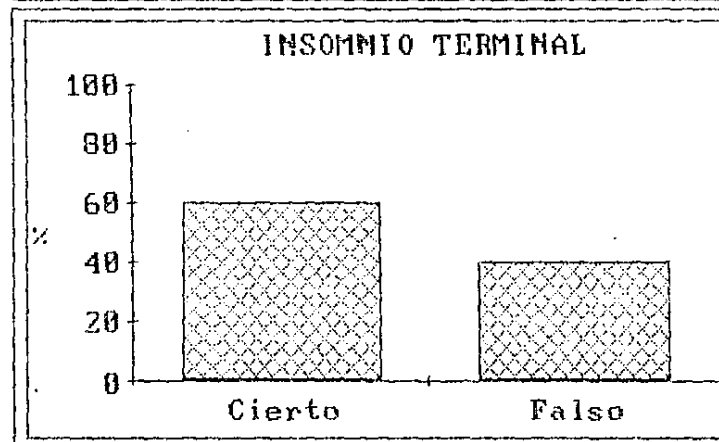
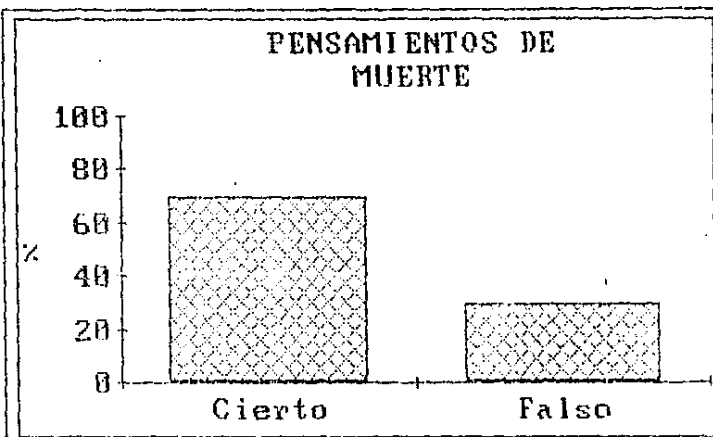
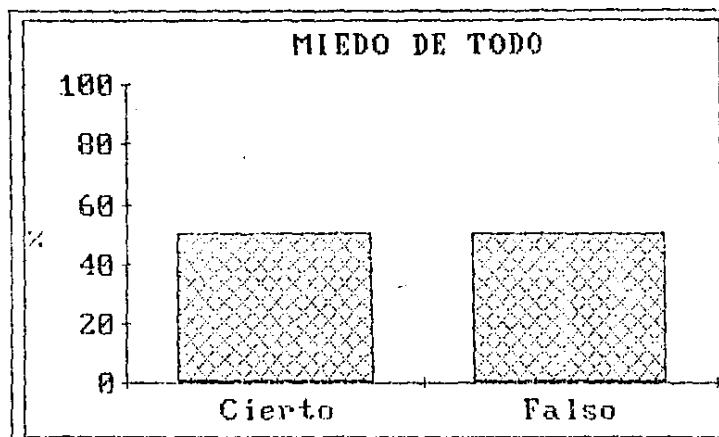
Graficos 1



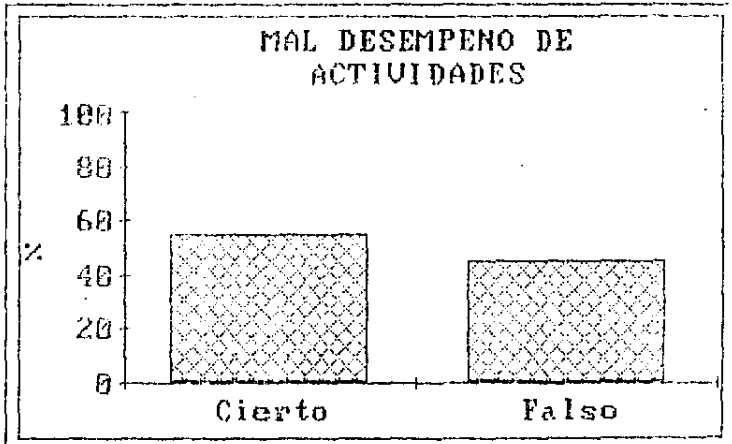
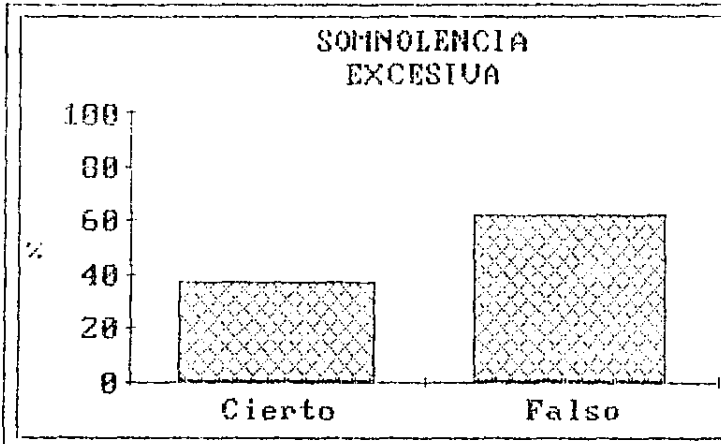
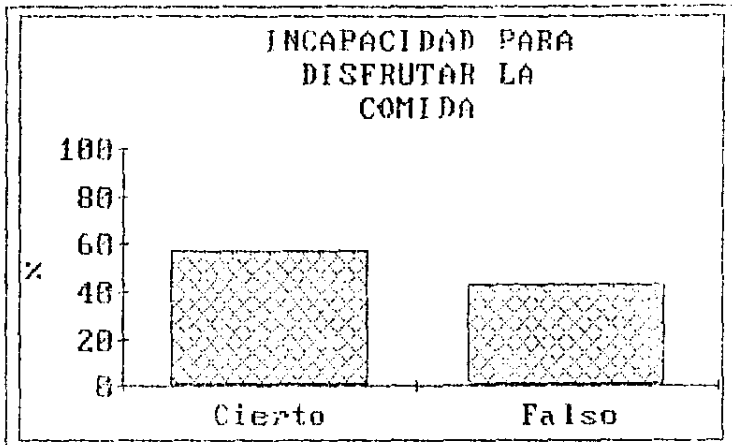
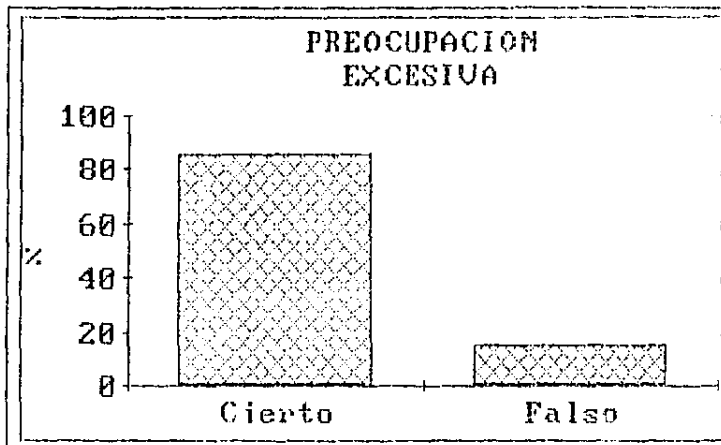
Graficos 2



Graficos 3

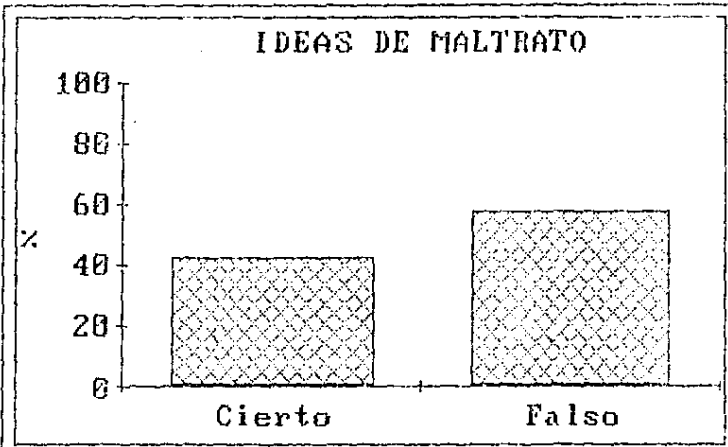
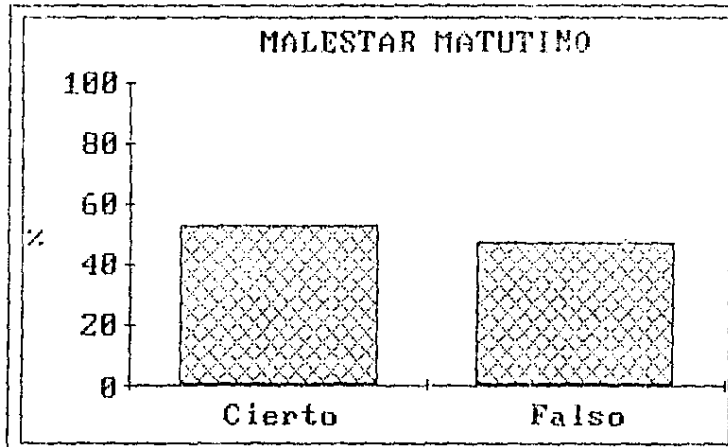
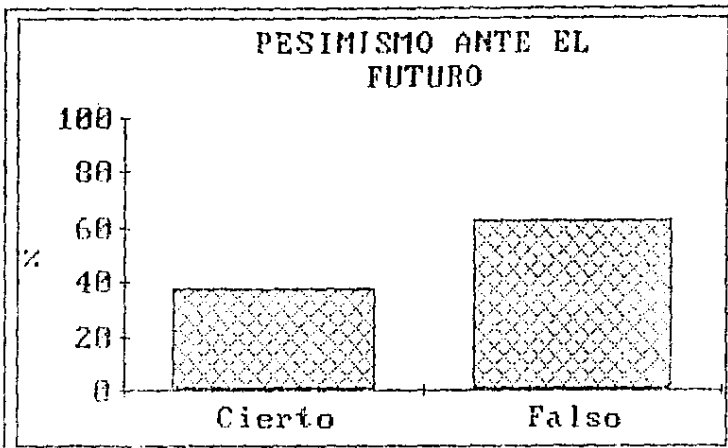
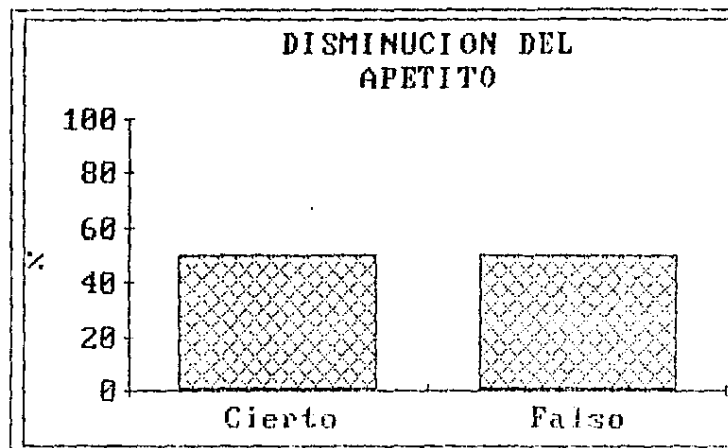


Graficos 4

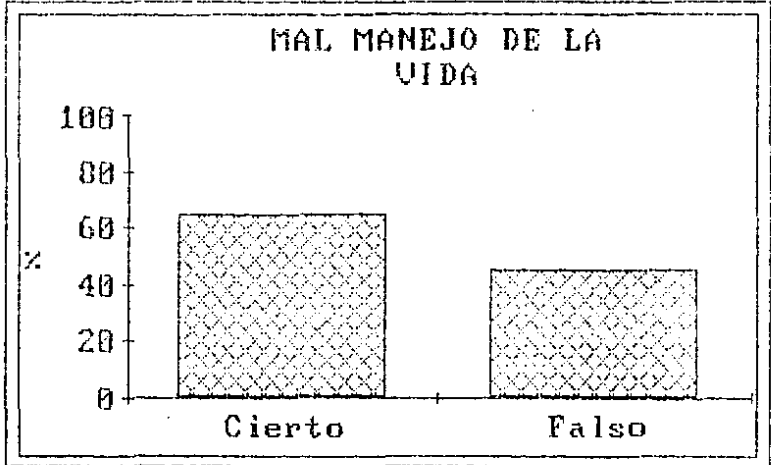
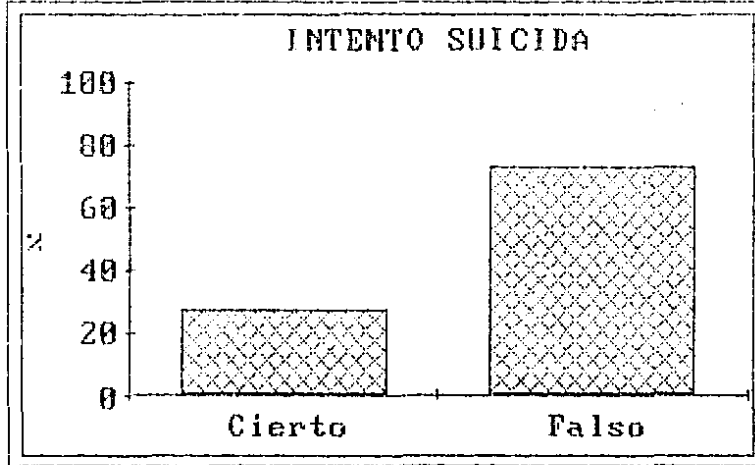
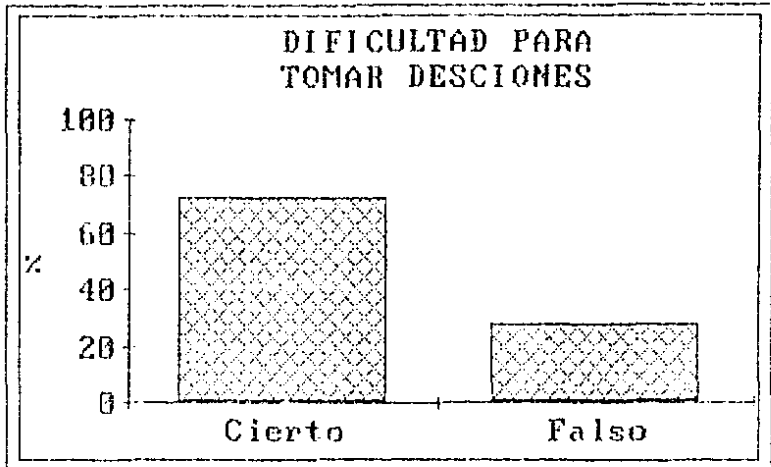
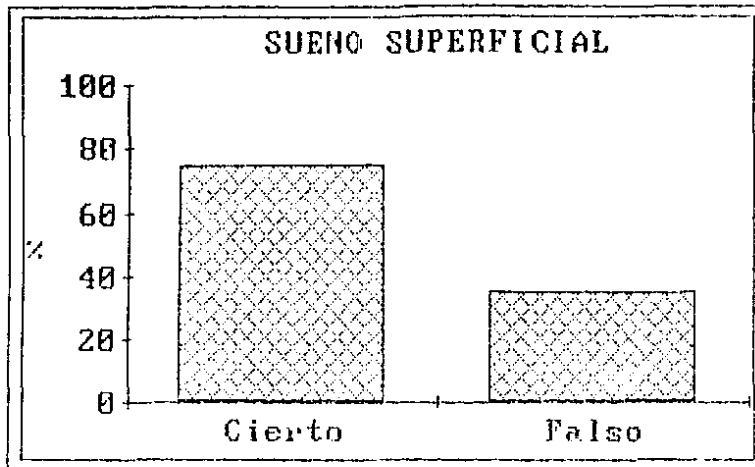




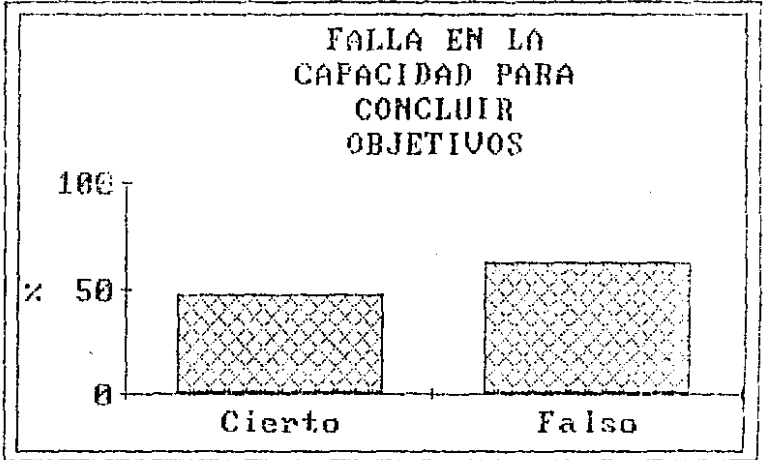
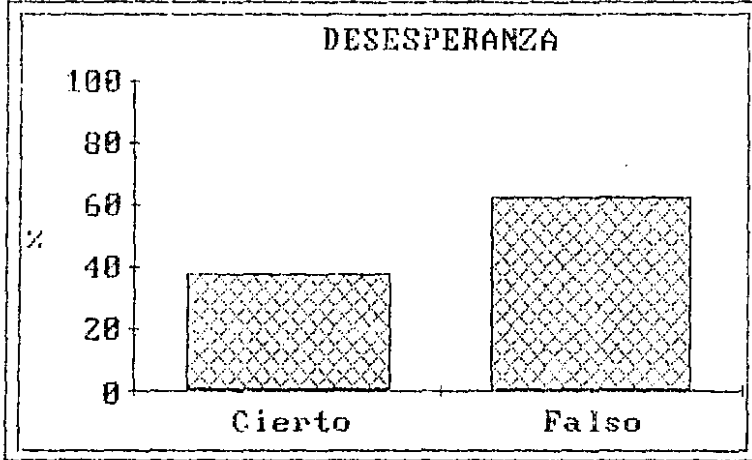
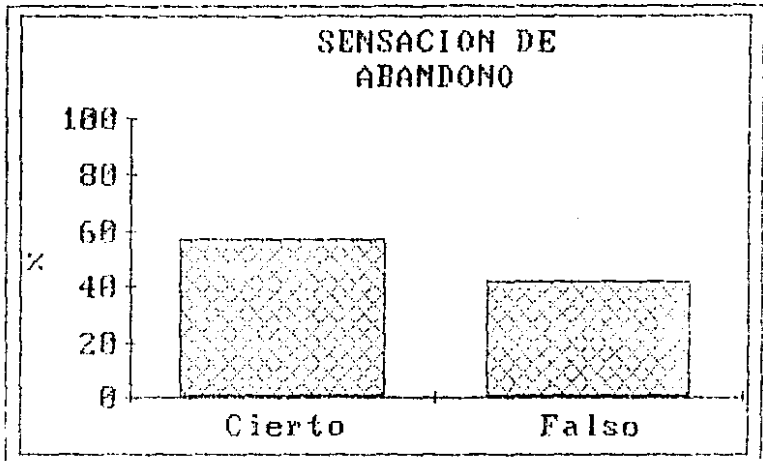
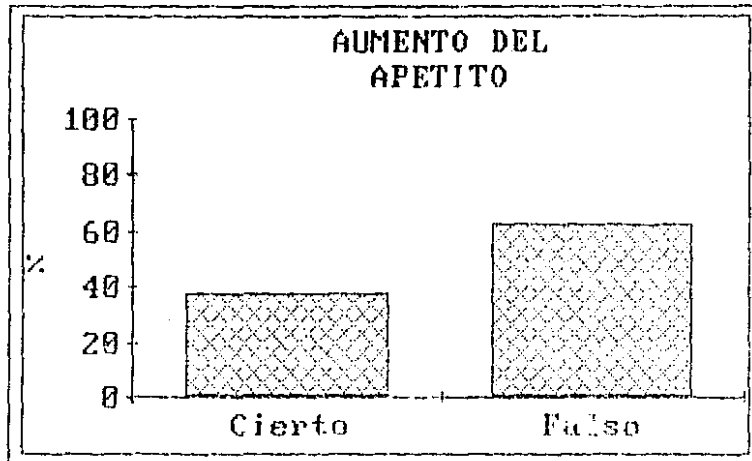
Graficos 5



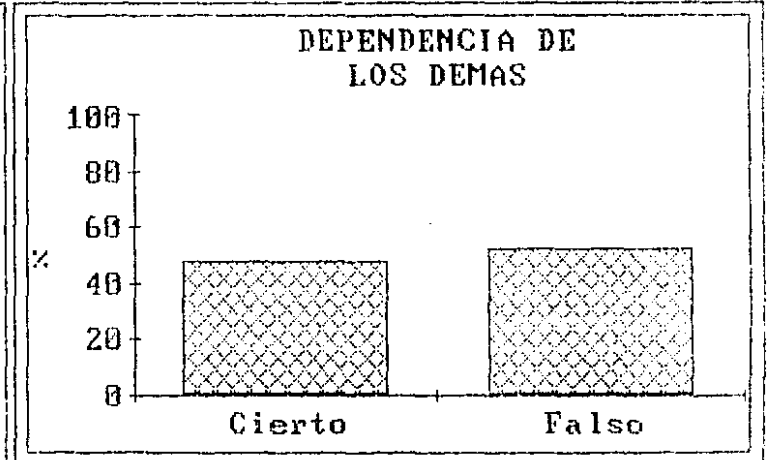
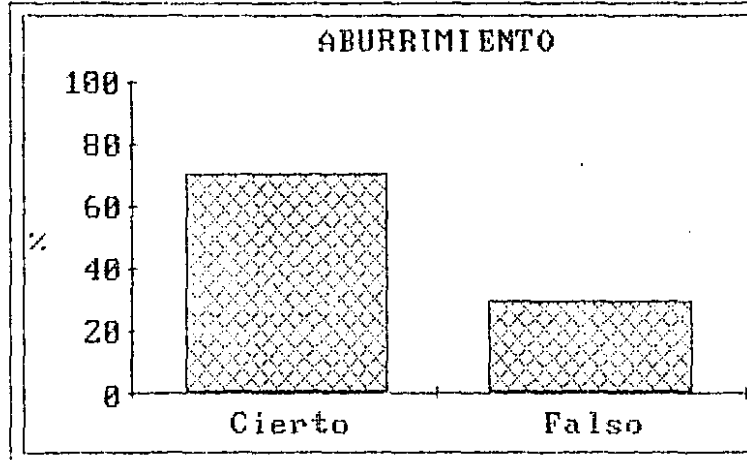
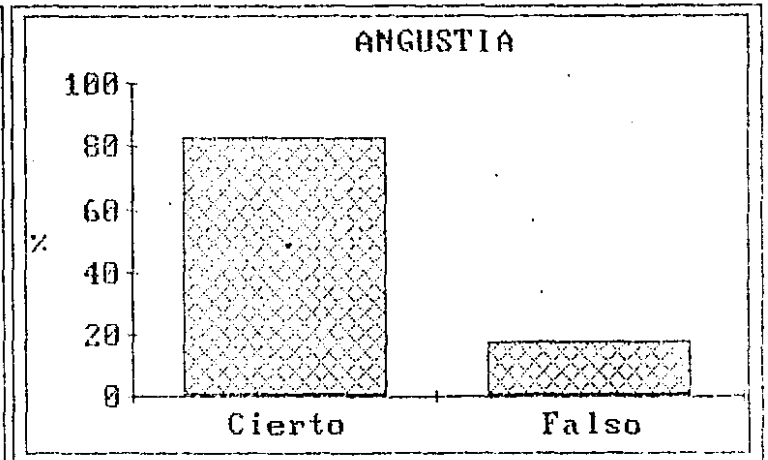
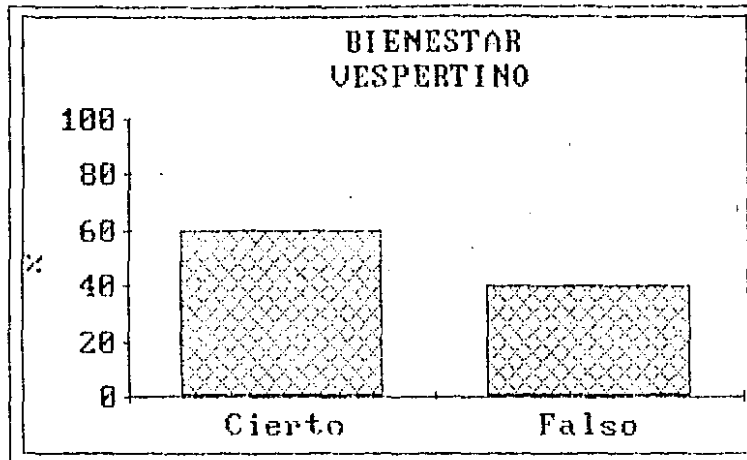
Graficos 6



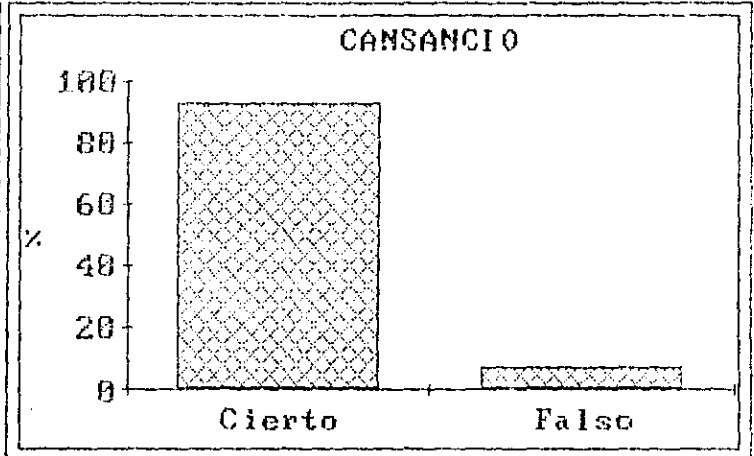
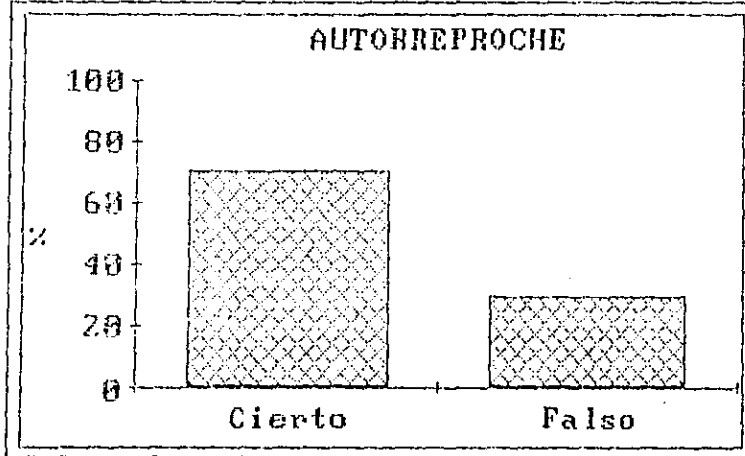
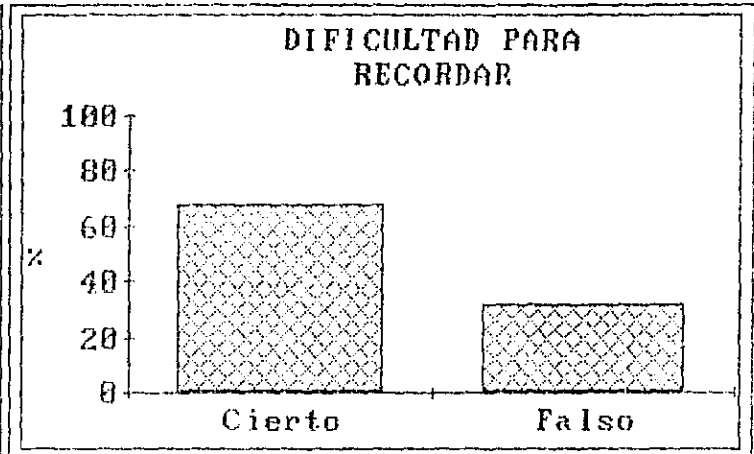
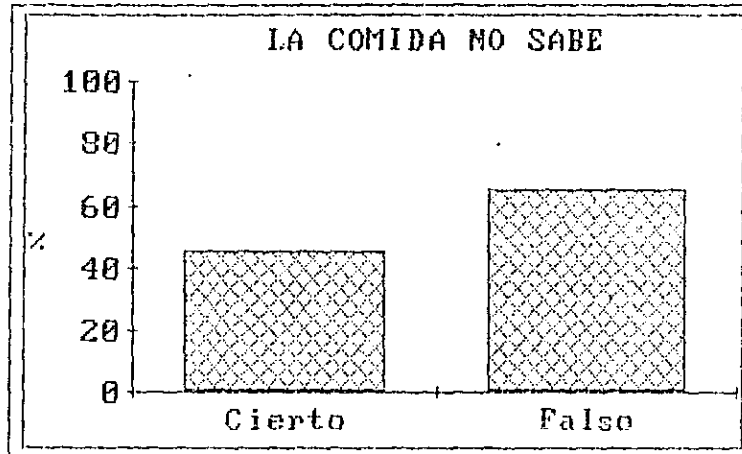
Graficos 7



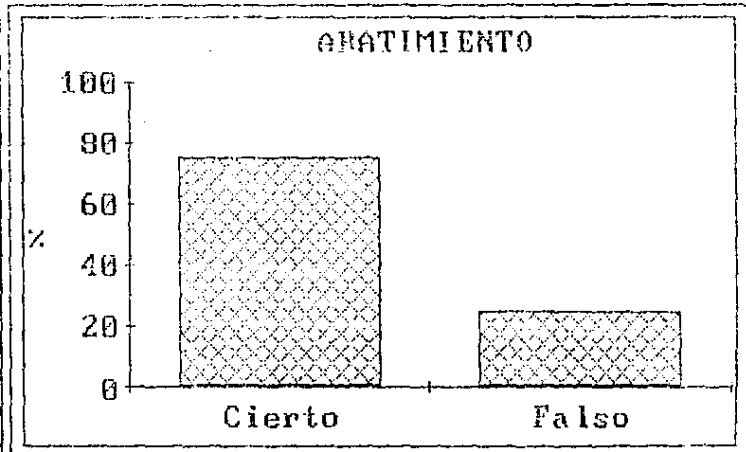
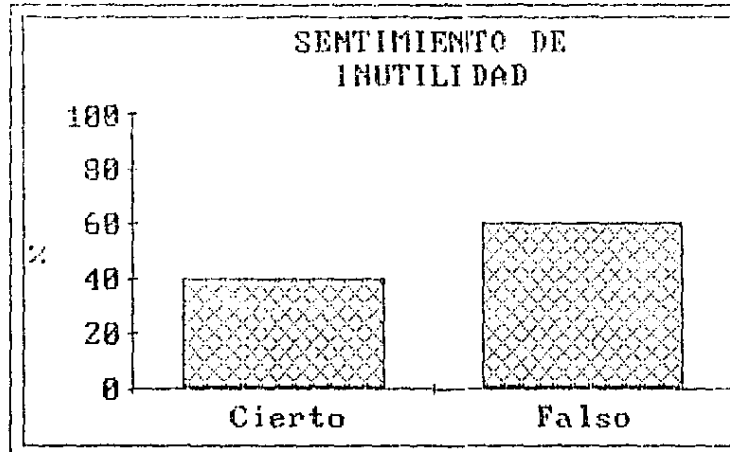
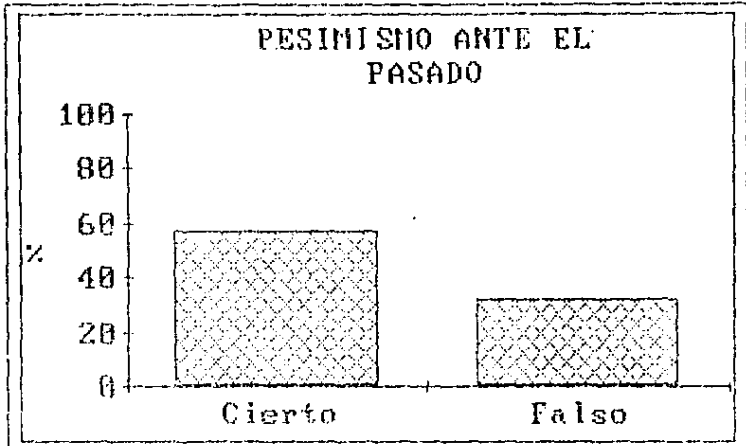
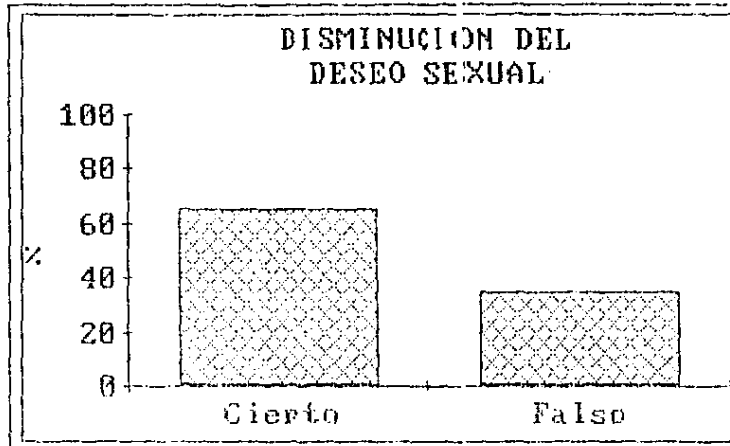
Graficos 8



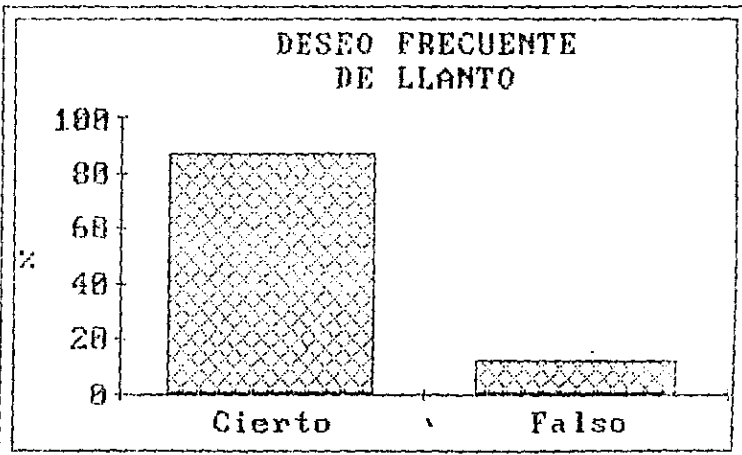
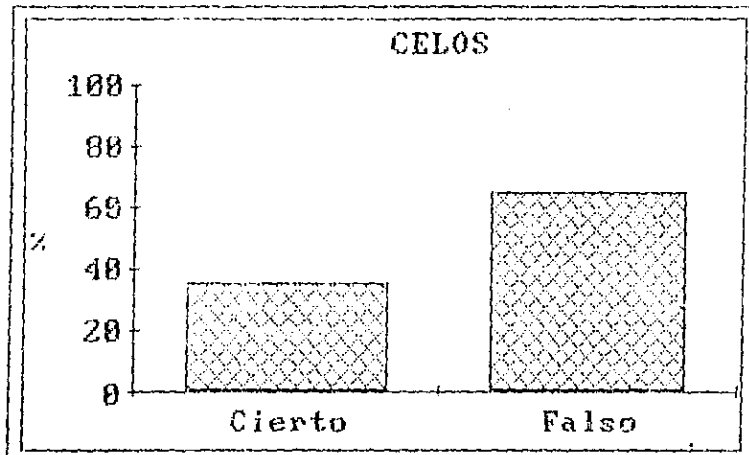
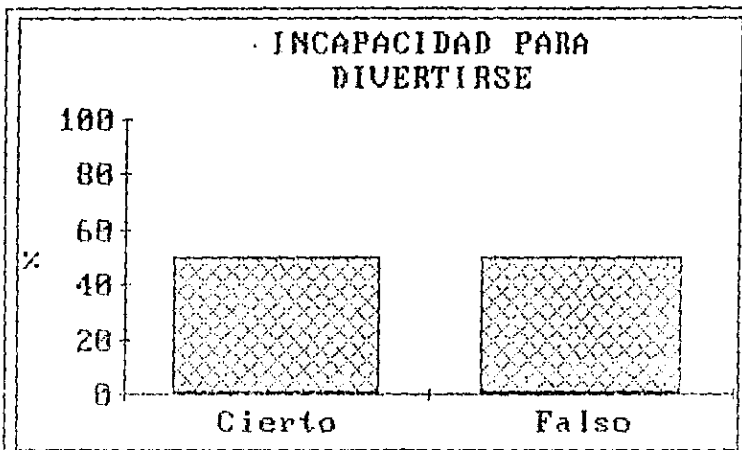
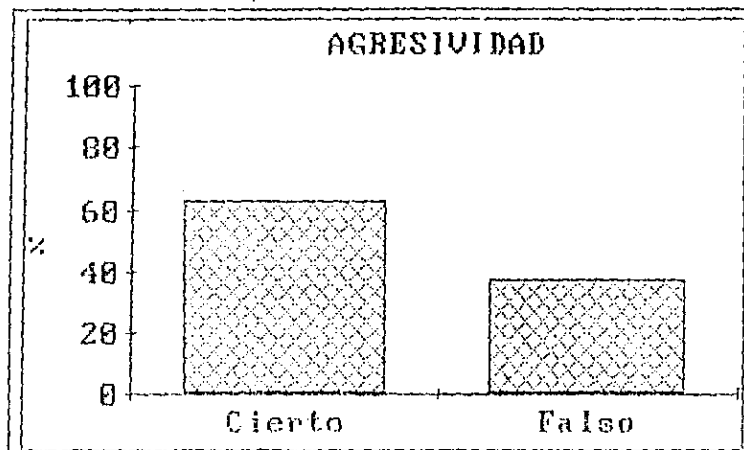
Graficos 9



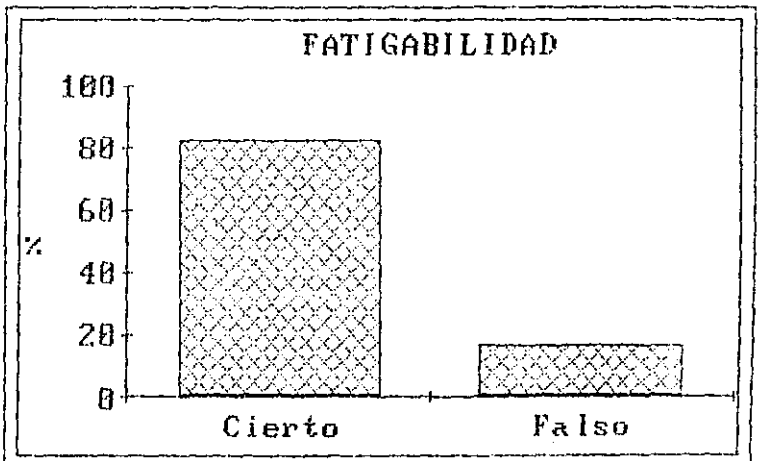
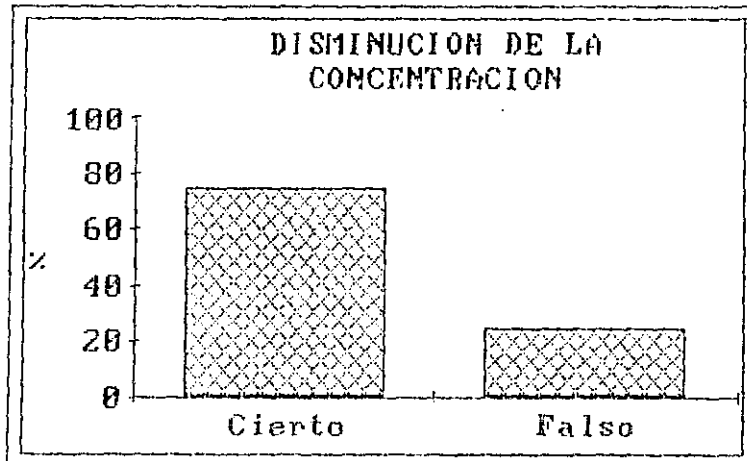
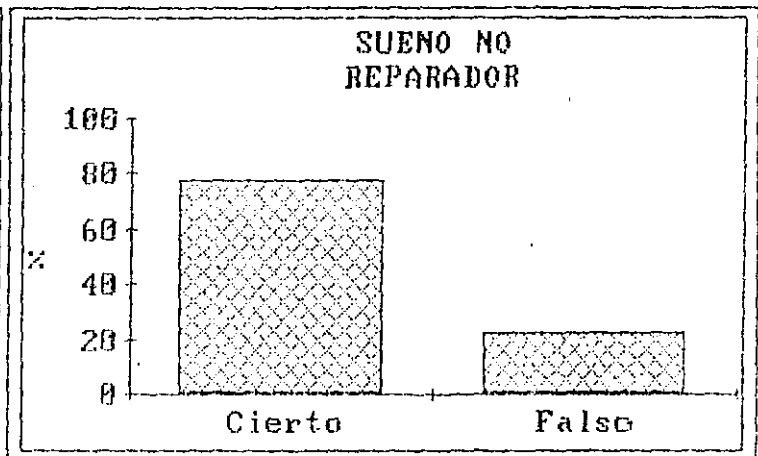
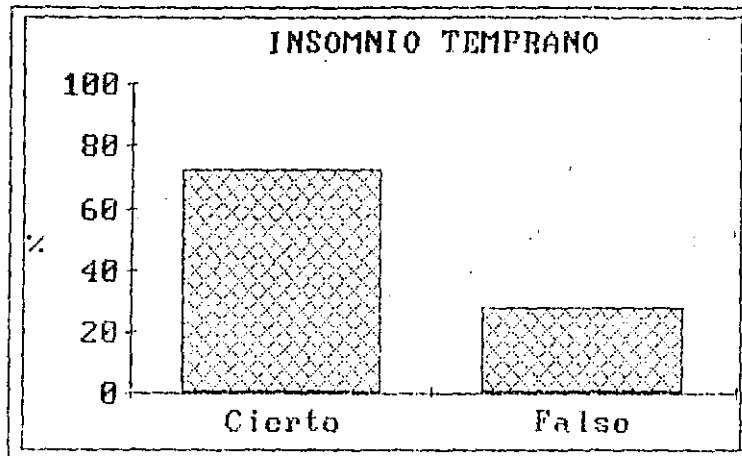
Graficos 10



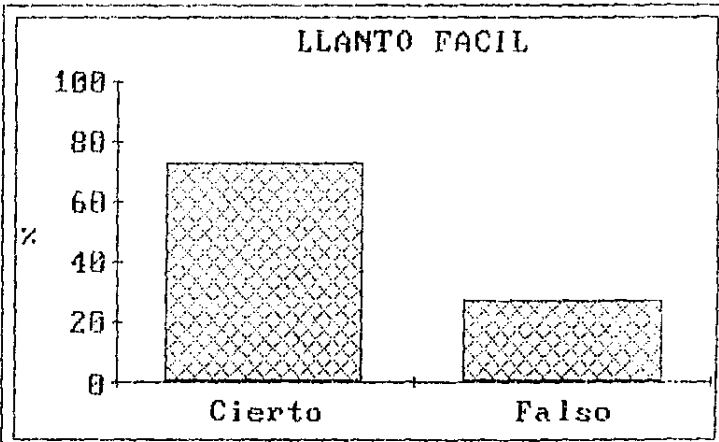
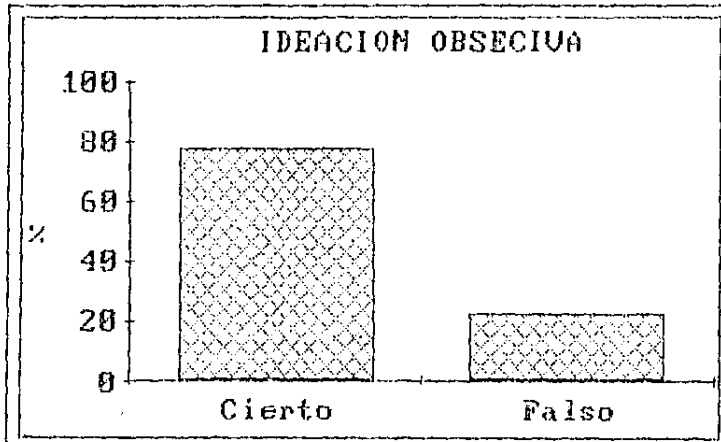
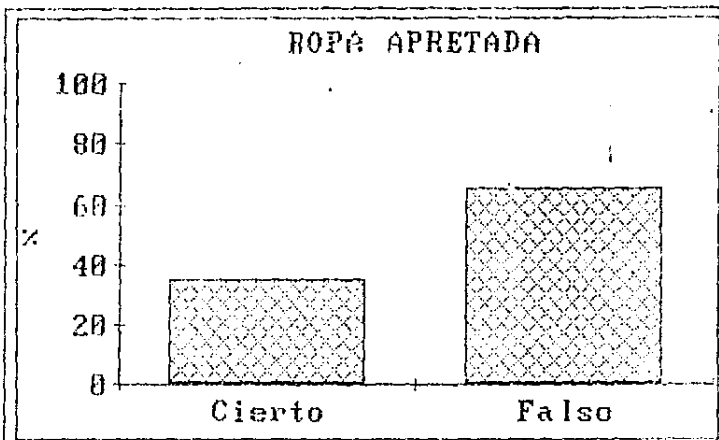
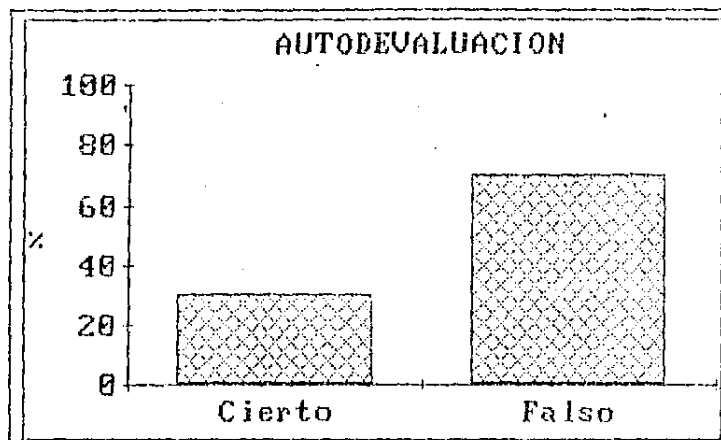
Gráficos 12



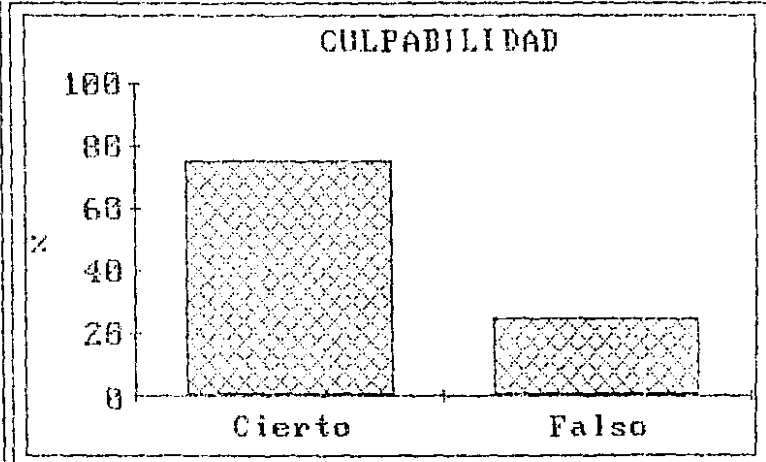
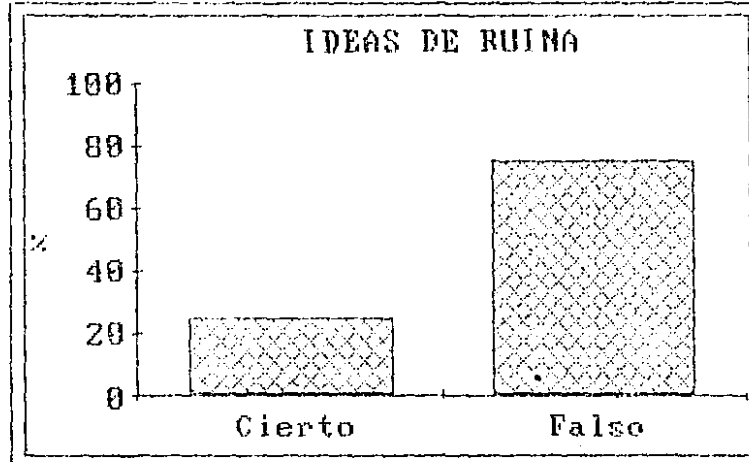
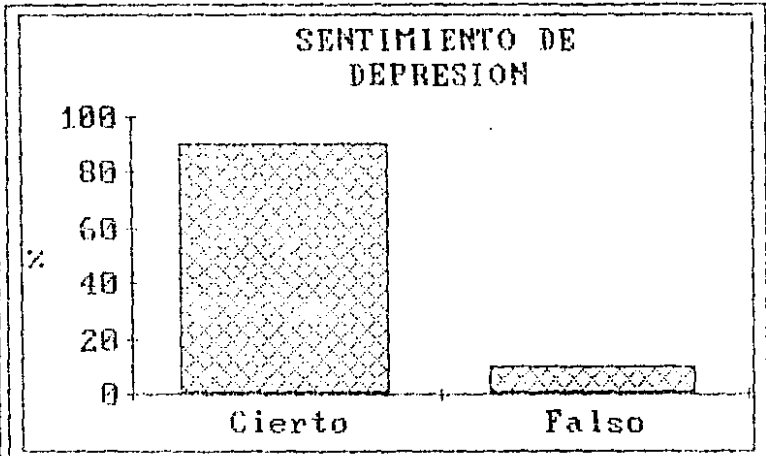
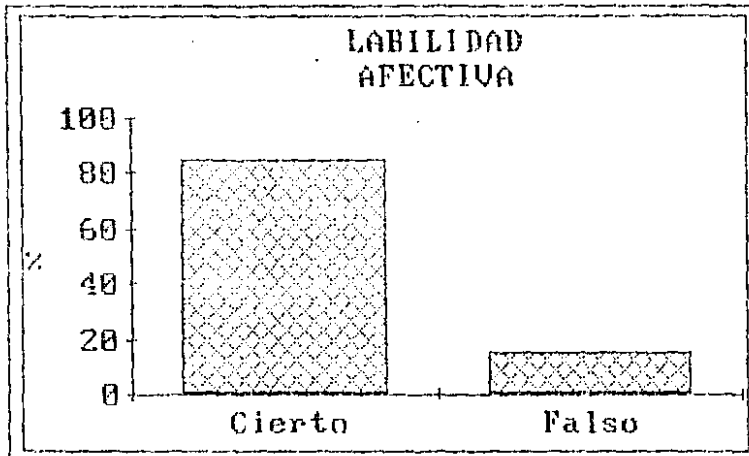
Graficos 13



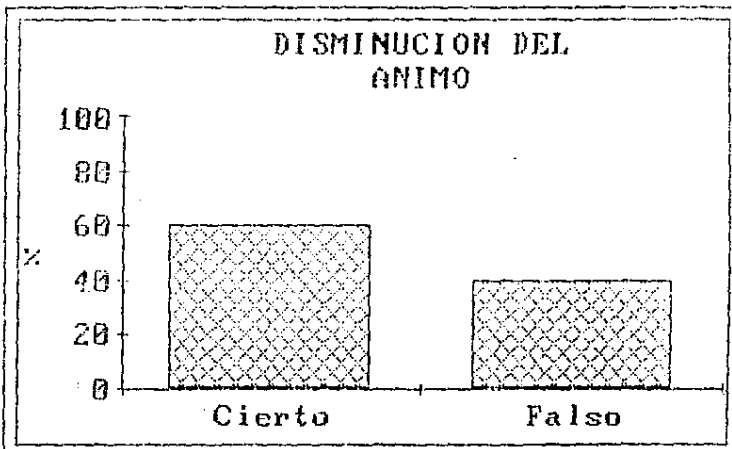
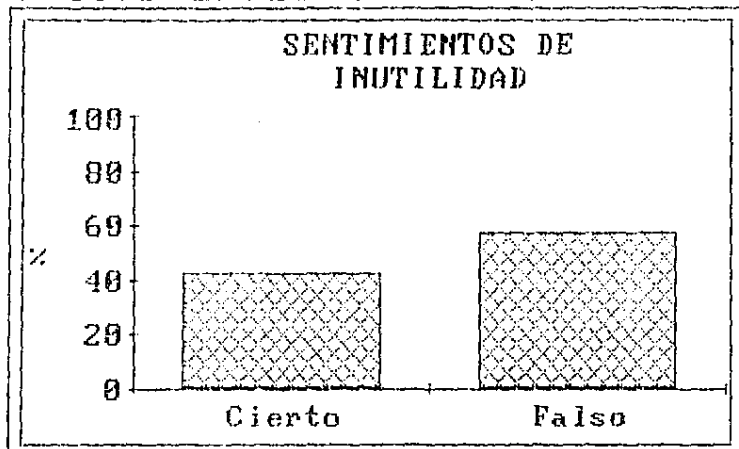
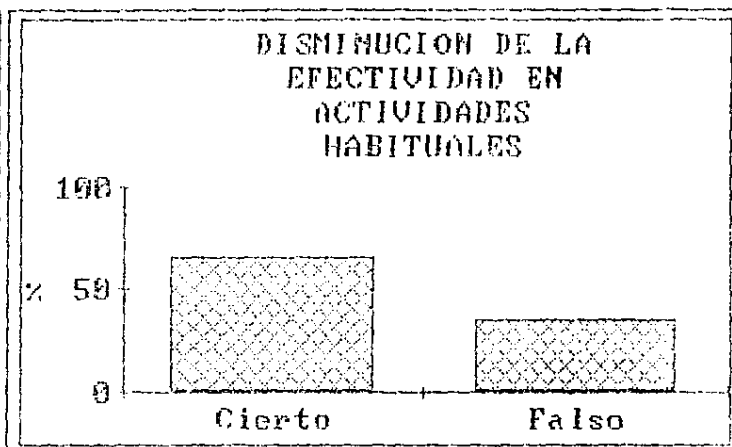
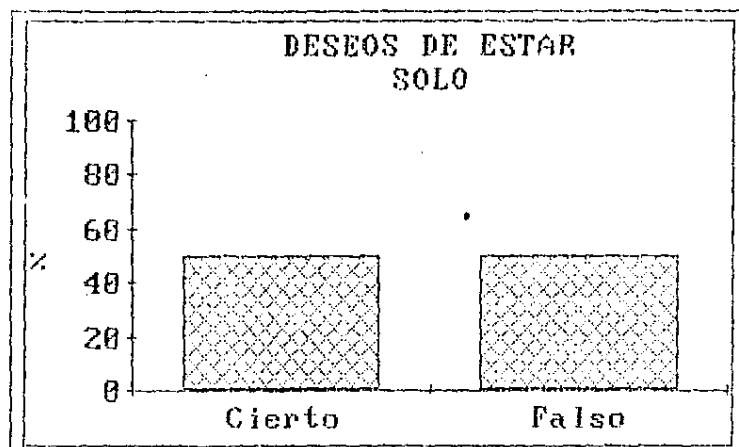




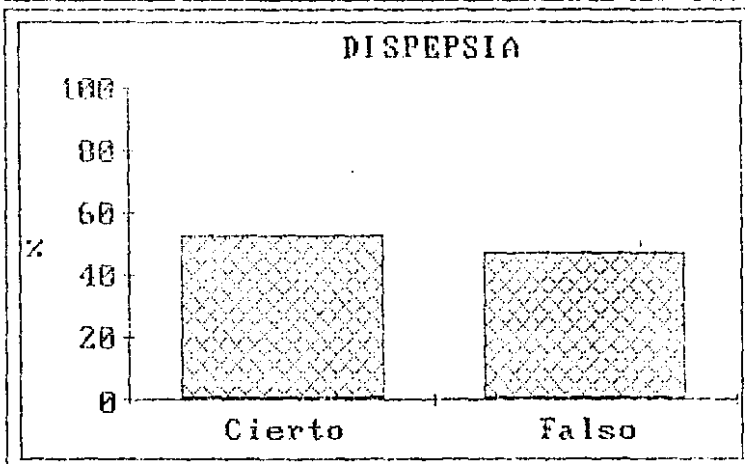
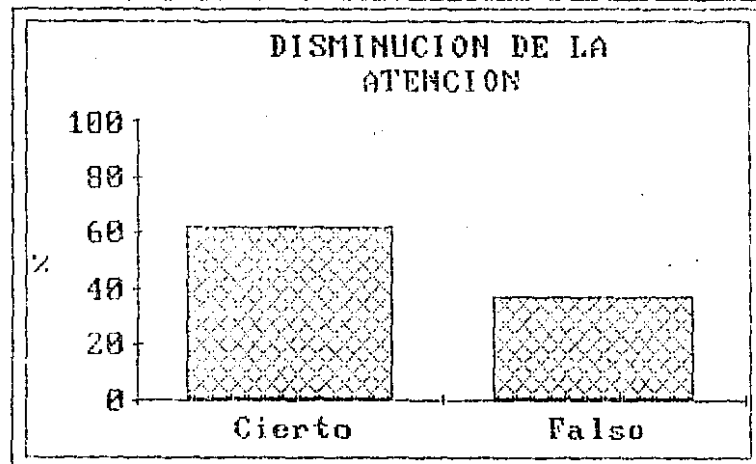
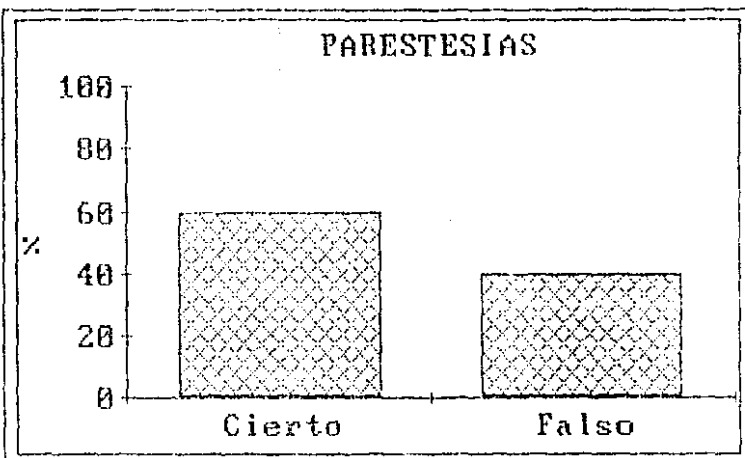
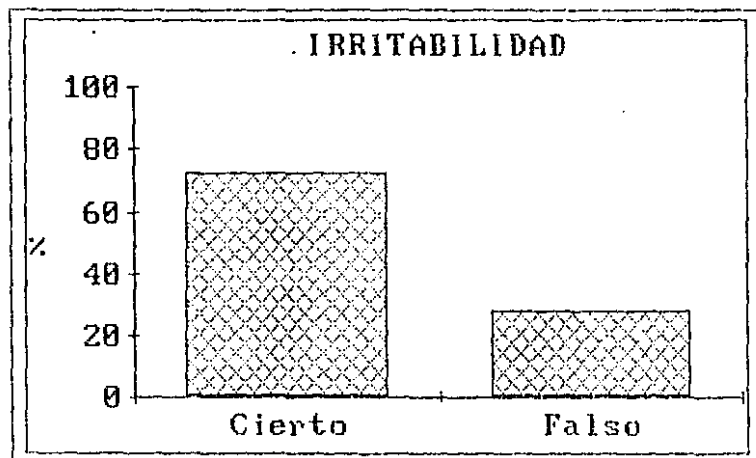
Graficos 15



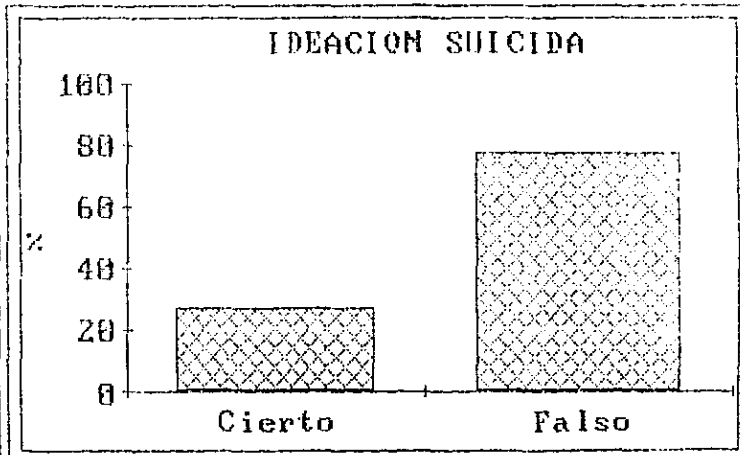
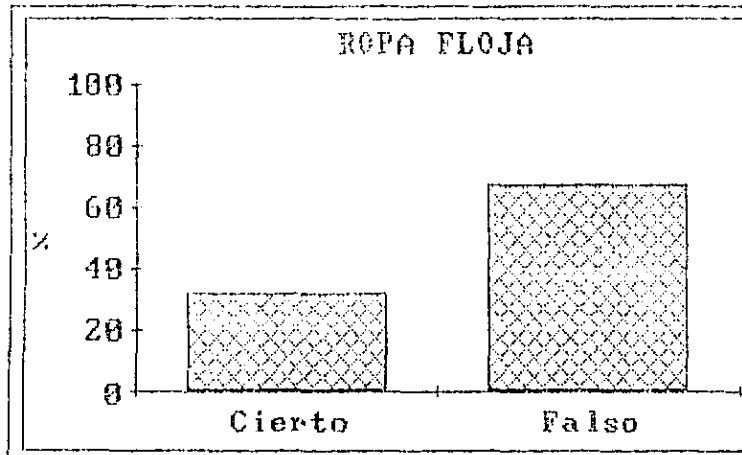
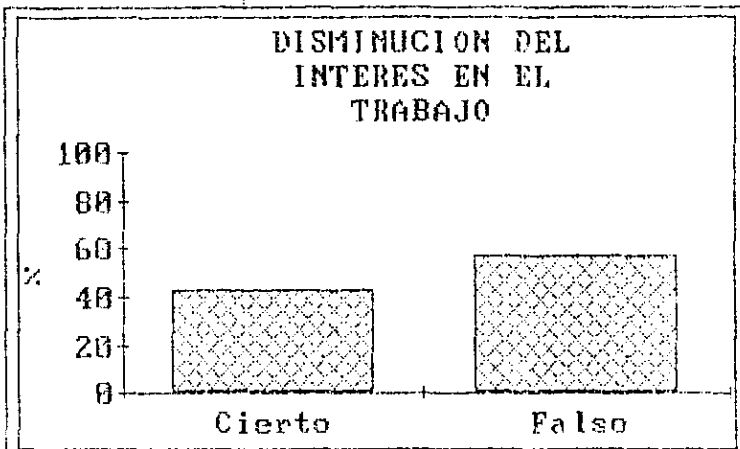
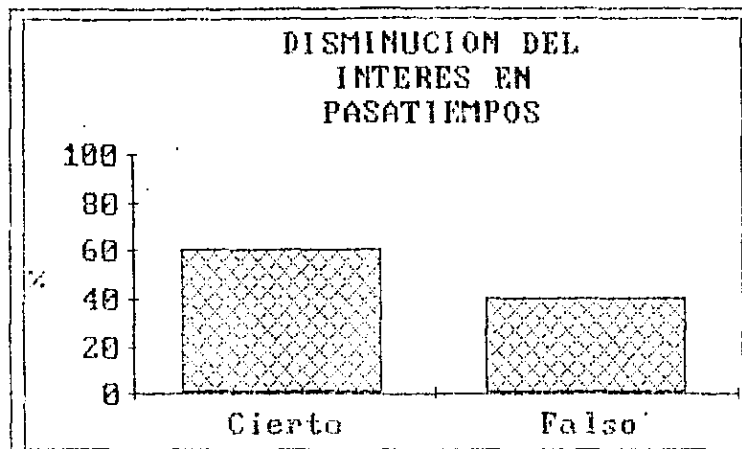
Gráficos 16



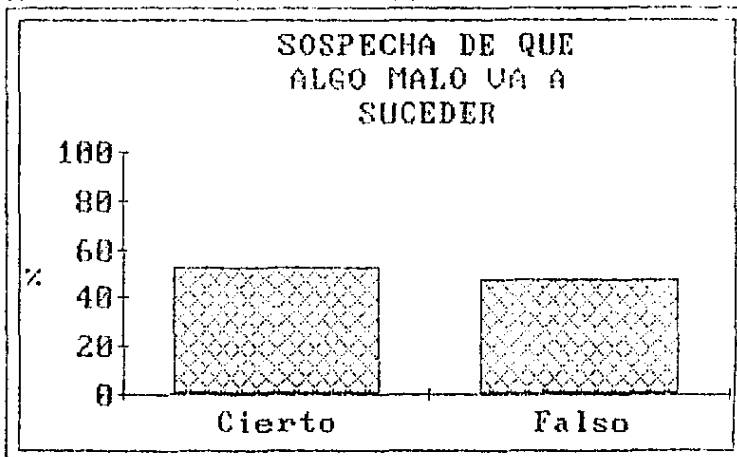
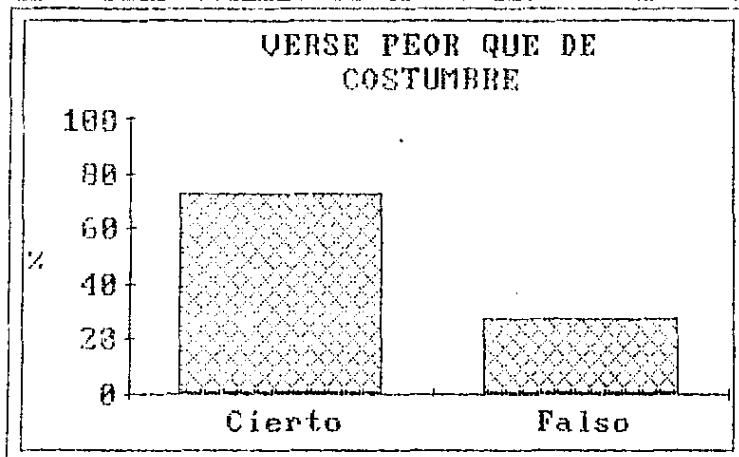
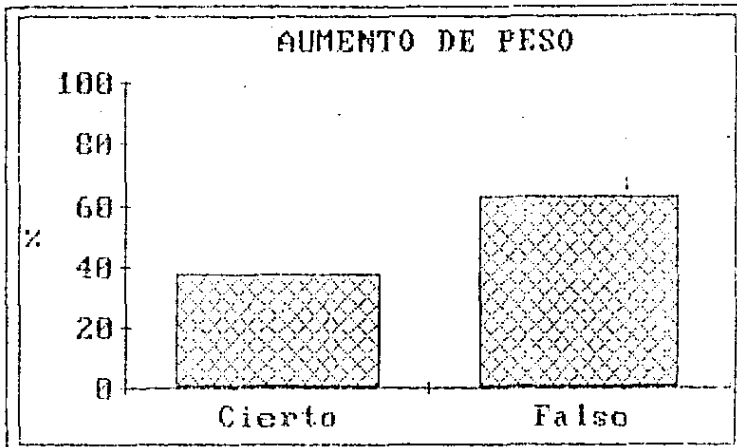
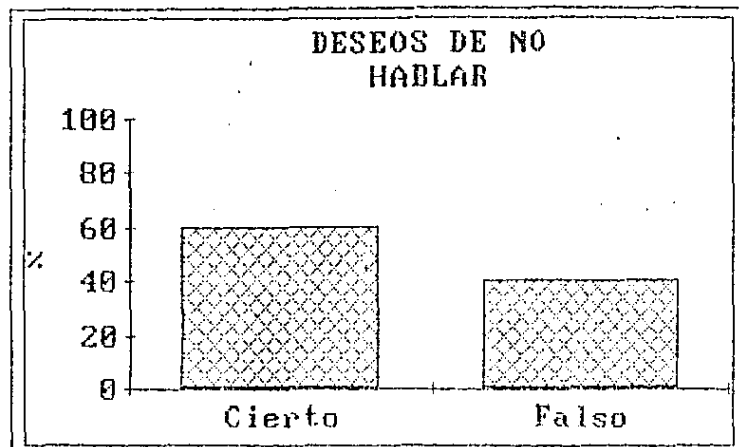
Graficos 17



Graticos 18



Graficos 19.



Graticos 20

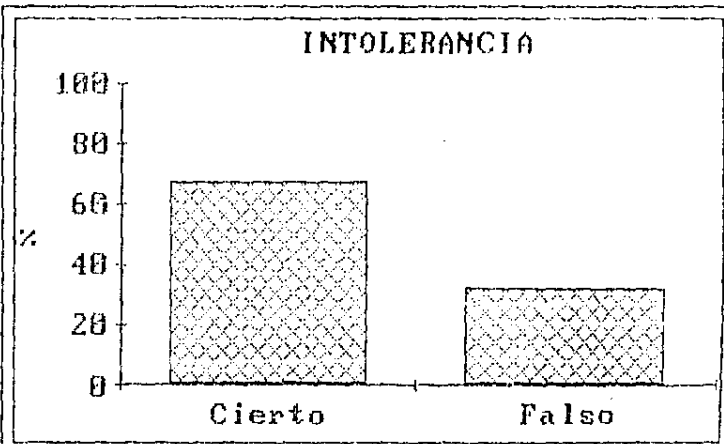
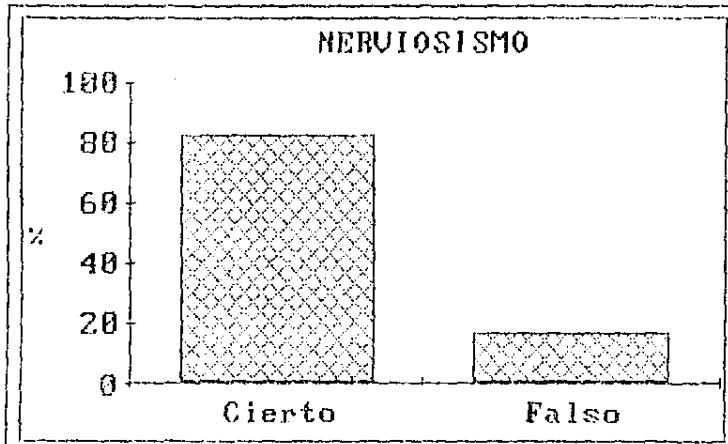
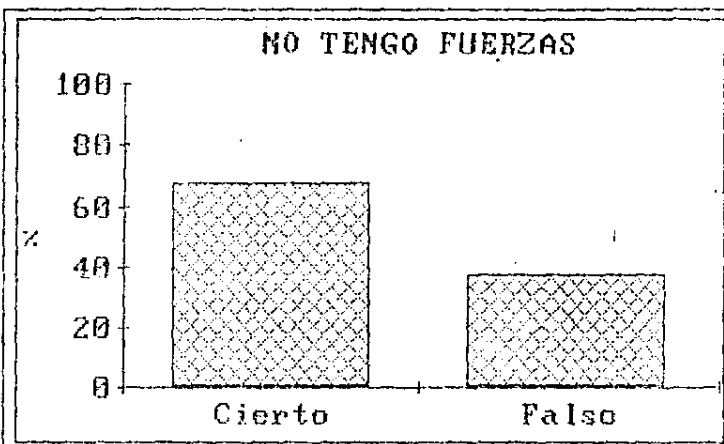
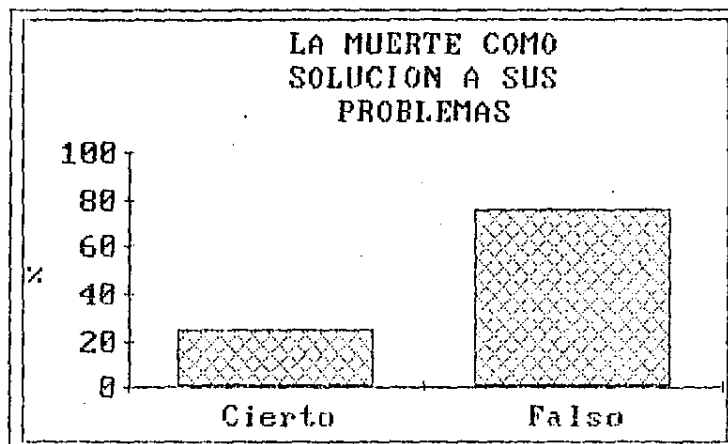


Grafico 21

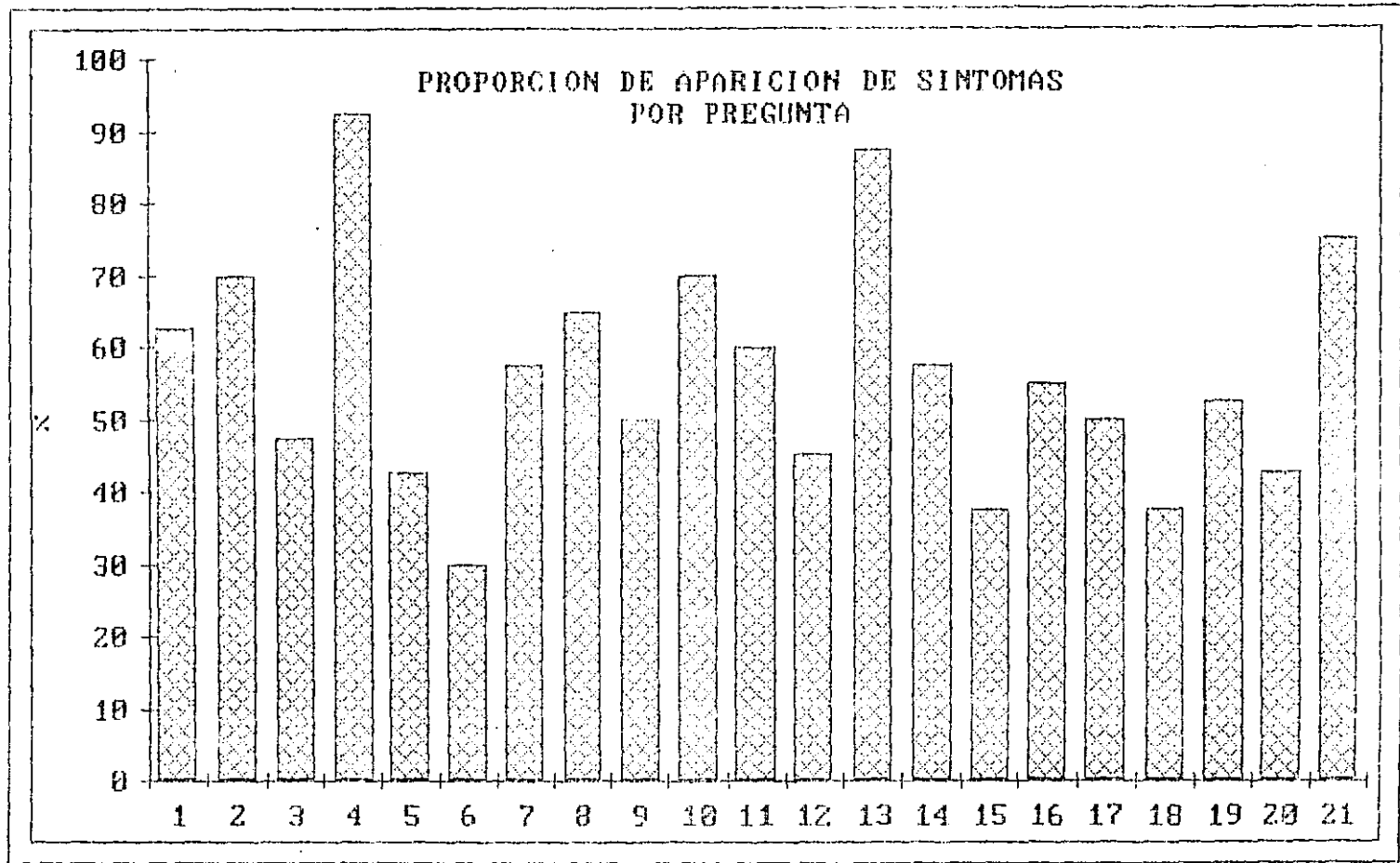




Grafico 22

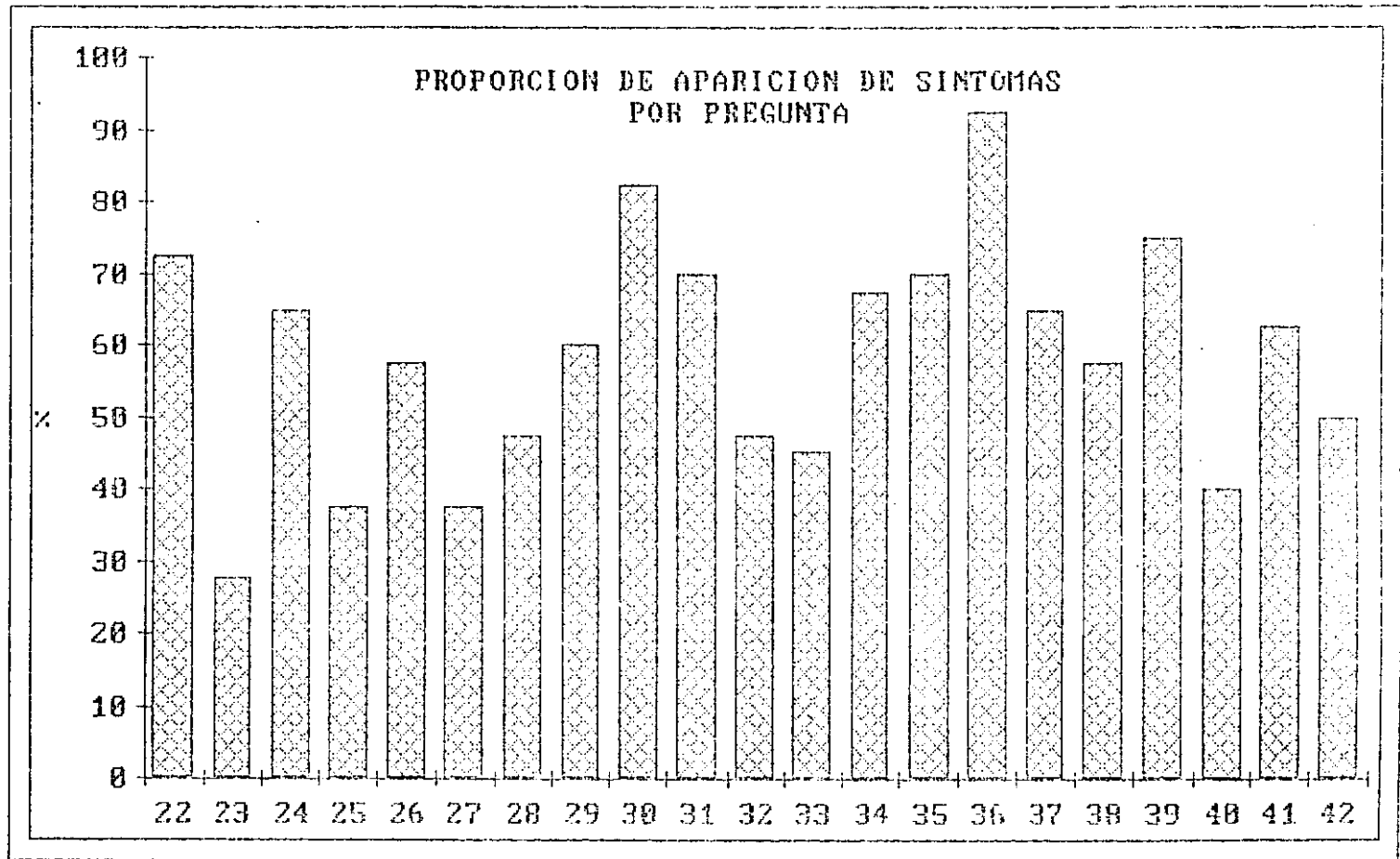
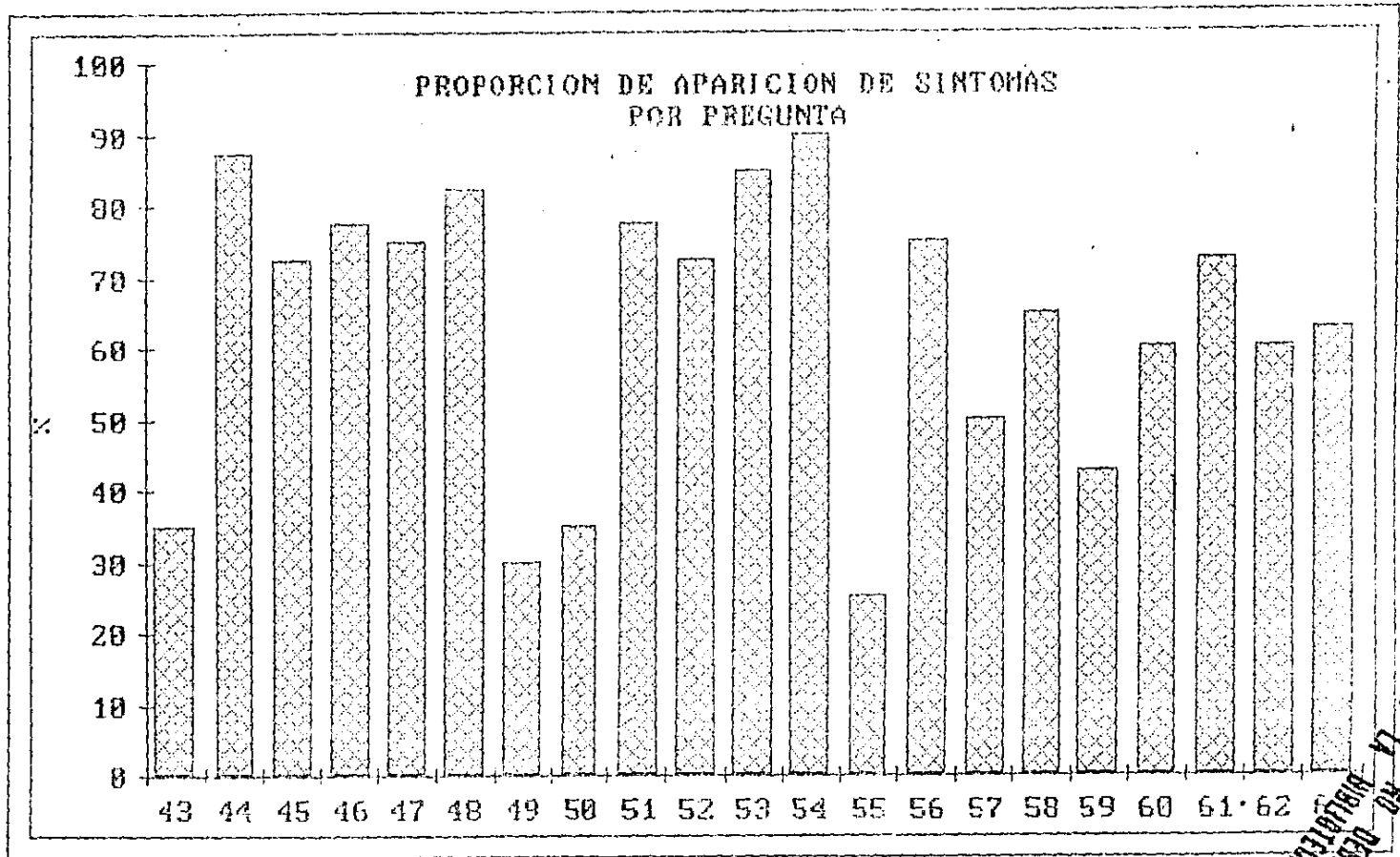
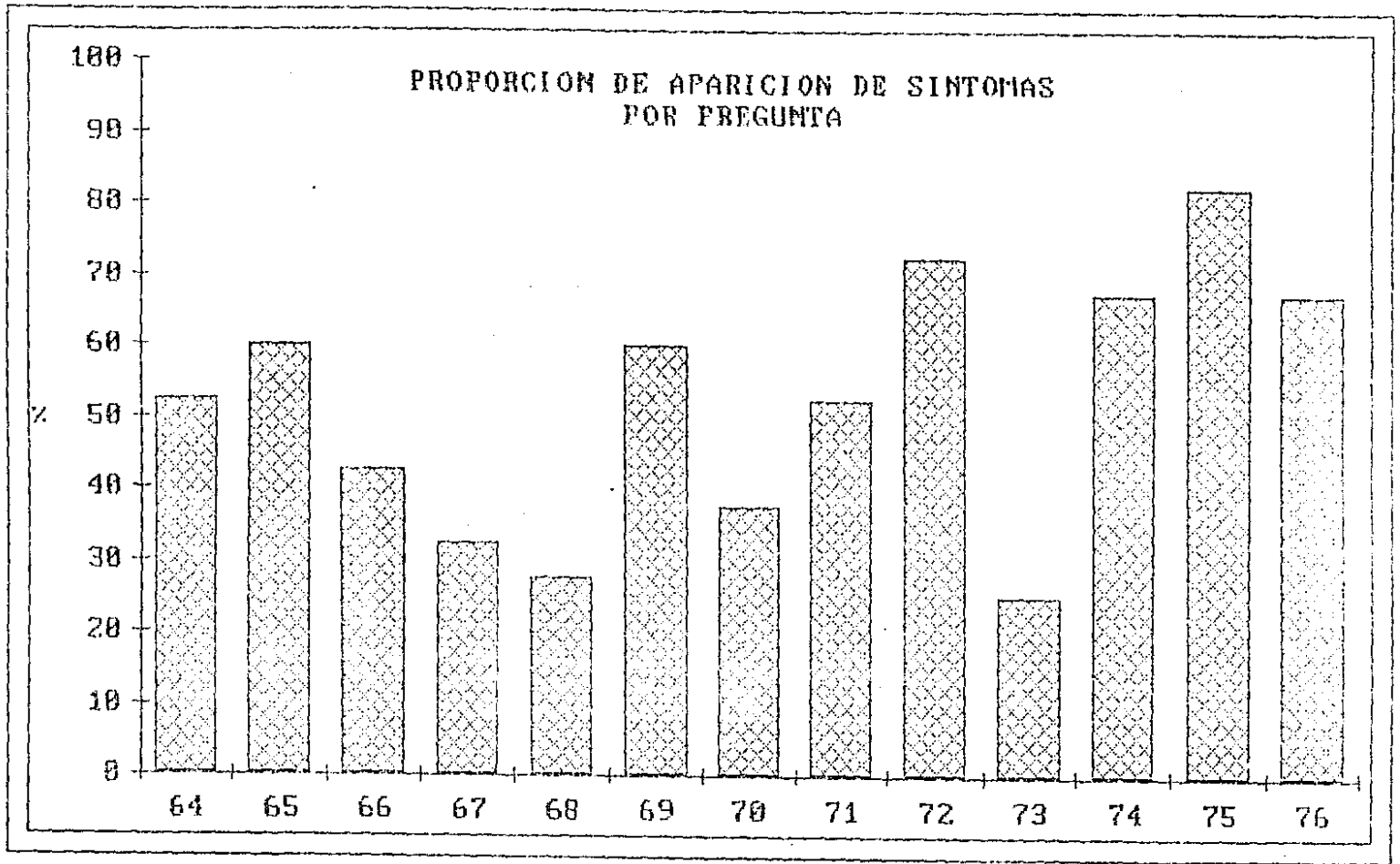


Grafico 23



ESTA  
SALIR  
DE  
LA  
BIBLIOTECA  
NO  
DEBE

Grafico 24



## DISCUSION

Los resultados de nuestro estudio señalan que los síntomas mas frecuentes en la muestra recolectada son la dificultad para expresar ideas (70%), Tristeza (92.5%), Pensamientos de muerte (70%), Preocupación excesiva (87.5%), Sueño superficial (75%), Dificultad para tomar decisiones (72.5%), Angustia (82.5%), Aburrimiento (70%), Auto reproche (70%), Cansancio (92.5%), Prejuicio ante el pasado (87.5%), Deseos frecuentes de llanto (87.5%), Insomnio temprano (72.5%), Sueño no reparador (77.5%), Disminución de la concentración (75%), Ideación obsesiva (77.5%), Llanto fácil (72.5%), Labilidad afectiva (85%), Sentimiento de depresión (90%), Culpabilidad (75%), Irritabilidad (72.5%), Verse peor que de costumbre (72.5%), Nerviosismo (82.5%). Si bien es cierto que debido al pequeño tamaño de nuestra muestra es difícil generalizar los resultados a la población, este estudio nos orientara hacia la mejora y disminución de cada una de las preguntas.

Como se puede observar tenemos varias preguntas orientadas hacia la búsqueda de un mismo síntoma sin embargo por el análisis de las frecuencias de estas preguntas podemos inferir qué preguntas son las que estan funcionando adecuadamente. Dentro de este grupo de preguntas tenemos aquellas orientadas hacia la exploración del ánimo, y podemos observar que el 92.5% de los pacientes contestaron que tenían tristeza y el 90% reportaron depresión, sin embargo solo el

73% y el 50% reportaron abatimiento y sin ánimo de nada, la diferencia en la proporción de estos dos grupos de preguntas orienta hacia la pregunta si es que están explorando aspectos distintos de la afectividad, o se encuentran mal elaboradas, no permitiendo que los sujetos las comprendan en forma adecuada. En lo que respecta a las preguntas que exploran la ideación de muerte observamos una amplia distribución teniendo el 70% con ideas de muerte pero únicamente el 45% con deseos de desaparecer de este mundo, y el 25% para la pregunta en la cual se manifiesta a la muerte como la solución a sus problemas, sin embargo en lo que respecta a ideación suicida tenemos una distribución muy parecida el 27.5% reporta intento suicida, el 27.5% reporta haber pensado cómo terminar con su vida y el 35% reporta que la única solución a sus problemas es la muerte, por la distribución de esta última pregunta pareciera que se encuentra explorando más ideación suicida o rumiación suicida. El grupo de preguntas orientado hacia la evaluación del sentimientos autodevaluación muestra dos subgrupos el de aquellos con distribuciones entre 40 y 57.5% y aquellas que van del 60 al 75 por ciento, dentro de las primeras tenemos la sensación de dar lastima, de un mal desempeño de actividades, de abandono, de dependencia de los demás, de no servir para nada, de inutilidad y de que los amigos le hacen menos, dentro del segundo grupo, sensación de un mal manejo de la vida, el verse peor que de costumbre, el autorreproche y la culpabilidad. La incapacidad para disfrutar de la comida y para divertirse muestran proporciones muy

similares de 57.5% y el 50% respectivamente. En lo que respecta a la disminución del apetito, la pérdida de peso y la ropa floja las proporciones difieren en un 50%, 42.5% y 32.5% respectivamente, dando la impresión de que estas preguntas no estén funcionando adecuadamente, mientras que en las preguntas de aumento del apetito, del peso y la ropa apretada la distribución es muy similar del 57.5%, 57.5% y 55% respectivamente lo cual nos puede indicar un adecuado funcionamiento de las preguntas en la exploración de esta área. Las preguntas orientadas hacia el rastreo de la angustia muestran un 82.5% para angustia, un 80.5% para nerviosismo, un 37.5% para preocupación excesiva pero únicamente un 52.5% para la sospecha de que algo va a suceder, al parecer esta pregunta no alcanza a discernir al igual que las otras entre los sujetos con angustia. Otro resultado interesante es el encontrado para fatigabilidad un 82.5% y un 92.5% para cansancio, sin embargo solo el 67.5% reportaron no tener fuerzas para realizar las tareas.

En conclusión esta primera estrategia encaminada a la formación de un instrumento de tamizaje si bien no nos permite en el momento actual hacer inferencias adecuadas sobre la población si fué muy útil para modificar algunas de las preguntas, de manera que el instrumento se vaya depurando a través de las distintas aplicaciones, proponer que sin modificar el instrumento en el estado actual sea aumentada la muestra y que se realice un análisis multivariado de las preguntas con el objetivo de utilizar únicamente aquellas que

ascudriñen en forma adecuada los distintos síntomas de la depresión en nuestra población. Otros errores que pudimos apreciar en este instrumento, en gran parte derivado de nuestra poca experiencia en la creación de éstos es que no tenemos preguntas en otros tiempos y otras que sean contestadas como falsas cuando el síntoma depresivo esperezca. a través de las preguntas realizadas por los pacientes pudimos observar que hay algunas que no son entendidas en forma adecuada y que necesitarán forzosamente ser modificadas en las versiones posteriores de nuestro instrumento.

## BIBLIOGRAFIA

- Beck T.A., Kovacs, M. and Weissman, A.: Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA*, 234:1146-1149, 1975.
- Ben-Arie, O., Swartz, L. and Dickman, S.: Depression in the elderly in the community. *British Journal of Psychiatry*, 150:169-174, 1987.
- Boyd H.J., Weissman, M., Thompson, R., Myers, J.: Screening for Depression in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1175-1200, 1982.
- Byerley, W., Judd, L., Gershberg, F. and Grosser B.: 5-hydroxytryptophan: a review of its antidepressant efficacy and adverse effects. *J Clin Psychopharmacol*, 7:127-137.
- Davidson, J., Gillen, E., Eisock, S. and Overall, J.: An Efficacy study of nortriptyline and placebo in depression, and its relationship to depressive nosology. *Arch Gen Psychiatry*, 45:120-127, 1983.
- De Frank, R., Jenkins, I. and Rose, R.: A longitudinal investigation of the relationship among alcohol consumption, psychosocial factors, and blood Pressure. *Psychosomatic Medicine*, 49:236-249, 1987.
- Folstein, M., Robinson, K., Folstein, S. and McHugh, P.: Depression and neurological disorders. *Journal of affective disorders*, Suppl:511-514, 1985.
- Garcia-Alvarez, R.: Epidemiology of depression in latin america. *Psychopathology* 19:suppl 2 22-25, 1986.
- Gerner, R.: Present status of drug therapy of depression in late life. *Journal of affective disorders*, Suppl:529-531, 1985.
- Griffiths, R., Watson, N., O'donnell, H., Fall, P. and Shakespeare, J.: Depression, dementia and disability in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 150:480-490, 1987.
- Hasagawa, K.: The epidemiological study of depression in late life. *Journal of affective disorders*, Suppl:53-56, 1985.



- Heninger, R.G., Charney, D., Price, L.: alpha-2-Adrenergic Receptor Sensitivity in Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 45:718-726, 1988.
- House, A., Bostock, J. and Cooper, J.: Depressive syndromes in the year following onset of a first schizophrenic illness. *British Journal of Psychiatry*. 151:773-779, 1987.
- Hudson, J., Pope, M., Yurgelun-Lord, D., Jones, J. and Frankenburg, F.: A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am J Psychiatry*. 144:1289-1297, 1987.
- Kendell, R.: What is a case? *Arch Gen Psychiatry*. 45:374-376, 1988.
- Kocsis, J. and Frances, A.: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiatry*. 144:1534-1542, 1987.
- Lehmann, H.: Affective disorders: clinical features. In: *Comprehensive textbook of psychiatry*. (Kaplan, H. and Sadock, B. eds.) William & Wilkins, Baltimore, 1981, pp. 786-811.
- Liabowitz, M., Quilim, F., Secrest, T., McGrath, P., Harrison, R., Berkowitz, J., Rabkin, J., Triceno, E., Goetz, B. and Flein, D.: Antidepressant specificity in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*. 45:129-137, 1988.
- Ludwig, A.: The interpretation of symptoms and signs for differential diagnosis. In: *Principles of clinical psychiatry*. (Ludwig, A. eds) Free Press, New York, 1980, pp. 37-108.
- Mollica, F.R., Wyshak, G., Marmeffe, G., Khoun, F. and Lavelle, J.: Indochinese Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. *Am J Psychiatry* 144 (4):497-500, 1987
- Moore, J.: Dysthymia in the Elderly. *Journal of affective disorders*. Suppl:815-821, 1985.
- Murphy, E.: General management of depression in late life. *Journal of affective disorders*. Suppl:87-910, 1985.
- Overholser, C.J., Miller, I. and Herman, W.: The Course of Depressive Symptoms in Suicidal vs. Nonsuicidal

Depressed Inpatients. *J. of Nerv. and Ment. Disease.* 175:450-456, 1987.

- Post, F.: Psychotherapy, electro-convulsive treatments, and longterm management of elderly depressives. *Journal of affective disorders, Suppl:*841-845, 1988.
- Rifkin, A.: ECT versus antidepressant antidepressants in depression: a review of the evidence. *J Clin Psychiatry.* 49:6-7, 1988.
- Rosenthal, N., and Wehr, T.: Seasonal affective disorders. *Psychiatric Annals.* 17:670-674, 1987.
- Rutter, M.: Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Arch Gen Psychiatry.* 45:486-495, 1988.
- Schwartz, M. and Wiggins, G.: Systems and the structuring of meaning: contributions to a biopsychosocial medicine. *Am J Psychiatry.* 143:1213-1221.
- Schwartz, M.E. and Wiggins, G.P.: Typifications: The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry. *J. of Nerv. and Ment. Dis.* 175 (1):65-77, 1987.
- Siegfried, R.: Cognitive symptoms in late-life depression and their treatment. *Journal of affective disorders, Suppl:*533-540, 1985.
- Solan, W., Khan, A., Avery, D. and Cohen, S.: Psychotic and nonpsychotic depression: comparison of response to ECT. *J Clin Psychiatry.* 49:97-99.
- Surtees, P.G., Dean, C.: Affective Disorder amongst Women in the General Population: A Longitudinal Study. *British J. of Psy.* 148:176-186, 1986.
- Weissman, M., Boyd, J.: Affective disorders: epidemiology. In: *Comprehensive textbook of psychiatry.* (Kaplan, H. and Sadock, B. eds.) Williams & Wilkins, Baltimore, 1981, pp. 764-769.
- Westermeyer, J.: Psychiatry diagnosis across cultural boundaries. *Am J Psychiatry.* 142:798-805, 1985.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., Stangl, D. and Corenthal, C.: Diagnosing Personality Disorder in Depressed Patients. *Arch Gen Psychiatry* 45: 733-737, 1988.

Zimmerman, M. and Coryell, W.: The Validity of a Self-Report Questionnaire for Diagnosing Major Depressive Disorder. Arch Gen Psychiatry 45:736-740, 1988.