

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

11241
2 ej' 14

OCURRENCIA EN DIVERSAS ENTIDADES PSICOPATOLOGICAS EN MADRES
DE NIÑOS CON TRASTORNO DEPRESIVO Y SU CORRELACION CON EL
INVENTARIO DE BECK

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICO PSIQUIATRA

PRESENTADA POR: JHONNY R. DURANDAL M.

TUTOR: DRA. SILVIA ORTIZ LEON

ASESOR: DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH



DICIEMBRE DE 1989.



TESIS CON
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.

CONTENIDO

INTRODUCCION	PAG.
ANTECEDENTES	1
DEPRESION	5
JUSTIFICACION	33
DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS	38
RESULTADOS	45
COMENTARIO	47
REFERENCIAS	63
ANEXOS	64

ANTECEDENTES. -

Cuando el Homo Sapiens apareció sobre la faz de la tierra, hace 60.000 años, podía haber sucedido que se encontrara con que la depresión lo había precedido, pues es muy factible suponer que el hombre de Neanderthal, su inmediato antecesor, ya se deprimiera.

Ingresando al período histórico de la humanidad, debemos hacerlo con Sumeria, la cual se hallaba entre dos ríos de Mesopotamia, alrededor del año 4.0000 aC., porque fueron los sumerios quienes inventaron la escritura; es en consecuencia, a partir de ellos que existen documentos escritos de todo tema, incluida la medicina. Los Sumerios, como todos los pueblos antiguos, eran politeístas y según ellos el Dios Ea era el responsable de la enfermedad mental.

Al preguntarnos si estos antiguos habitantes de Mesopotamia se deprimían, podemos contestarnos afirmativamente, y prueba de ello lo tenemos en el siguiente fragmento de poema-oración que nos muestra claramente a un hombre deprimido:

"Dios mío, el sol brilla luminoso
sobre la tierra, y para mi el día
es negro. Las lágrimas, la tristeza,
la desesperación se han alo

jado en el fondo de mi
 Se me engulle el sentimiento co
 mo un ser escogido únicamente -
 para las lágrimas".

Entre los Asirios, nace el sentimiento de culpa como causa de enfermedad. El enfermo, no importando que sufriera, era el responsable de su mal, pues se suponía era el castigo de algún pecado. Esto conllevaba un estado de ansiedad y de presión.

El Dios ofendido por ese pecado le retiraba su pro-tección, y el individuo quedaba expuesto, ya sin ella, a ser atacado por los demonios de la enfermedad, siendo esta clásica asociación de pecado - castigo, culpa - depresión.

Esta idea de pecado como causa del mal que sufría el paciente y causante de angustia y depresión perennes, evolu-cionó hasta llegar a suponer que el pecado podía haber sido cometido, no por el enfermo, sino por un familiar, incluso le jano.

Posteriormente Hipócrates (460-377 a.C.) fué el primero en definir la Manía y la melancolía, despojando a las en-fermedades de su influencia mágico religiosa, estableciendo la localización de las funciones mentales. Cinco siglos más

tarde, Areteo de Capadocia advierte que esos dos cuadros clínicos corresponden a una sola enfermedad. Falret y Baillarger tomaron nota por primera vez de las modalidades de presentación de los trastornos afectivos mayores: Períodos de manía alternando con períodos de depresión; de aquí se originaron los nombres de Folie circulaire y folie á double forme.

A partir de 1893 Kraepelin aisla la locura manía depresiva. Leonhard propone, en 1957, la separación entre las depresiones bipolares (con historia de fases maníacas) y unipolares, en las que solo se registran episodios recurrentes de depresión. Perris presenta en 1966 el primer estudio hecho desde este punto de vista. Finalmente Lange (1928) y J.J. López - Ibor Alino (1972) describen los equivalentes depresivos y las llamadas depresiones larvadas o enmascaradas.

Los trastornos afectivos más característicos son, por lo tanto, la depresión y la manía, las llamadas "fasotimias", según Alonso Fernandez. La depresión, que ocurre en multitud de formas y estados clínicos, pueden presentarse en casi el 20% de la población supuestamente sana; se encuentra asociada a otras alteraciones médicas y psiquiátricas en el orden de 60 al 70%, y en tanto que parte del trastorno afectivo bipolar su incidencia alcanza a 3 o 4 de cada 1000 habitantes. La proporción en relación al sexo es de 3 mujeres por 2 hombres. La manía ocurre fundamentalmente en grupos de edad joven, en tanto que la depresión predomina en personas de edad

madura. Algunos autores consideran que los desórdenes afectivos son más comunes en individuos de grupos socioeconómicos altos.

Los problemas diagnósticos en este campo son formidables. Se trata en primer termino de lograr una definición viable y aceptable del desorden: es este un estado de ánimo, un síndrome, un tipo de personalidad o una enfermedad? Sobre viene enseguida el problema de los limites que tal definición implica y su vigencia en la multifacética y heterogénea apariencia clínica del paciente psiquiátrico. Nuevos y viejos términos se turnan en una interminable secuencia, favorecida a veces por factores no clínicos. Si bien la era de las dicotomías (neurótica-psicótica, endógena-reactiva, primaria-secundaria) parece persistir, no podemos estar tan seguros respecto de los términos o ejes de tales engendros intelectuales. Se tiene finalmente la impresión de que, incluso en el momento actual, algunas de las categorías diagnósticas aparentemente afianzadas requerirán ulteriores revisiones que otras son tan avanzadas hoy que no encajan aun en el contexto historico contemporaneo y aguardan mejores oportunidades.

DEPRESION. -

Una cosa es la tristeza, sentimiento normal, como la alegría, y otra, la depresión o tristeza patológica. La tristeza es un estado de ánimo que se experimenta de ordinario ante situaciones adversas de la vida cotidiana. De corta duración, no altera la conducta. En cambio, la depresión constituye una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma (la vivencia anómala de sentirse deprimido), de síndrome (un estado accesible al diagnóstico clínico) y de enfermedad (una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propios). Cuando la depresión es muy honda suele llamarse melancolía. Los cuadros leves se confunden con el aburrimiento, la murria, el tedio, el spleen, la saudade, la morriña, la mufa y otras hipotimias culturales.

La depresión constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento. Su frecuencia es muy alta (probablemente más del 4% de la población mundial padece algún tipo de depresión que requiere tratamiento) y todo parece indicar que va en aumento. En principio debe darse por supuesto que toda persona que atenta contra su vida está deprimida en ese momento. Si a esto agregamos que la mayor parte de los enfermos deprimidos no consultan al médico, y menos al psiquiatra, y tenemos en cuenta las repercusiones laborales (ausentismo), familiares (conflictos de pareja), psicológicas (distraibili-

dad) y sociales (incapacidad de bastarse a si mismo en los casos graves) que traen consigo las depresiones, puede concluirse que estas constituyen hoy el gran tema de la psiquiatría clínica.

El diagnostico de depresión se asienta, fundamentalmente, sobre esta tetrada:

- Tristeza patológica
- Desgana y anhedonia
- Ansiedad
- Insomnio

La tristeza patológica es el sintoma cardinal, cuasi-patognómico. (Por excepción, hay deprimidos que no se percatan de su propia tristeza) aparece sin motivo aparentemente justificables o tras un acontecimiento significativo. Es una tristeza honda, vital, encarnada en la corporalidad, que el enfermo experimenta como algo que arranca de sus propias entrañas. Otras veces la describe como una bruma opaca y gris que lo envuelve o agobia sin remedio. El enfermo se siente "en baja", le ha perddido el sabor a la vida. Está tan triste que no puede penar por las desgracias ajenas, lo cual no hace sino aumentar sus sentimientos de culpa y de reprocharse por ser un desalmado. Incapaz de amar, se siente muy necesitado. De resultas, su visión del mundo es pesimista, desesperanzada

y grande su dolor moral. El 15% de los deprimidos graves terminan suicidándose.

El deprimido no tiene ganas de nada, ni de vivir. -- Piensa en su propia muerte como una liberación. Su desgracia inunda todos los intereses cotidianos. Las cosas que antes le movían el ánimo le tienen ahora sin cuidado. Nada le procura placer (anhedonia). Hasta sus sentimientos aparecen embotados, empalidecidos. El deprimido sufre de una especie de entumecimiento emocional.

La ansiedad es un acompañante habitual del deprimido. Este la experimenta como una extraña desazon interior que lo desubica en el tiempo y en el círculo de sus valores vitales. Mas o menos intensa, según los casos, se mantiene como un -- trasfondo constante. Otras veces se patentiza en forma de - ataques, que duran minutos u horas y son particularmente peli grosos por los raptos suicidas. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico estamos frente a una "depresión ansiosa". Por el contrario, cuando en vez de la ansiedad predomina la - inhébrición se trata de una "depresión inhibida". Además de - ser proclives a la ansiedad, suelen ser personas malhumoradas, irritables, agresivas.

El insomnio es la regla. Solo excepcionalmente los - deprimidos duermen bien. Lo común es que tengan dificultad -

para conciliar el sueño, o que se despierten muy temprano, y ya desvelados no puedan dormir más. Además de los cuatro sin tomas descritos, los deprimidos tienen alteraciones en el pen samiento, que incluye las preocupaciones hipocondriacas, dis minución de la capacidad para concentrarse, ideas de ruina y de culpa. Alteraciones somáticas, que por lo comun consisten en trastornos de la regulación autonómica: dis pepsia, anore xia, pér dica de peso, y mengua de la libido.

Alteraciones del comportamiento, viendo al deprimido arrinconado, rumiando sus penas, con tendencia al retraimien- to, aunque a menudo puede explotar violentamente en crisis de angustia y desesperación. También se puede observar altera- ciones en los ritmos biológicos, sobre todo en las depresio- nes denominadas endógenas, en donde predomina el circadiano, hallándose peor el enfermo en horas de la madrugada, cuando se despierta, y de la mañana, para ir mejorando en el curso - del día.

Intensidad de los Síntomas.-

Todo lo dicho hasta aquí se refiere a las llamadas de presiones endógenas, que son mas típicas. Los mismos sínto- mas atenuados aparecen en las depresiones leves (también deno- minadas neuróticas).

Por el contrario, en las depresiones mayores o psicóticas, hay que agregar al cuadro alucinaciones (visuales, auditivas, cenestésicas) y delirios (de ruina, de perjuicio, de persecución, de culpa, de indignidad).

Evaluación.-

Además de la evaluación, las depresiones se gradúan objetivamente por escalas. La más conocida de estas es la de Hamilton (1967), cuyos 22 items cubren los síntomas de todos los tipos de depresión. El inventario de Beck (1961) sirve para administrárselo uno a sí mismo. En investigaciones epidemiológicas se usa mucho el PSE (Examen del Estado Actual), una entrevista estructurada con un diseño para detectar la presencia de 140 items, los más de los cuales corresponden a síntomas y signos psiquiátricos.

MANIA.-

Menos frecuente que la depresión y más uniforme en sus manifestaciones, la manía se caracteriza por estos tres síntomas:

- Excitación psicomotora
- Pensamiento ideofugitivo
- Euforia

Con frecuencia es difícil distinguir al principio la manía de ciertos rasgos personales del sujeto. Este se muestra mas activo que de ordinario, hace gala de sus posibilidades y realizaciones, se torna confianzudo y un tanto irrespetuoso, exhibe de continuo una gran alegría de vivir, todo le parece fácil y atractivo. Duerme poco y come mucho (a veces aumenta sensiblemente el consumo de alcohol y drogas), a pesar de lo cual suele perder peso. Por supuesto, no tiene conciencia de enfermedad ("jamás me he sentido mejor en mi vida"), razón por la cual se resiste a la consulta médica. En este período, llamado hipomaniaco, el sujeto puede emprender operaciones ruinosas y comer desatinos de toda laya, sin que la influencia de parientes o amigos y los recursos legales permitan contenerlo. En el periodo de estado, el diagnóstico es fácil.

La presión ideomotriz es continua. El enfermo no se queda quieto un instante; apenas puede descansar a ratos unos minutos, unas horas todo lo más.

Es típica la fuga de ideas. El paciente pasa de un tema a otro con pasmosa rapidez. El pensamiento y el lenguaje llegan a hacerse incoherentes por la tenue asociación que existe entre sus elementos (bromas, rimas, asonancia, risas, gritos y cantos) y su exaltación afectiva.

La euforia, generalizada, no admite contradicciones. El enfermo, muy tornadizo e irritable, puede reaccionar súbitamente con ataques de ira y agresión incontrolables ("furor maniaco"). La euforia es a la alegría lo que la depresión a la tristeza. En los graves de manía pueden registrarse también alucinaciones y delirios (de grandeza, persecución y daño.)

CLASIFICACION.-

Pocas alteraciones psicopatológicas han merecido una nosología más variada y confusa que los desórdenes afectivos. Estos han sido clasificados según su motricidad, (inhibidas - vs. agitadas), su etiología (endógenas vs. reactiva), su patogenia (primaria vs. secundaria), su patología, su forma clínica, etc. Pero hasta ahora ningún esquema conceptual puede abarcar la diversidad de conocimientos que se poseen acerca de estos trastornos. Las dos clasificaciones más aceptadas actualmente son las de la Organización Mundial de la Salud y la de la American Psychiatric Association.

ORDENAMIENTO PATOGENICO.-

A modo de complemento y con el propósito de facilitar el diagnóstico y tratamiento, cabe hacer el siguiente ordenamiento de las depresiones, las cuales serán detalladas a con-

tinuación.

Depresiones Sintomáticas. - (o somatógenas). Son las mejor de finidas, tal vez por ajustarse mejor al modelo médico. Aparecen asociadas a: a) Una enfermedad mas o menos grave, como mononucleosis infecciosa, infarto de miocardio, influenza, ciertas intervenciones quirúrgicas, mixedema, enfermedad de Cushing, procesos expansivos endocraneanos, etc. b) Fármacos de acción antihipertensiva, como la reserpina, la alfametildopa, el propanolol y la guanetidina y los anorexígenos. c) Otras enfermedades psiquiátricas, como la demencia el retardo mental, el alcoholismo y las toxicomanías.

También pueden incluirse en este grupo las distimias paraneoplásicas (que preceden a la eclosión de un tumor maligno) y las consecutivas al parto. Estas distimias se caracterizan por aparecer tras un factor desencadenante orgánico, a cualquier edad, sin antecedentes familiares de trastornos -- afectivos. De ordinario empeoran en el curso del día, se -- acompañan de otros síntomas somáticos y la depresión es relativamente moderada. El tratamiento es causal -no específico en lo afectivo- y el cuadro clínico tiende a autolimitarse - con el tiempo.

Depresiones Reactivas.- (o situacionales). Son las que surgen a consecuencia de ciertos acontecimientos vitales: desamparo afectivo, muerte o separación de un allegado significativo, reveses de fortuna (en ocasiones el propio éxito), mudanza, menopausia, desempleo, jubilación, etc. Suelen ser de corta duración, pero a veces empalman con distimias prolongadas. Entre las distimias reactivas y las de la vida cotidiana hay, por supuesto, una serie de gradaciones intermedias. Para facilitar el diagnóstico es bueno atenerse a las categorías de la CIE-9: "Reacción aguda ante gran tensión" y "Reacción de adaptación".

En las distimias reactivas, como en las sintomáticas, todavía es posible colegir una relación causa-afecto. Son procesos exógenos. Tratamiento de elección: Psicoterapia de apoyo.

Depresiones Endógenas.- (primarias o nucleares). Son las depresiones propiamente dichas, aquellas que, a diferencia de las anteriores, no reconocen, aparentemente, un origen ambiental. Surgen de la corporalidad, de una disposición heredobiológica todavía no bien aclarada.

Datos que hacen pensar en una depresión endógena:

- Trastornos relativamente intensos que pueden llegar

hasta la psicosis.

- Antecedentes de fases depresivas y/o maníacas.
- Comienzo recortado.
- Insomnio tardío.
- Ritmo circadiano (empeoramiento matutino).
- Duración: Menos de un año.
- Antecedentes familiares de trastornos afectivos.
- Perturbaciones neurovegetativas (mangua del apetito, de la libido, etc.).
- En casos graves: alucinaciones e ideas delirantes.

Según su curso puede ser: a) bipolares, cuando alternan fases depresivas con otras maníacas, y b) unipolares, en las que las fases son exclusivamente depresivas.

El diagnóstico de las depresiones endógenas se hace ahora mas preciso con el uso de los llamados marcadores neuro endócrinos, electroencefalográficos, psicomotores y bioquímicos.

Responden al tratamiento psicofarmacológico: antidepresivos, litio, neurolépticos. En casos en que preponderara la inhibición psicomotora y hubiese riesgo de suicidio puede recurrirse al electrochoque.

Depresiones Neuróticas y Psicopáticas.- Si bien en las prime-

ras priva lo dinámico, un conflicto más o menos inconsciente, y en las segundas una disposición, una manera de ser constitucional, las diferencias entre estas dos clases de distimias parecen ser más de matiz. Por otra parte, hay todo un continuo entre estas distimias y las propias de la vida cotidiana (que son normales).

A menudo se asocian con alcoholismo, toxicomanías y otros trastornos de conducta. Es de rigor, así mismo, que se acompañen de ansiedad y de rasgos obsesivos en la personalidad de los enfermos.

El diagnóstico se establece teniendo en cuenta:

a) la continuidad, no hay fases recortadas; b) la influencia de acontecimientos circunstanciales, y c) la personalidad inmadura, con bajo nivel de tolerancia a las frustraciones.

Responden a la psicoterapia, sobre todo las depresiones neuróticas.

Depresiones Larvadas o Enmascaradas. - Son aquellas que se manifiestan por síntomas somáticos. Los síntomas afectivos pasan a segundo plano. Incluso pueden faltar por completo, en cuyo caso hablamos de "equivalentes depresivos".

Las manifestaciones orgánicas tras las cuales late -

una depressio sine depressione son muchas y muy diversas: ce falea, algias de todo tipo y condición, parentesias, vertigos, trastornos gastrointestinales, cardiocirculatorios, respiratorios, etc. Son depresiones atípicas que rara vez llegan al psiquiatra. Es probable que su frecuencia vaya en aumento, dada la tendencia a la somatización que se observa en nuestras sociedades materialistas, en las que los síntomas físicos son mejor tolerados que los psíquicos. Enfrentado con los problemas de su existencia, el hombre tiende a rehuir la responsabilidad personal. Siempre es bueno que la culpa la tenga el vecino, en este caso el cuerpo.

Es probable que muchos cuadros hipocondríacos, psicosomáticos y de conversión histérica sean, en el fondo, depresiones larvadas.

El tratamiento debe ser bifronte: farmacológico (antidepresivo) y psicológico (terapia cognitiva preferentemente).

Estas cinco categorías distan mucho de ser excluyentes. Muy a menudo se superponen sus manifestaciones; otras veces resultan contradictorias. Por ejemplo: una depresión reactiva puede beneficiarse con el uso de drogas antidepresivas, en tanto que la psicoterapia puede ser útil en el tratamiento de una depresión endógena; una personalidad depresiva puede adoptar con el tiempo características de endogeneidad,

etc. El diagnóstico se precisara teniendo en cuenta los síntomas dominantes y los cuadros típicos dentro de cada clase.

DEPRESION UNIPOLAR Y BIPOLAR.-

Hay muchos datos que justifican la distinción entre depresiones bipolares (con antecedentes de episodios maníacos) y unipolares, que cursan exclusivamente por fases recurrentes de depresión. Comparadas unas con otras, las bipolares se caracterizan por:

- Afectar en igual medida a hombres y mujeres.
- Comienzo precoz.
- Mayor número de fases.
- Una menor duración media de los intervalos.
- Fases mas cortas y mas frecuentes.
- Mayor inhibición y senmolencia durante las fases de presivas.
- Una mayor carga genetica dentro del "pedigree" familiar.
- Una mayor amplitud de los potenciales cerebrales evocados.
- Una menor actividad de la MAO en las plaquetas.
- Baja excreción urinaria de MHPG durante los episo--dios depresivos.
- Tendencia a provocar hipomanía durante el tratamien

to con antidepresivos (hipomania farmacologica).

- Una buena respuesta al litio durante las fases tanto maníacas como depresivas.

Sin embargo, investigaciones recientes tienden a redibujar estas diferencias. Así mismo, observaciones prolongadas permiten comprobar que muchas supuestas depresiones unipolares son en realidad bipolares. No basta con observar fases depresivas consecutivas para establecer el diagnóstico de depresión unipolar, pues un episodio maniaco o hipomaniaco puede aparecer años después. La frecuencia en la depresión bipolar - que hasta ahora se tenía por menor que la unipolar - ha aumentado ultimamente por la inclusión de algunos cuadros distímicos. Y por el contrario, se ha observado que la categoría unipolar se contamina muy a menudo con estados disfóricos de ansiedad, así como con cuadros no endógenos (neurosis, miseria social, desmoralización e infelicidad).

Por esta razón, los límites de la depresión bipolar se han extendido ampliamente, hasta el punto de superponer al concepto de kraepeliniano de enfermedad maniaco-depresiva. Actualmente, el espectro de la depresión bipolar incluye estas cinco grandes categorías:

- a) Trastornos bipolar esquizoafectivo y muchas psicosis unipolares esquizoafectivas, es decir, trastor

nos afectivos con alucinaciones y delirios que no concuerdan con el humor dominante.

- b) Trastorno bipolar I, caracterizado por lo menos por un claro episodio maníaco.
- c) Trastorno bipolar II, caracterizado por episodios depresivos mayores, con somnolencia e inhibición psicomotora, seguida de breves periodos hipomaníacos.
- d) Trastorno unipolar II, depresiones endógenas recurrentes con antecedentes familiares de depresión bipolar.
- e) Trastornos ciclotímicos, incluyendo temperamentos que van de la hipertimia a la distimia subafectiva endógena.

A su vez ciertos autores distinguen tres tipos de depresión unipolar:

- a) Enfermedad depresiva familiar pura (EDFP): depresión de una persona que tiene algún pariente o parientes de primer grado con depresión pero ninguno con manía, alcoholismo o personalidad antisocial. El paciente típico es de sexo masculino, la enfermedad depresiva tiene un comienzo relativamente tardío (por encima de los 40 años) y con incidencia familiar de depresión relativamente baja, pero de frecuencia similar en parientes varones y mujeres. Estos pacientes, ade--

más, presentan rasgos más "endógenos" y menor tendencia a la cronicidad; a pesar de presentar un mayor número de recaídas, hay así mismo una marcada asociación entre la edad de comienzo de la enfermedad en el paciente y la de uno de sus padres o hermanos que hubieran también presentado la enfermedad. De los familiares, son los hermanos los que parecen sufrir una proporción más alta de enfermedad. Finalmente, del 76 al 82% de estos pacientes son "no supresores" en el test de la dexametasona, y el 50% responde bien al tratamiento antidepresivo (electrochoque o tricíclicos).

b) Enfermedad depresiva esporádica o no familiar - - (EDE): depresión unipolar en una persona que no tiene familiares de primer grado con enfermedad psiquiátrica. La edad de comienzo es mayor que en la EDFP (4 años de diferencia), hay menos tendencia a variaciones del ánimo durante el día, un relativamente menor número de episodios depresivos previos - (personalidad más estable), aun cuando los miembros más jóvenes de este grupo tienden a cometer suicidio con mayor frecuencia que los de los otros grupos. Esta variedad es, en general, más frecuente que las restantes depresiones unipolares, aunque solo el 37% al 44% son "no supresores" en el TSD y solo el 30% responden bien a tricíclicos y electrochoque.

c) Enfermedad del espectro depresivo (EED): depresión en una persona que tiene un familiar o familiares de primer -

grado con depresión, pero no tiene familiar alguno con historia de manía. El paciente típico es una mujer, cuya depresión empieza antes de los 40 años, la incidencia familiar de depresión es relativamente alta y más significativa en familiares de sexo femenino, en tanto que alcoholismo y sociopatía son muy frecuentes en pacientes varones. Presentan en general menos episodios depresivos, que los otros dos grupos y su historia personal y social es, en general, más tormentosa, con una personalidad premórbida, descrita como "inestable" debido a nerviosismo elevado, irritabilidad, exigencias de constante reaseguramiento, etc. Aún cuando presentan ideación suicida menos frecuente, estos pacientes comunican sus planes (cuando los tienen) con mayor frecuencia que los otros dos grupos. La severidad del cuadro depresivo es mucho menor pero el desorden en general tiende más a la cronicidad. Solo del 4 al 7% de estos pacientes son "no supresores" en el TSD y su respuesta a los antidepresivos convencionales es más bien pobre.

APARICION Y CURSO

Por lo común, tanto la depresión como la manía comienzan a manifestarse gradualmente. No obstante, ambas pueden aparecer súbitamente a raíz de un acontecimiento vital o, incluso, de un tratamiento. Cuanto más endógena es la depresión, más probable es que tenga un comienzo agudo. El inicio

brusco es, a su vez, más frecuente en la enfermedad bipolar.

El número de ciclos varía, naturalmente, según la duración del seguimiento. Hoy se acepta que el primer ciclo de los trastornos bipolares dura 2 años, y a partir de él, cada uno se reduce en un 10%, con lo que el número total de ciclos es de 18 a 15 años.

La mortalidad por suicidio y accidentes es del 15% en las distimias unipolares y del 5% en las bipolares. Pese a estos datos, todo hace pensar que los trastornos bipolares son más graves que los unipolares.

Además de la longitud del periodo de observación, la evolución de los trastornos afectivos depende también del uso del litio y de las drogas antidepresivas.

ETIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

Dado el polimorfismo de los trastornos afectivos y los distintos criterios que usan los investigadores para su registro, es natural que todavía no dispongamos de cifras muy confiables. (En un estudio comparativo hecho entre los EE. UU. y el Reino Unido, en 1960, se observó como la esquizofre-

nia era más diagnosticada a este lado del Atlántico, mientras que en el otro los psiquiatras tendían a optar por la psicosis maniaco-depresiva). Según la OMS, el 4% de la población general sufre de algún trastorno depresivo que requiere tratamiento. Por otra parte, mediante cuestionarios autoadministrados en nueve comunidades de Inglaterra y EE.UU., se advierte que la prevalencia de los síntomas depresivos oscila entre el 13 y el 20% de la población. Otros estudios realizados en diferentes países hacen sospechar que un tercio de la población que concurre a un hospital general sufre de trastornos depresivos diversos.

Todas las investigaciones epidemiológicas revelan que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre. ¿Razones? Entre otras la mayor sensibilidad de la mujer, la fisiología endócrina (periodos menstruales, partos) las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.

El máximo de frecuencia entre los pacientes femeninos tiene lugar entre los 30 y 59 años, mientras que en los hombres la morbilidad se inicia una década después. La depresión no parece aumentar con la involución. De ahí que hoy se descarte a la melancolía involutiva como una entidad nosológica.

Los síntomas depresivos son más frecuentes en clases

bajas que en altas.

Respecto del estado civil, los divorciados y separados aparecen representados en primer término.

El punto de prevalencia de la depresión unipolar (depresión psicótica o recurrente) -determinado por el Research Diagnostic (RDC) y por el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)- es del 3% para los hombres y del 5 al 9% para las mujeres. La incidencia anual es del 0,08-2% para los hombres y del 0,2-7,8% para las mujeres. No se observa correlación alguna entre depresión unipolar y clase social. Los factores de riesgo se refieren a una mujer de 35 a 45 años con una historia familiar de depresión o alcoholismo, con experiencias infantiles particularmente adversas, con acontecimientos vitales recientes y negativos, a la que le falta intimidad en sus relaciones interpersonales, y que tuvo un hijo en los 6 meses precedentes.

En cuanto a la depresión bipolar, el riesgo de morbilidad es menos del 1% y la incidencia anual es de 0,009-0,015% para los hombres y 0,007-0,03% para las mujeres. Con esto queda de manifiesto que la depresión unipolar es mucho más frecuente que la bipolar. La depresión bipolar parece estar asociada con clase alta. El perfil de personalidad está dado por una mujer con historia familiar de trastorno bipolar.

Por lo demás, la depresión es mucho más frecuente que la manía. Quizá porque las más de las hipomanías pasan inadvertidas y porque las manías son tratadas precozmente.

GENETICA

La diferencia entre el grado de concordancia de gemelos univitelinos y gemelos bivitelinos es altamente significativa: 76% vs. 19%. El grado de concordancia en los gemelos univitelinos que vivieron en hogares distintos desde su nacimiento se mantiene alto 67%. Por lo demás, la mayor concordancia se encuentra entre los univitelinos bipolares.

El riesgo de enfermar entre los parientes de primer grado de los pacientes con psicosis afectivas es muy superior a la morbilidad encontrada en la población general: 12,1% para los padres, 21,2% para los hermanos y 24,6% para los hijos. Otro dato de importancia en las investigaciones de familias es el predominio del sexo femenino en la prevalencia de los trastornos afectivos primarios. Parece haber un mayor riesgo de enfermedad en las madres que en los padres de los probandos bipolares, ya sean estos hombres (26% vs. 6,8%) o mujeres (23,3% vs. 6,7%).

Un argumento más a favor del peso genético en los trastornos afectivos: la frecuencia total de estos (bipolares,

unipolares y equizaffectivos) es mayor entre los padres biológicos de probandos bipolares que entre los correspondientes - padres adoptivos (18% vs. 7%).

Es probable que existan varios genes implicados en el mecanismo de transmisión genética. La transmisión poligénica se vería confirmada por el hecho de que la morbilidad familiar es mucho mayor en las depresiones precoces que en las tardías. Últimos descubrimientos hacen pensar que la depresión es transmitida hereditariamente por un gen del brazo corto del cromosoma 6 en la zona HLA.

La mayor frecuencia de los trastornos afectivos en la mujer ha hecho suponer que la transmisión dominante no sea autosómica sino ligada al sexo. La frecuente asociación de daltonismo y de depresión parece confirmar la existencia de un gen dominante ligado al cromosoma X.

Es evidente, desde el punto de vista genético, que los trastornos bipolares y unipolares constituyen dos entidades diferentes. El 16,3% de los familiares en primer grado de pacientes bipolares tuvieron, en algún tiempo, manifestaciones afectivas, ya sea depresión o manía, mientras que el 0,8% de los familiares sufrieron de depresión únicamente. En contraposición, solo el 0,5% de familiares de primer grado de pacientes unipolares tienen enfermedad bipolar, en tanto que

el 10,6% de familiares padecieron episodios depresivos. La respuesta farmacológica al litio -específica de las formas bipolares- viene a confirmar esta hipótesis.

TRASFONDO BIOLOGICO

Aquí hay que considerar los datos farmacológicos, bioquímicos, neuroendócrinos, electroencefalográficos y psicomotores.

Datos farmacológicos.- Tiene ya un carácter histórico. Hace tiempo se observó que los fármacos que modifican los niveles de las monoaminas (MA), modifican también el estado afectivo de las personas. La reserpina, un medicamento que se empleó en la década de 1950 como un buen antidepresivo, produce en el 15% de los pacientes que lo reciben una depresión de características endógenas. La investigación revela que la reserpina depleta los depósitos sinápticos de la MA (adrenalina, noradrenalina, dopamina). Otro antihipertensivo, la L-metildopa produce también depresión en algunos sujetos hipertensos, debido a que estos metabolitos actúan como neurotransmisores falsos o menos activos, alterando la transmisión neural.

Cuando se probó la droga antituberculosa iproniazida, se observó que los pacientes experimentaban un efecto eufori-

zante, antidepresivo, que iba más allá de la mejoría del padecimiento fímico. En este caso también los estudios bioquímicos demostraron que la iproniazida era un potente inhibidor de la monoaminoxidasa, y que esta inhibición provocaba un aumento de la disponibilidad de serotonina, noradrenalina y dopamina en las sinapsis. En un intento de aislar un nuevo neuroléptico, emparentado con la clorpromacina, se sintetizó la imipramina, un fármaco que demostró tener más propiedades antidepresivas que antipsicóticas. Se comprobó que la acción antidepresiva de este fármaco se debía a la inhibición de la recaptura antisináptica de una serie de neurotransmisores.

Estos datos dieron pie a la hipótesis monoaminonérgica de los trastornos afectivos: la depresión está relacionada con una deficiencia de noradrenalina y/o serotonina en el SNC, mientras que la manía lo está con un aumento de la noradrenalina.

Datos Bioquímicos. - Configuran la teoría de las aminas biógenas. Existen varios neurotransmisores que se involucran en la etiopatogenia de los trastornos afectivos. Los principales son: catecolaminas, la serotonina y la acetilcolina.

Las catecolaminas que se encuentran en el SNC son la noradrenalina y la dopamina, ambas se originan en un mismo precursor, el aminoácido esencial tirosina.

Se ha encontrado que en algunos pacientes deprimidos hay niveles más bajos de MHPF (uno de los principales productos finales del catabolismo de la noradrenalina central), que en controles normales. Se han efectuado correlaciones entre fenomenología clínica del estado depresivo, niveles de MHPG y respuesta terapéutica: a una depresión agitada, corresponden niveles altos o normales de MHPG, que corresponde adecuadamente a antidepresivos tricíclicos del tipo de las aminas terciarias. Las depresiones inhibidas presentan un MHPG bajo y una respuesta más favorable con antidepresivos tricíclicos del tipo de las aminas secundarias.

Con relación a la serotonina, hubo numerosos informes de disminución del ácido 5-hidroxiindolacético en los pacientes deprimidos en los cuales no se encontró evidencia de alteraciones de la NA. Asberg et al. encontraron una distribución bimodal del 5-HIAA en el LCR: niveles más altos en los sujetos controles y niveles bajos en los pacientes deprimidos. Este hallazgo sugiere que un subgrupo de pacientes deprimidos tienen un recambio disminuido de serotonina.

La acetilcolina también ha sido involucrada en la patogénesis de la depresión. En 1972 El-Yusef, Davis y Janowsky postularon que el modelo bioquímico de la depresión no se puede sustentar únicamente en un neurotransmisor y que es posible que los trastornos afectivos estén dados por una inter-

acción de los dos neurotransmisores: la acetilcolina y la noradrenalina.

La depresión puede estar dada por una hiperactividad acetilcolinérgica, con la NA concomitantemente disminuida; - por su parte la manía respondería a la situación inversa, es decir, disminución de la actividad acetilcolinérgica.

Datos Neuroendócrinos. - Los principales son:

a) Aumento del nivel plasmático de cortisol y del cortisol libre en orina. Resistencia o "escape temprano" del cortisol después de la administración de dexametasona.

b) Disminución de la liberación de Hormona del crecimiento cuando se estimula su liberación por hipoglucemia inducida con insulina; en algunos casos se observa una respuesta paradójica ante la administración de TRH.

c) Disminución de los niveles plasmáticos de Hormona Luteinizante en pacientes posmenopáusicas deprimidas y también de la respuesta de dicha hormona a la administración de hormona liberadora de gonadotropinas.

d) Disminución de la respuesta de la TSH a la estimulación con TRH.

e) Incremento de los niveles basales de prolactina.

PERSONALIDAD

Los deprimidos suelen tener una personalidad obsesiva. Escrupulosos, formales, tienden a ser exigentes consigo mismo y con los demás. Por lo mismo traban relaciones interpersonales de tipo simbiótico. No es raro, que los grandes deprimidos hayan sido, hasta antes de haber enfermado, personas muy activas y entusiastas. Las investigaciones actuales parecen aproximarse al esbozo de rasgos de personalidad premorbidada, tanto de tipo melancólico como de tipo maníaco. Estos rasgos tienen algo que ver con manifestaciones habituales de una predisposición constitucional a pérdidas episódicas del equilibrio en un sistema que regula la actividad general, el humor, la autoestima y, parcialmente, el sueño y otras funciones del sistema nervioso autónomo.

ACONTECIMIENTOS VITALES

Cada vez se torna más evidente que los trastornos afectivos aparecen, a menudo, tras situaciones de cambio o estrés. Las primeras se refieren a pérdidas: muerte, divorcio, separación, independencia de los hijos, etc. La desaparición de un allegado sigue siendo el acontecimiento humano de más peso en la génesis de los desórdenes afectivos. Pero también

un golpe de fortuna, la consecución de una meta largo tiempo anhelada, puede tener el mismo efecto. En estas depresiones de éxito, el cambio se acompaña de connotaciones amenazantes: mayor compormiso, aumento de la responsabilidad, reestructuración de los lazos familiares, etc.

A veces, la depresión del adulto da la impresión de ser una vieja herida que se abre. "Una especie de reacción anafiláctica que tiene lugar en el adulto tras haber sufrido una sensibilización precoz". Es dable pensar que los factores traumatizantes que operan en la infancia de algún modo tienen ingerencia, ya sea de manera precipitante o directa, en el futuro cuadro depresivo.

JUSTIFICACION

Existen variados reportes que mencionan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en hijos de padres que poseen un Trastorno Depresivo. Los estudios sistemáticos acerca de padres deprimidos y niños con este mismo diagnóstico son recientes. Esta es una emergencia de la posibilidad de que la depresión mayor puede ocurrir en edades prepuberales.

Recientes y extensos estudios epidemiológicos han mostrado que una larga proporción de adultos han reportado el inicio de su cuadro depresivo en la infancia y adolescencia.

El interés en los familiares de individuos deprimidos, deriva de numerosos estudios que muestran una agregación de Depresión Mayor en parientes de primer grado de los individuos afectados.

Los señalamientos que provienen del estudio con adultos sugieren que el inicio temprano de psicopatología (20 años o menos), está relacionado con un aumento de predisposición para depresión en los familiares.

En un estudio piloto de historia familiar, observando niños entre 6 y 18 años de edad, se demostró con los hijos de sujetos control, que los hijos de padres con Depresión Ma-

yor, presentaban un riesgo aumentado para cualquier transtorno en el DSM-III, más comunmente Depresión Mayor. (Arch. Gen Psy-Oct-1987).

Probablemente los factores genéticos se hallan envueltos, pero también es importante identificar los medioambientales y los otros mecanismos de riesgo que puedan contribuir a la vulnerabilidad de los niños.

En particular, las diversas perspectivas teóricas, incluyendo las cognitivas y psicodinámicas, sugieren que las disfunciones de la interrelación padres-hijos, puede desencadenar depresión en los niños.

El desarrollo psicologista tiene un largo sustento, sobre los efectos de la cualidad de la interrelación padres-hijos y su desarrollo subsecuente, señalando que la misma está cargada de hostilidad, inatención, rechazo parental y crítica elevada.

En un estudio publicado en Enero del 89, se tomó a madres con depresión Unipolar, Bipolar o enfermedad crónica (Artritis severa-Diabetes insulino dependiente), y se comparó a los hijos de esta muestra con la de madres control (normales), encontrando que los niños de padres deprimidos tienen una prevalencia altamente significativa de Depresión Mayor, abuso de

substancias y otros diagnósticos del DSM-III. (Am. J. Psy. - Ene-1989).

Igualmente se ha dicho que existe una mayor predisposición familiar para la enfermedad bipolar tipo I, ligada a una resistencia al Carbonato de Litio. Las conclusiones de este estudio se desglosan en dos vías:

- 1.- Un aumento significativo en los casos de Transtorno Bipolar Tipo I en parientes de primer grado.
- 2.- Pobre respuesta antimaniáca al Carbonato de Litio.

Welner y colaboradores, en 1988, publicó un trabajo en donde examina la prevalencia de disfunciones psiquiátricas en niños de padres con diagnóstico de Depresión Mayor u otros trastornos afectivos.

60 niños de 37 familiares con patología psiquiátrica fueron comparados con 43 niños de 26 familias obtenidos del grupo control, así como 20 niños de 13 familiares con enfermedad médica. En los resultados se observaron de manera significativa más trastornos y síntomas en los niños con padres poseedores de un problema psiquiátrico, comparados con el grupo de niños con padres sanos o con alguna enfermedad médica.-

La depresión materna y el alcoholismo paterno fueron relacionados con el riesgo para depresión del niño. El alcoholismo materno y el divorcio fueron relacionados de manera significativa con el trastorno de conducta.

En esta misma línea de investigación, Grigoriu-Serb Anescu M y colaboradores tomaron a 72 niños cuyos padres poseían el diagnóstico de Trastorno Bipolar, y los parearon -- con otros 72 de un grupo de padres control. (Los niños estaban entre los 10 y 17 años). Los datos de psicopatología en estos niños fue del 61%, contra los controles, que mostraron una afectación del 25%. El impacto de los trastornos psíquicos fue relacionada con la función adaptativa de los niños.

En este trabajo de investigación, se realizó una propuesta pionera, con un sentido diferente a todos los trabajos publicados recientemente en la literatura psiquiátrica, tomando un grupo de niños con diagnóstico de Trastorno Afectivo - (Perturbación de las emociones-Infelicidad-tristeza), examinando a las madres de los mismos, en la clara suposición de que las mismas eran portadoras de alguna entidad psicopatológica, en especial depresión, con la finalidad de detección de casos para tratamiento adecuado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

HIPOTESIS NULA. - H_0 : No existe una mayor proporción de Trastornos Psicopatológicos, en especial Depresión, en las madres cuyos hijos están bajo tratamiento psiquiátrico por un - - trastorno afectivo.

HIPOTESIS ALTERNA. - H_a : Existe una mayor proporción de Trastornos Psicopatológicos, en especial Depresión, en las madres cuyos hijos están bajo tratamiento psiquiátrico por un - - trastorno afectivo.

POBLACION ESTUDIADA

Se estudiaron a 20 madres de familia que asistieron por vez primera al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", con el objeto de solicitar atención para sus hijos, los cuales, luego de una entrevista con un Paidopsiquiatra, eran diagnosticados como poseedores del diagnóstico de Perturbación de las emociones-Infelicidad-Tristeza, abarcando los meses de Junio a Septiembre del presente año.

Fueron excluidas aquellas madres cuyos hijos no llenaron los requerimientos para un trastorno afectivo, así como a los padres de los mismos.

DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS

Se trata de un estudio metodológico, descriptivo y transversal.

Como tareas iniciales se plantearon las siguientes acciones:

Coordinar con el servicio de urgencias y la Clínica de la Depresión del Hospital Psiquiátrico Infantil la captación de madres cuyos hijos tenían el diagnóstico de Perturbación de las emociones, infelicidad-tristeza, confirmadas por un Paidopsiquiatra.

Diseñar una hoja de datos demográficos para cada entrevistada, con las siguientes variables: Edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, media de ingresos en Moneda Nacional.

Se utilizó en Inventario para la Depresión de Beck, el cual se trata de un cuestionario autoaplicable desarrollado en 1959 por Beck y colaboradores.

Este inventario está constituido por 21 reactivos, los cuales evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales, y que se escogieron en el curso de psicoterapia de pacientes con trastornos depresivos.

Este inventario está constituido por 21 reactivos, los cuales evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales, y que se escogieron en el curso de psicoterapia de pacientes con trastornos depresivos.

Se hicieron observaciones de manera sistemática, tomándose registro de las actitudes y síntomas característicos, seleccionando aquellos que mostraron ser específicos para cada paciente con depresión y que eran consistentes con las descripciones de la enfermedad depresiva, contenidas en la literatura psiquiátrica.

Las 21 categorías que se emplean en este inventario son las siguientes:

- 1)- Animo
- 2)- Pesimismo
- 3)- Sensación de fracaso
- 4)- Insatisfacción
- 5)- Sentimientos de culpabilidad
- 6)- Sensación de castigo
- 7)- Descontento
- 8)- Autoacusación
- 9)- Deseos autopunitivos
- 10)- Llanto
- 11)- Irritabilidad

- 12)- Aislamiento
- 13)- Indecisión
- 14)- Imagen corporal
- 15)- Inhibición laboral
- 16)- Transtorno del Sueño
- 17)- Fatigabilidad
- 18)- Pérdida del apetito
- 19)- Pérdida de peso
- 20)- Preocupación somática
- 21)- Pérdida de la libido.

Los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 últimos de síntomas vegetativo-somáticos.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático, pidiéndose al paciente que seleccione el que más se acerque a su condi-ción en el momento en que se realiza la evaluación. Los valores numéricos que fluctúan entre 0 y 5 son asignados a cada -enunciado y el puntaje total se obtiene de la suma de los 21 reactivos.

También se utilizó la Escala Breve de Apreciación - Psiquiátrica (B.P.R.S.) la cual consta de 18 apartados, -biendo el entrevistador evaluar la presencia y severidad de -

cada uno de los síntomas, en base a su juicio que se forma -
acerca de la condición del paciente durante la entrevista.

Los 18 apartados que constituyen la Escala son los -
siguientes:

- 1)- Preocupaciones somáticas
- 2)- Ansiedad Psíquica
- 3)- Aislamiento emocional
- 4)- Desorganización conceptual
- 5)- Autodepreciación y sentimientos de culpa
- 6)- Ansiedad somática
- 7)- Transtornos motores específicos
- 8)- Autoestima exagerada
- 9)- Animo deprimido
- 10)- Hostilidad
- 11)- Susplicacia
- 12)- Alucinaciones
- 13)- Retardo psicomotor
- 14)- Falta de cooperación
- 15)- Contenido extraño del pensamiento
- 16)- Afecto aplanado o inapropiado
- 17)- Agitación psicomotora
- 18)- Desorientación psicomotora

Esta escala es básicamente cuantitativa, ha sido cons

truida con el único propósito de medir la severidad de la sintomatología del cuadro clínico actual y no se la puede considerar como un instrumento diagnóstico.

En cada uno de los apartados se asume que cada grado de severidad incluye a los precedentes, esto es, el grado 3 incluye las aseveraciones que se hacen para los grados 2 y 1. El funcionamiento normal siempre se califica como 0.

Se realizó, igualmente, una entrevista clínica psiquiátrica, siguiendo los lineamientos diagnósticos del DSM III-R, para los criterios de Depresión Mayor, Trastorno Disfórico y Trastorno Depresivo no especificado. La descripción del diseño es detallado a continuación.

- 1.- Durante un período de tres meses se estudiaron a 20 madres que reunieron las características de población ya señaladas.
- 2.- Todas ellas acudieron por primera vez a solicitar atención psiquiátrica para sus hijos.
- 3.- Estos niños eran entrevistados por un paidopsiquiatra en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro", canalizándolos hacia la Clínica de Depresión, en donde se confirmaba el diagnóstico de Perturbación de las emociones, infelicidad-tristeza.
- 4.- Ese mismo día se realizaba una entrevista clínica con

las características ya señaladas anteriormente; luego se les entregaba el Inventario de Depresión de Beck - y se les aplicaba la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (B.P.R.S.). Esta secuencia se realizó de la misma manera para las 20 entrevistadas.

- 5.- De acuerdo a la valoración clínica, basada en los criterios diagnósticos del DSM-III R, al resultado del Inventario de Depresión de Beck y a la escala Breve de Apreciación Psiquiátrica, los casos detectados como poseedores de Transtorno Depresivo eran canalizados, a través de Trabajo Social, a la consulta externa del hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvaréz".

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De manera preliminar, luego de realizar la entrevista, se obtuvieron los datos demográficos, se realizaron los diagnósticos clínicos y se correlacionaron con el puntaje total del Inventario de Depresión de Beck, tomándose como punto de corte 14, en función de presencia/ausencia de enfermedad.

Este puntaje fue tomado de un estudio anterior realizado en una población hospitalaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" de la ciudad de México, llegando a presentar el Inventario, con este punto de corte, una Sensi

bilidad y Especificidad del .86.

Luego se obtuvieron las medidas de tendencia central: Media, mediana, moda, análisis de varianza, covarianza, desviación standar de los puntajes totales de los 20 sujetos entrevistados, tanto de la Escala del BPRS, como del Inventario de Beck.

Se obtuvo el promedio de edad, se desglosó el estado civil en porcentajes (casadas, separadas, viudas, unión libre). Se analizó la presencia de trastorno depresivo en cada uno de esos grupos por separado.

Se identificó a las entrevistadas en porcentajes de acuerdo a su nivel de instrucción.

Utilizando el punto de corte del inventario de Beck se obtuvieron dos grupos de población: quienes poseían un diagnóstico psiquiátrico, y quienes no contaban con el mismo. Del primer grupo mencionado se desglosó el número de casos en las diversas entidades de los Trastornos afectivos como ser Depresión Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno depresivo no Especificado.

Finalmente se determina el rango de los puntajes y la media de ambos instrumentos obtenida de las 20 entrevistas realizadas.

RESULTADOS. -

DATOS DEMOGRAFICOS. - Estos se obtuvieron de 20 entrevistas reportadas. El promedio de edad fué de 40.9 años, con un rango entre 25 y 64 años. El estado civil predominante en la muestra fué el de casadas, con un 55%, separadas 20%, viudas 20%, unión libre 5% (Cuadro # 1).

En cada uno de estos grupos se realizó un análisis por separado para encontrar el porcentaje de sujetos con trastorno Depresivo, hallando que el 63% de las casadas presentaban un cuadro distímico; el al igual que el 75% de las separadas y el 100% de las viudas.

En relación con la escolaridad, el 65% de las entrevistadas tenían educación primaria, 15% eran profesionalistas, el 10% había cursado la secundaria, el 1% tenía nivel de preparatoria, mismo porcentaje de aquellas encuestadas que solo leían. (Cuadro #2).

La ocupación más frecuentemente reportada era la de labores de casa, actividad a la que se dedicaban el 80% de la población entrevistada, mientras que el 20% restante se dividía, en proporciones similares, entre las funciones de costurera, maestra de primaria, encuadernadora y cocinera. (C.#3)

En cuanto al lugar de residencia, la mayor parte de -

las entrevistadas radicaban en la zona metropolitana (D.F. y Estado de México).

Con referencia al diagnóstico psiquiátrico, el 25% - de las entrevistadas no poseían ningún diagnóstico; el 15% - Transtorno Depresivo no especificado; el 20% Transtorno Distímico, y el 40% cubría, clínicamente, los rubros para Depre---sión Mayor.

COMENTARIO Y DISCUSION. -

Se estudiaron un total de 22 sujetos, ingresando solo 20 al presente trabajo, siendo estos quienes llenaron todos los criterios señalados, pues de una de las entrevistadas, la hija tenía el diagnóstico de Reacción de Ajuste con estado de ánimo deprimido, habiendo obtenido la madre un puntaje de 12 en el Inventario de Beck, no teniendo diagnóstico psiquiátrico.

El otro caso se excluyó porque no acudió la madre, -- presentandose solo el papá, quien era poseedor de un síndrome depresivo.

Una de las entrevistadas con diagnóstico de Depresión Mayor, mostraba una fuerte tendencia familiar a este tipo de trastorno, pues su hermano se encontraba, por este motivo, -- bajo tratamiento psiquiátrico; y su padre presentaba probable cuadro depresivo. Esta entrevistada fué canalizada al Instituto Mexicano de Psiquiatría para fines de investigación.

Los resultados de los datos demográficos de las pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo, nos muestra una población que presenta un rango entre 28 y 64 años, con una media de 41,8.

Todos los pacientes sabían escribir, y, en su gran ma

yoría, provenían del área Metropolitana. El ingreso económico per cápita fue similar en todas las entrevistadas.

La presencia de algún Trastorno Depresivo fué mucho mayor que en la población general, encontrando una representatividad más alta para el diagnóstico de Depresión Mayor, con una ocurrencia de 8 casos, equivalente al 53,3% del total de pacientes, Trastorno Distímico 4 casos, equivale al 26,6%, y Trastorno Depresivo no Especificado 3 casos, el 20%.

Todas las personas que tenían un diagnóstico de trastorno afectivo presentaban un rango de puntaje en el inventario de Depresión de Beck, de 16 y 44, con una media de 29,8 puntos. En la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica, este grupo presentó un rango entre 8 y 20, con una media de 10.8 puntos.

Las entrevistadas que no tenían ningún diagnóstico fluctuaban entre 4 y 30 puntos, con una media de 10,6.

En la escala del BPRS el rango estaba entre 1 y 11, con una media de 4,2. Cabe señalar que cuatro de las cinco entrevistadas de este último grupo tenían un puntaje igual o menor a 14, esto en el inventario de Beck, observándose solo una paciente cuyo puntaje llegaba a 30, quien se mostró sumamente defensiva y suspicaz, con evidentes rasgos paranoides de la personalidad.

La categoría más observada para el Beck fué la de 15, que corresponde a inhibición laboral, síntoma vegetativo somático mas expresado por las encuestadas.

Para la Escala Breve (BPRS) fue la 9, que corresponde al reactivo de ánimo deprimido.

Los resultados del presente trabajo muestran una concordancia con los señalamientos reportados en la literatura - psiquiátrica, que mencionan una alta prevalencia de transtornos afectivos en los familiares de sujetos con este tipo de - problemas. Los estudios sistemáticos en dicho sentido son recientes.

El interés en esta corriente de investigación deriva de numerosos estudios, como el de Berdslee, Bemporad y Hammen, que muestran una gran incidencia de Depresión Mayor en parientes de primer grado de los individuos afectados.

Probablemente los factores genéticos se hallan envueltos, pero también es importante identificar los medioambientales, las disfunciones en la interrelación padre - hijo, y los mecanismos de riesgo que podrían contribuir a esta vulnerabilidad familiar para depresión.

La evidencia para una relación entre la cualidad de -

la interacción padre - hijo y la depresión, provienen de varias fuentes: aportaciones retrospectivas de adultos con depresión; investigación del funcionamiento familiar de niños y adolescentes con trastornos afectivos, y de los estudios del funcionamiento de mujeres con depresión; trabajos realizados por Mc. Knew, Poznansky y Weissman.

Esto sugiere que se debe interrogar y examinar con detalle el estado de salud mental de los familiares de pacientes con trastornos afectivos. Por lo tanto, el tratamiento de los padres deprimidos puede tener un impacto muy favorable en la salud de los niños, pues se considera, luego de estas observaciones, que la depresión parental es un factor de riesgo para la salud de los hijos.

Debemos reconocer que las investigaciones llevadas a cabo hasta la actualidad en esta dirección, tienen problemas metodológicos, incluyendo criterios diagnósticos inconsistentes, control inadecuado de los grupos, realización de autorreportes, muestras reducidas, por lo que considero necesario abordar, de manera sistemática, este vasto terreno de posibilidades heurísticas, mejorando sus propios métodos de investigación.

Este trabajo se constituye en un esfuerzo pionero al plantear y realizar una actividad diferente de las llevadas -

a cabo hasta la actualidad, al tomar un grupo de niños con diagnóstico de Transtornos Afectivos, y emprender una investigación sobre el estado de salud mental de las madres.

Finalmente podemos señalar, a pesar de que el pequeño tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones definitivas, la ocurrencia de trastornos depresivos en las madres de estos niños con diagnóstico de Perturbación de las emociones, Infelicidad - Tristeza, es claramente más alta que en la población general.

CUADRO N° 1. ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ESTUDIADA

<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
CASADA	11	55
SEPARADA	4	20
VIUDA	4	20
UNION LIBRE	1	5
T O T A L	20	100

CUADRO N° 2. ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA

<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
SOLO LEE	1	5
PRIMARIA	13	65
SECUNDARIA	2	10
PREPARATORIA	1	5
PROFESIONISTA	3	15
T O T A L	20	100

CUADRO N° 3. OCUPACION DE LA POBLACION ESTUDIADA

<u>OCUPACION</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
LABORES DE CASA	16	80
COSTURERA	1	5
MAESTRA	1	5
ENCUADERNADORA	1	5
COCINERA	1	5
T O T A L	20	100

CUADRO N° 4. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
DE LA POBLACION ESTUDIADA

DIAGNOSTICO	n	%
DEPRESION MAYOR	8	40
TRANSTORNO DISTIMICO	4	20
TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	3	15
A/P SIN PATOLOGIA	5	25
T O T A L	20	100

CUADRO N° 5. PORCENTAJE Y TIPO DE
DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN LA
POBLACION CON TRANSTORNO AFECTIVO

DIAGNOSTICO	n	%
DEPRESION MAYOR	8	53,3
TRANSTORNO DISTIMICO	4	26,6
TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	3	20,1
T O T A L	15	100

CUADRO N° 6. POBLACION CON DIAGNOSTICO
PSIQUIATRICO

<u>ESCALA</u>	<u>RANGO</u>	<u>MEDIA (PTS).</u>
B.E.C.K.	16 - 44	29,8
B.P.R.S.	8 - 20	10,8

POBLACION SIN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

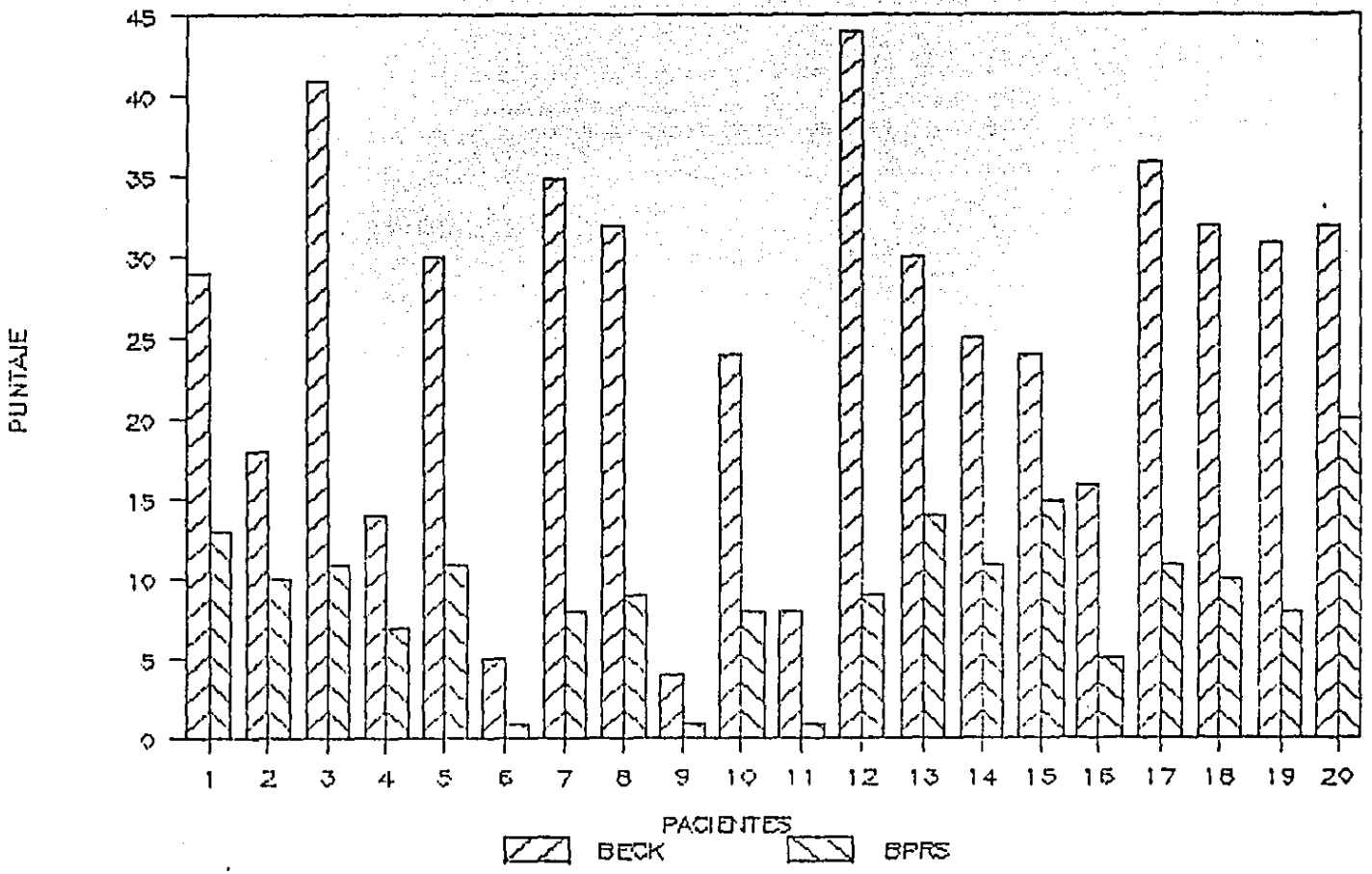
<u>ESCALA</u>	<u>RANGO</u>	<u>MEDIA (PTS).</u>
B.E.C.K.	4 - 30	10,6
B.P.R.S.	1 - 11	4,2

	No. del Pilar		Eva Rosa		Pa. Teresa		No. Piedad		Enriqueta		Luz No. Paz		Panama		Graciela		Elizabeth		Ofelia	
	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS
1.-	1	0	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	1	4	1	2	2
2.-	0	0	0	2	1	3	3	2	1	2	0	1	0	2	1	2	3	2	1	3
3.-	0	0	3	0	2	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	1	4	0	2	2
4.-	1	0	1	0	2	0	3	0	0	0	2	0	2	0	3	0	1	1	3	0
5.-	1	0	1	3	2	1	0	2	1	2	0	1	1	0	3	2	0	1	2	1
6.-	0	1	0	1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	2	2	0	0	1	2	2
7.-	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
8.-	1	0	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0	2	0
9.-	0	0	1	2	1	3	1	3	1	3	0	1	0	3	1	2	1	2	0	3
10.-	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	2	0	1	2
11.-	3	0	3	0	1	0	0	0	0	1	2	0	3	0	1	1	1	0	1	2
12.-	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
13.-	0	0	2	0	1	1	1	1	1	2	1	0	2	2	1	0	1	1	2	1
14.-	1	0	2	0	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0	2	0	2	0	2	0
15.-	0	0	3	0	3	0	4	0	2	0	0	0	3	0	1	0	1	0	2	0
16.-	0	0	4	0	2	0	1	0	3	0	2	0	2	0	1	0	1	0	2	0
17.-	0	0	2	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	3	0	1	0
18.-	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0
19.-	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	3	1	1	0	0	1	1	1	0
20.-	0	1	0	0	0	2	0	0	2	1	1	1	1	2	0	0	0	1	1	0
21.-	0	3	3	0	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	0	3	2	2	0
Media	0.38993	0.05253	2.0523	0.5	1.0257	0.77777	1.19017	0.61111	1.14783	0.83333	0.74190	0.27777	1.71429	0.61111	1.32182	0.52555	1.47619	0.44444	1.32182	1.11111
Moda	0	0	3	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Mediana	4.3	1	22.5	5	15.5	7.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Varianza	0.32154	0.02118	1.32426	0.10553	0.62505	1.61729	1.48752	0.90432	0.78911	1.02777	0.65759	0.20061	1.34593	1.01543	0.43993	0.59921	2.05993	0.44913	0.63039	1.43257
Covarianza	0.27200	0.40273	1.75367	0.44091	0.37168	7.11560	2.21274	0.81779	0.42370	1.05437	0.43243	0.04024	1.81421	1.03110	0.17352	0.33659	1.25930	0.72698	0.37738	2.95070
Desv. Standar	0.72217	0.22904	1.15974	0.99732	0.71110	1.27172	1.21964	0.95015	0.86832	1.01379	0.81092	0.44790	1.14227	1.00768	0.66325	0.76173	1.43160	0.66993	0.79396	1.16670
Porcentaje Total	0	1	64	9	30	34	25	11	21	15	16	3	34	11	32	10	7	0	32	20

	Juana		No. Cpr.		Salvia		Enriqueita		No. Ruiz		Magdalena		Cristina		Jesulina		Francisca		Rosa	
	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS	DECK	SPRS
1.-	2	0	1	1	3	1	2	0	1	1	0	2	1	3	2	0	0	2	1	
2.-	1	2	0	2	1	2	0	2	2	1	1	0	1	4	1	0	0	1	1	
3.-	2	2	1	1	2	0	1	0	3	1	2	0	3	0	3	1	0	0	0	
4.-	2	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	3	0	4	0	0	1	1	
5.-	2	3	1	2	3	3	1	1	1	2	0	1	3	2	0	1	0	2	0	
6.-	1	1	1	0	2	1	0	1	1	1	0	0	2	1	2	0	0	1	1	
7.-	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	
8.-	1	0	1	0	4	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	
9.-	3	3	1	1	3	3	0	2	0	2	0	0	0	2	1	0	1	0	1	
10.-	2	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	
11.-	1	0	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	
12.-	2	3	1	0	2	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
13.-	1	1	1	1	1	1	1	0	3	1	0	0	2	1	1	1	0	2	1	
14.-	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	2	0	1	0	0	2	0	
15.-	2	0	1	0	3	0	2	0	3	0	0	0	3	0	2	0	0	2	0	
16.-	0	0	1	0	2	0	0	0	3	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	
17.-	1	0	1	0	2	0	1	0	2	0	0	0	2	0	2	0	1	0	0	
18.-	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	
19.-	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	
20.-	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	1	1	1	
21.-	2	1	1	3	3	1	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	
Media	1.3895	0.7222	0.8371	0.3555	1.7528	0.6111	0.6466	0.3898	1.4785	0.6111	0.2389	0.0525	1.6466	0.4444	1.3232	0.5	0.1704	0.0553	1.1125	0.4444
Moda	0	0	3	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	1	0	2	0	2	0
Mediana	15	7	9.5	3.5	21	4	7.5	4	15.5	6	3	1	18	6.5	16.5	5	2.5	1	17.5	4.5
Varianza	0.3213	1.0095	0.1224	0.1671	0.7129	1.0153	0.4124	0.4597	0.9115	0.4597	0.2764	0.0326	0.7935	0.4613	1.3122	0.1222	0.1541	0.0274	0.5016	0.3491
Covarianza	0.7220	1.1870	0.6119	0.2200	0.5049	1.0310	0.1703	0.2114	0.8301	0.2114	0.0763	0.0075	0.6796	0.2208	1.9387	0.2229	0.0257	0.0075	0.2541	0.0401
Desv. Standar	0.7221	1.0437	0.3492	0.6049	0.8481	1.0076	0.6424	0.6781	0.9545	0.6781	0.5256	0.2270	0.8907	0.6819	1.1795	0.6810	0.3927	0.2194	0.7090	0.4760
Porcentaje Total	29	13	10	10	61	11	14	7	30	11	5	1	33	6	32	9	4	1	21	8

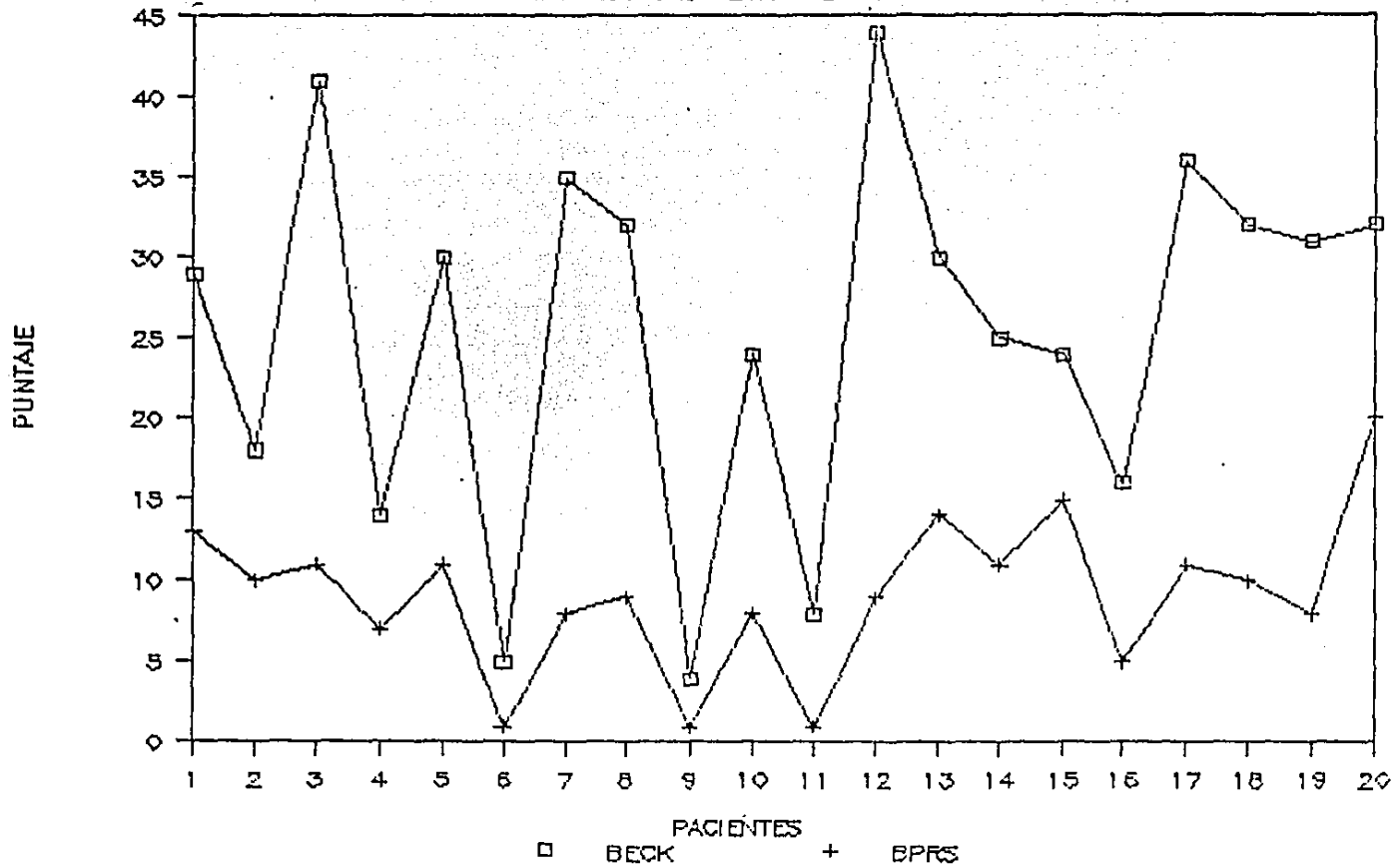
GRAFICA DE PUNTAJE TOTAL

ESCALAS BECK - BPRS

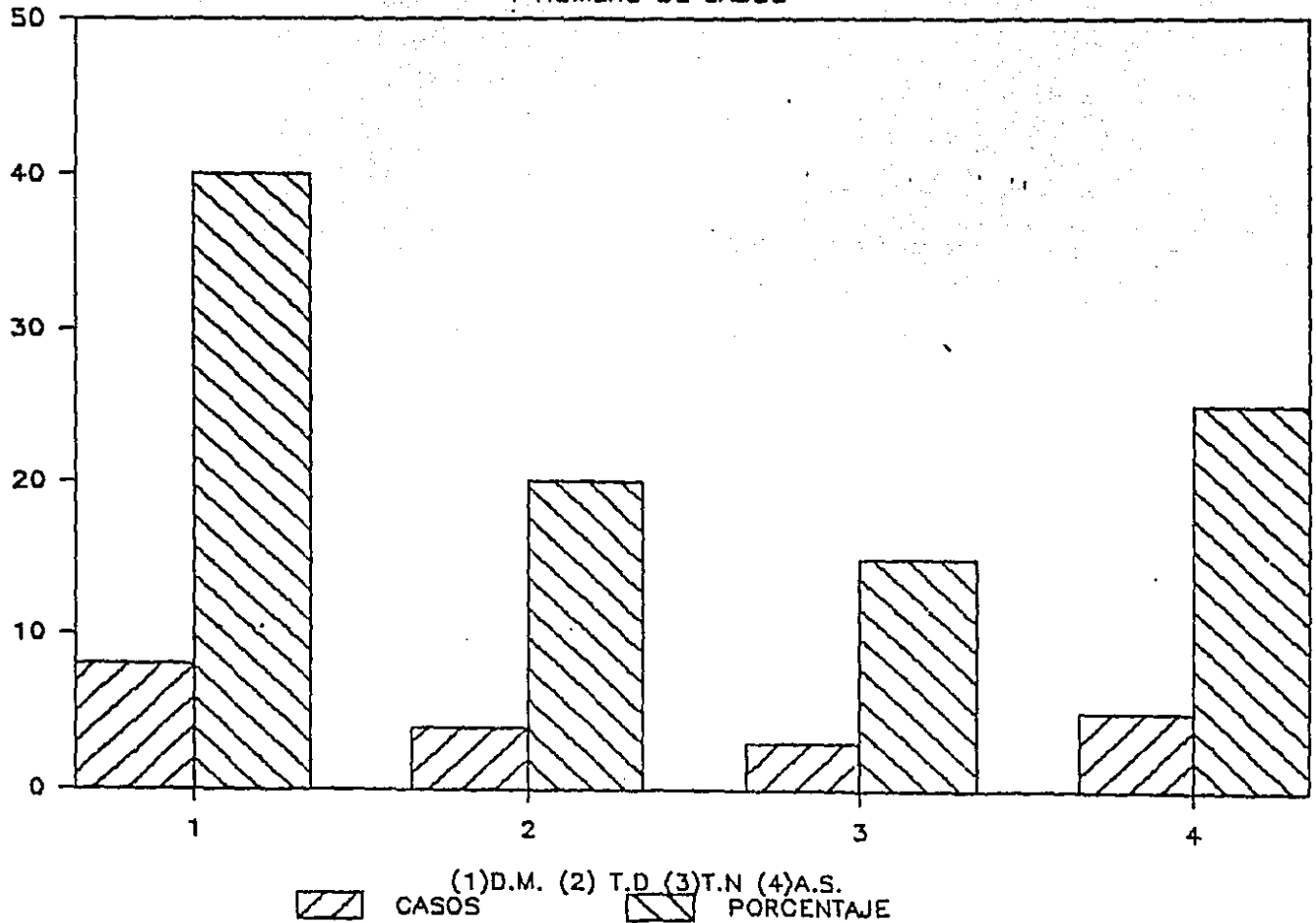


GRAFICA DE PUNTAJE TOTAL

ESCALAS BECK - BPRS



GRAFICA DE PORCENTAJE/DIAGNOSTICO Y NUMERO DE CASOS



PUNTAJE TOTAL

	BECK	SPRS	
1.-	29	13	DEPRESION MAYOR
2.-	18	10	DEPRESION MAYOR (R)
3.-	41	11	DEPRESION MAYOR
4.-	14	7	AP/SIN PATOLOGIA
5.-	30	11	AP/SIN PATOLOGIA
6.-	5	1	AP/SIN PATOLOGIA
7.-	35	8	TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO
8.-	32	9	TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO
9.-	4	1	AP/SIN PATOLOGIA
10.-	24	8	TRANSTORNO DISTIMICO
11.-	8	1	AP/SIN PATOLOGIA
12.-	44	7	DEPRESION MAYOR
13.-	30	14	DEPRESION MAYOR (F)
14.-	25	11	TRANSTORNO DISTIMICO
15.-	24	15	TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO (R)
16.-	16	5	TRANSTORNO DISTIMICO (R)
17.-	36	11	DEPRESION MAYOR
18.-	32	10	TRANSTORNO DISTIMICO
19.-	31	8	DEPRESION MAYOR
20.-	32	20	DEPRESION MAYOR

Media	24.2857	9.15	
Moda	32	8	
Mediana	255.5	92	
Varianza	146.870	21.5275	
Covarianza	21571.0	463.433	
Desv. Standar	12.1190	4.63977	

Puntaje Total	510	183	

	Cases	2	
DEPRESION MAYOR	8	40	
TRANSTORNO DISTIMICO	4	20	
TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	3	15	
AP/SIN PATOLOGIA	5	25	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Beck, AT., Ward, Ch., Mendelson, N., et al.
An inventory for measuring depression.
Arch Gen Psychiatry 1979, 4: 53-63.
- 2.- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., et al.
Observations of interactions of depressed women
with their children.
Am. J. Psychiatry 1989, 146: 50-55.
- 3.- Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., et al.
Maternal affective disorders, illness, and stress:
risk for children's psychopathology.
Am. J. Psychiatry 1987, 144: 736-741.
- 4.- Jiménez, E.
Depresion en la Historia.
Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica 1986, 1:8-15.
- 5.- Kandel, D., Davies, M.
Epidemiology of depressive mood in adolescents.
Arch Gen Psychiatry 1982, 39: 1205-1212.

6.- Klerman, G.

Overview of affective disorders.

in: H. Kaplan, Edit.

Comprehensive text book of Psychiatry.

Williams and Wilkins, New York, 1980, 3365 p.

7.- Weissman, M., Wickramaratne, P., Merikangas, K., et al.

Onset of major depression in early adulthood.

Arch Gen Psychiatry 1984, 41: 1136-1143.

8.- Weissman, M., Gammon, D., John, K., et al.

Children of depressed parents.

Arch Gen Psychiatry 1987, 44: 847-853.

9.- Wolpert, E.

Major affective disorders.

In: H. Kaplan, Edit.

Comprehensive text book of Psychiatry.

Williams and Wilkins, New York, 1980, 3365 p.

ESCALA DE VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

Enfermo Fecha

Para cada número seleccione la frase que identifica la respuesta que mejor caracteriza al paciente

- 1
 - No me siento triste.
 - Me siento triste a la primada.
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
 - Ya no puedo soportar esta pena.
- 2
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
 - No espero nada bueno de la vida.
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
 - No espero nada. Esto no tiene remedio.
- 3
 - No me considero fracasado.
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
 - Veo mi vida llena de fracasos.
 - He fracasado totalmente como persona (padre, marido, hijo, esposo, profesional, etc.).
- 4
 - No estoy especialmente inatisfecho.
 - Me encuentro aburrido casi siempre.
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía.
 - Ya nada me llena.
 - Estoy harto de todo.
- 5
 - No me siento culpable.
 - A veces me siento despreciable y mala persona.
 - Me siento bastante culpable.
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
 - Me siento muy infame (perverso, canalla y despreciable).
- 6
 - No pienso que me estoy castigando.
 - Prezento que algo malo me puede suceder.
 - Siento que me están castigando o me castigarán.
 - Siento que merezco ser castigado.
 - Quiero que me castiguen.
- 7
 - No estoy desengañado de mí mismo.
 - Estoy desengañado de mí mismo.
 - No me aprecio.
 - Estoy asqueado de mí.
 - Me odio (me desprecio).
- 8
 - No creo ser peor que otros.
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades o errores.
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal.
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
- 9
 - No tengo pensamientos de hacermé daño.
 - Tengo pensamientos de hacermé daño, pero no llegaré a hacerlo.
 - Tengo planes decididos de suicidarme.
 - Siento que mi familia se está preocupando por mí.
 - Siento que estoy cometiendo errores.
 - Me mataría si pudiera.
- 10
 - No siento más de lo habitual.
 - Ahora llevo más de lo habitual.
 - Ahora llevo como siempre. No puedo contar.
 - Antes podía contar ahora como si me estuvieran castigando.

- 11 No estoy más irritable que normalmente.
Me irrito con más facilidad que habitualmente.
Me siento irritado todo el tiempo.
Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.
- 12 No he perdido mi interés por los demás.
Me intereso por la gente menos que antes.
He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos.
He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.
- 13 Tomo mis decisiones como siempre.
Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro aplazar el tomar decisiones.
Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
- 14 No me siento con peor aspecto que antes.
Estoy peor en todo porque me veo más flaco y desmejorado.
Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen desagrado (o menos atractivo).
Me siento feo y requiltsado.
- 15 Puedo trabajar tan bien como antes.
Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
No trabajo tan bien como lo hacía antes.
Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.
No puedo trabajar en nada.
- 16 Duermo tan bien como antes.
Me despierto más cansado por la mañana.
Me despierto 1 o 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto temprano todos los días y no durmo más de 5 horas.
- 17 No me canso más de lo normal.
Me canso más fácilmente que antes.
Cualquier cosa que haga me fatiga.
Me canso tanto que no puedo hacer nada.
- 18 Mi apetito no es menor que antes.
Mi apetito no es tan bueno como antes.
Mi apetito es ahora mucho menor.
He perdido totalmente mi apetito.
- 19 No he perdido peso últimamente.
He perdido más de 2,5 kg.
He perdido más de 5 kg.
He perdido más de 7,5 kg.
- 20 No me preocupa mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por dolores y trastornos.
Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y cómo me encuentro.
- 21 No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Apenas me siento atraído sexualmente.
He perdido todo mi interés por el sexo.

ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA (B.P.R.S.)

Instructivo para calificar y glosario de definiciones

Introducción

La escala consta de 18 apartados. Cuando el entrevistador evalúa la presencia y severidad de cada uno de los síntomas debe hacerlo en base al juicio que se forma acerca de la condición del paciente durante la entrevista. Sin embargo, los siguientes seis ítems deben evaluarse en base a la condición del paciente durante los últimos 3 días: 2 (ansiedad psíquica), 10 (hostilidad), 11 (susplicacia), 12 (conducta alucinatoria), 15 (contenido extraño del pensamiento) y 16 (afecto aplanado o inapropiado). Cuando existan dudas, el entrevistador debe solicitar información del personal de enfermería o de los familiares.

La duración de la entrevista debe ser menor de 30 minutos. En principio, la técnica de la entrevista no difiere de la entrevista clínica tradicional. En todo lo posible debe, evitarse ejercer presión sobre el paciente y permitirle explicar su situación en sus propias palabras. El entrevistador debe permanecer tranquilo ante las intervenciones espontáneas del paciente ya que éstas representan una parte integral de la observación.

Las evaluaciones deben realizarse siempre a la misma hora; por ejemplo, entre 8:00 y 9:00 hrs., para evitar la influencia de las variaciones diurnas. La escala es básicamente cuantitativa, ha sido construida con el único propósito de medir la severidad de la sintomatología

del cuadro clínico actual y no se le puede considerar como un instrumento diagnóstico. Cuando la escala se aplica de manera repetida (por ejemplo: evaluaciones semanales), cada evaluación debe ser independiente. Por tanto, el evaluador debe evitar el revisar, o tratar de recordar, aplicaciones anteriores; tampoco debe preguntar por los cambios que han tenido lugar "desde la última entrevista"; por el contrario, debe juzgar la condición del paciente durante los últimos 3 días.

En cada uno de los apartados se asume que cada grado de severidad incluye los precedentes; esto es, el grado 3 incluye las aseveraciones que se hacen para los grados 2 y 1. El funcionamiento normal siempre se califica como 0.

El siguiente glosario presenta los lineamientos para la calificación.

1. Preocupaciones somáticas:

Este apartado incluye hipocondriasis. Los grados 1 y 2 se refieren a una hipocondriasis no delirante en tanto que los grados 3 y 4 a una de tipo delirante.

0: Atención normal hacia la salud corporal.

1: Grado leve, o dudoso, de preocupación por la salud física.

2: El paciente expresa ideas de enfermedad orgánica (vg. cáncer o cardiopatía) pero sin interpretaciones delirantes.

3: Las quejas son bizarras (vg. rotación de órganos internos) pero, por momentos, se puede convencer al paciente de que no es así.

4: El paciente está convencido de que, por ejemplo, le faltan órganos internos o de que están rotados; o bien, de que insectos lo están comiendo el cerebro. En ningún momento puede convencerse al paciente de que esto es irreal.

2. Ansiedad psíquica:

Este apartado incluye tensión, irritabilidad, preocupación, inseguridad, miedo y aprensión que llegan hasta un terror abrumador. Frecuentemente puede ser difícil distinguir entre la experiencia de ansiedad del paciente (fenómenos psíquicos o centrales de la ansiedad) y las manifestaciones fisiológicas observables de la misma (vg. temblor en las manos, sudoración). Aquí lo más importante es el reporte del paciente acerca de preocupación, inseguridad, incertidumbre, temor; esto es, la ansiedad psíquica (o central).

0: El paciente no está más inseguro ni más irritable que lo usual.

1: Es dudoso si el paciente está más inseguro o irritable que lo usual.

2: El paciente expresa más claramente presentar un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad el cual encuentra difícil de controlar. Sin embargo, esto no influye en su vida diaria ya que le preocupan, solamente, asuntos menores.

3: La ansiedad o inseguridad es, a veces, más difícil de controlar ya que se preocupa acerca de lesiones o daños que puedan ocurrir en el futuro. La ansiedad puede ser experimentada como pánico o terror abrumador. Estas experiencias ocasionalmente interfieren con su vida diaria.

4: El sentimiento de temor es tan frecuente que interfiere, marcadamente, con la vida diaria del paciente.

3. Aislamiento emocional:

Este apartado comprende la experiencia introspectiva de contacto emocional con el paciente durante la entrevista. Está en contraste con el apartado 16 (afecto aplanado o inapropiado) que incluye el grado de contacto emocional con otras personas, evaluado retrospectivamente durante los 3 días previos.

0: Contacto emocional normal.

1: Leve, o dudosa, distancia emocional.

2: Reducción en las reacciones emocionales, por ejemplo: contacto visual dudoso.

3: Reacciones emocionales más limitadas, vg. contacto visual inadecuado ocasionalmente.

4: Reducción muy pronunciada, o total, del contacto emocional; vg. evita el contacto visual.

4. Desorganización conceptual (Incoherencia):

Trastornos en el proceso de pensamiento; desde cierta vaguedad en las expresiones verbales hasta un discurso completamente desorganizado.

0: Ausencia de desorganización conceptual.

1: El pensamiento está caracterizado por cierta vaguedad pero el discurso es, gramaticalmente, el usual.

- 2: Trastorno moderado del pensamiento: las palabras pueden estar unidas de una manera gramaticalmente poco usual o "privada"; o bien, la información comunicativa parece "vacía".
- 3: Marcada desorganización conceptual. Ocasionalmente es difícil entender al paciente, pueden aparecer bloqueos y neologismos.
- 4: Desorganización conceptual extremadamente severa. Sólomente se pueden entender algunos fragmentos aislados del discurso del paciente.

5. Autodepreciación y sentimientos de culpa:

Este apartado cubre la baja autoestima y sentimientos de culpa.

0: No existen sentimientos de culpa o minusvalía.

1: Es dudoso si existen sentimientos de culpa pues el paciente se preocupa por el hecho de que, durante la enfermedad actual, ha dañado a su familia o colegas, debido a la reducción en su capacidad laboral.

2: Los sentimientos de culpa o autodepreciación son más claros, el paciente se preocupa por incidentes del pasado previo al episodio actual de enfermedad. Por ejemplo: el paciente se autorprocha de pequeñas fallas u omisiones; o bien, por haber lastimado a otros o por no haber cumplido con sus obligaciones.

3: El paciente sufre de sentimientos de culpa más severos. Puede expresar que su estado actual es una especie de castigo. Debe calificarse 3 si el paciente puede darse cuenta de que estos sentimientos son infundados.

4: Los sentimientos de culpa se mantienen firmemente y resisten cualquier argumentación de tal manera que pueden convertirse en ideas delirantes.

6. Ansiedad somática:

Este apartado involucra a los concomitantes fisiológicos de la ansiedad que pueden haberse hecho manifiestos durante la entrevista. Los sentimientos de ansiedad deben calificarse en el apartado 2 y no en éste.

0: Cuando el paciente no muestra datos de experimentar concomitantes somáticos de ansiedad fuera de lo usual.

1: Cuando el paciente experimenta ocasionalmente manifestaciones leves como malestar abdominal, sudoración o temblor; sin embargo, la descripción es vaga o dudosa.

2: Cuando el paciente experimenta, de tiempo en tiempo, síntomas abdominales, sudoración, temblor, etc. La descripción de los signos y síntomas es clara, pero no marcada ni incapacitante.

3: Los concomitantes fisiológicos de los estados de ansiedad son marcados y en ocasiones muy preocupantes.

4: Los concomitantes fisiológicos de los sentimientos de ansiedad son numerosos, persistentes y casi siempre incapacitantes.

7. Trastornos motores específicos:

Están representados aquí diversos grados de conducta motora bizarra, que van desde cierta excentricidad en la postura hasta la agi

7. Trastornos motores específicos:

tación catatónica severa.

0: No están presentes.

1: Leve o dudosamente presentes durante la entrevista.

2: Moderada. Presentes durante casi toda la entrevista.

3: Severa. Anormalidades motoras continuas. Pueden ser interrumpidas.

4: Extremadamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontrolables que dificultan la entrevista.

8. Autoestima exagerada:

Este apartado incluye los grados de autoestima exagerada que van desde una marcada autocomplacencia, o presunción, hasta ideas delirantes grotescas de grandeza.

0: Autoestima normal.

1: Incremento leve, o dudoso, de la autoestima; vg.: ocasionalmente sobreestima sus propias capacidades habituales.

2: Incremento moderado de la autoestima; vg.: sobre-estima constantemente sus propias capacidades habituales o sugiere que posee capacidades, o habilidades, poco usuales.

3: Ideas marcadamente irreales; vg.: que tiene capacidades, poderes o conocimientos extraordinarios, pero puede ser corregido por un período leve de tiempo.

4: Ideas de grandiosidad que no pueden corregirse.

9. Animo deprimido:

Este apartado cubre tanto la comunicación verbal como la no-verbal de tristeza, depresión, desesperanza, desaliento o desamparo.

0: Animo neutral:

1: El paciente indica vagamente que está más desalentado y deprimido que lo usual.

2: Cuando el paciente está más claramente preocupado por experiencias displacenteras aunque todavía no muestra sentimientos de desamparo y desesperanza.

3: El paciente muestra claramente signos no-verbales de depresión y/o, en ocasiones, está abrumado por sentimientos de desesperanza y desamparo.

4: El paciente hace énfasis en sentimientos de desaliento y desesperanza, o los signos no verbales predominan en la entrevista; en la cual, el paciente no puede ser distraído de sus sentimientos displacenteros.

10. Hostilidad:

Comprende el reporte verbal del paciente acerca de sentimientos o acciones en contra de la gente fuera de la entrevista. Este apartado es un juicio retrospectivo de los 3 días previos. Debe distinguirse del apartado 14 (falta de cooperación) que incluye el contacto formal durante la entrevista.

- 0: No existen signos de Impaciencia, Irritabilidad, crítica u hostilidad.
- 1: El paciente se ha mostrado algo Impaciente o Imitable, pero puede mantener el control.
- 2: Ha estado moderadamente Impaciente o Imitable, pero tolera provocaciones.
- 3: Se ha mostrado verbalmente hostil, ha proferido amenazas y ha estado cerca de la destructividad física, pero todavía se le puede tranquilizar.
- 4: Extremadamente hostil con violencia física abierta, destructividad física.

11. Suspicacia:

Incluye suspicacia, falta de confianza o interpretaciones inadecuadas que van, desde una marcada desconfianza en los demás hasta ideas delirantes floridas de persecución.

0: Ausencia.

- 1: Ideas de referencia vagas. Tiende a sospechar que las gentes hablan o se refieren de él. Siente que "algo está pasando". Responde a la argumentación, por tanto, es dudoso si existen ideas de referencia o delirios.
- 2: Ideas de referencia con delirios no sistematizados de persecución. "Alguien debe tenerle mala voluntad". Se le intimida a través de la TV y el periódico. Permanece siendo una experiencia "como, sí".
- 3: Ideas delirantes algo sistematizadas, corrección difícil.
- 4: Ideas delirantes de persecución floridas, sistematizadas. Es imposible corregirlas.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

12. Alucinaciones:

Representa percepciones sensoriales sin estímulo externo correspondiente.

Las experiencias alucinatorias deben haber ocurrido durante los últimos 3 días y, con la excepción de alucinaciones hipnagógicas, no están presentes durante estados de obnubilación de la conciencia (escuchar ruidos, ver luces).

0: Ausentes.

1: Grado leve o dudoso. Experiencias alucinatorias elementales (escuchar ruidos o ver luces) o alucinaciones hipnagógicas.

2: Alucinaciones bien desarrolladas pero ocasionales (escuchar voces, ver figuras) y que no afectan la conducta.

3: Alucinaciones ocasionales que influyen en la conducta.

4: Mas o menos constantemente absorto en experiencias alucinatorias.

13. Retardo psicomotor:

Comprende una reducción en el nivel de la actividad psicomotora que incluye velocidad de asociaciones y capacidad para verbalizar pensamientos. Los síntomas de retardo motor cubren postura, gesticulación y expresión facial.

0: Actividad verbal normal, actividad motora normal y expresión facial adecuada.

1: Reducción leve, o dudosa, en la velocidad del discurso y en la expresión facial.

2: Reducción clara en la velocidad del discurso, con interrupciones.

La marcha es lenta y los gestos están reducidos.

3: Claramente se prolonga la entrevista debido a una larga latencia entre la pregunta y la respuesta, éstas son breves. Todos los movimientos son lentos.

4: La entrevista no puede terminarse; el retardo se acerca (o incluye) al estupor.

14. Falta de cooperación:

Representa la actitud del paciente hacia la entrevistada y el entrevistador así como sus respuestas. Está en contraste con el apartado 10 (hostilidad) que cubre la falta de cooperación con otras personas durante los últimos 3 días.

0: Actitud cooperadora normal.

1: Reservado y excesivamente formal en la entrevista. Las respuestas son algo breves.

2: Resistencia moderada; Contesta evasivamente u objeta algunas preguntas. Actitud hostil marcada hacia el entrevistador.

3: Resistencia pronunciada. Contestaciones irrelevantes o se niega a contestar. Actitud hostil abierta. No es posible realizar toda la entrevista.

4: Entrevista imposible. El paciente se niega a permanecer en la entrevista.

15. Contenido extraño del pensamiento.

Este apartado concierne al contenido de las verbalizaciones del paciente y no a la organización del lenguaje que se califica en el apartado 4 (desorganización conceptual).

Este apartado se refiere a la cualidad del contenido extraño del pensamiento que va, desde ideas sobrevaluadas hasta varios niveles de ideas delirantes. Nótese que las ideas de grandeza se califican en el apartado 8 (autoestima exagerada), que las ideas de culpa se califican en el apartado 5 (sentimientos de culpa) y que los delirios de persecución se evalúan en el apartado 11 (susplicia). Las ideas delirantes que tienen interés en este apartado son las de control, influencia, celos morbosos, sexuales, religiosas o expansivas. Califique sólo el grado de "rareza" del contenido expresado, la importancia que tienen en la mente del paciente o su influencia en la conducta.

0: Ausentes.

1: Grado leve (vg.: ideas sobrevaluadas).

2: Grado moderado (vg.: cierta calidad delirante pero permanecen siendo una experiencia "como - si").

3: La mayor parte del contenido tiene carácter delirante y, ocasionalmente, influye en la conducta.

4: El contenido del pensamiento es totalmente delirante y determina la conducta.

16. Afecto aplanado o inapropiado:

Representa una disminución en la motivación o en la capacidad para sentir o expresar emociones tales como duelo, alegría o ira. Las emociones expresadas, de manera verbal o no-verbal, son aparentemente inapropiadas para la situación o el contenido del pensamiento. Por tanto, este apartado cubre el aislamiento emocional de otras personas durante los 3 días previos.

Debe distinguirse del apartado 3 (aislamiento emocional) que se refiere a la experiencia introspectiva de contacto emocional durante la entrevista.

0: Reacciones emocionales e involucramiento apropiado.

1: Reacciones emocionales escasas o dudosamente inapropiadas.

Por ejemplo, menor deseo o capacidad para estar junto con amigos nuevos o lejanos.

2: Aparente afecto aplanado: No existe la necesidad, o capacidad, de establecer contacto cercano con gente que el paciente encuentra fuera de su hogar (compañeros de trabajo, personal o compañeros del servicio si está hospitalizado).

3: Indiferencia emocional y apatía aun hacia amigos cercanos o familiares.

4: Ausencia de emociones o los afectos expresados son groseramente inapropiados a la situación o contenido del pensamiento. Aislamiento emocional total sin ningún sentimiento de contacto humano.

17. Agitación psicomotora:

Representa una elevación del nivel de actividad psicomotora.

0: Actividad motora normal. Expresión facial y actividad verbal adecuadas.

1: Incremento leve o dudoso de la actividad motora; vg.: expresión facial vivaz o algo verborrérico.

2: Incremento moderado de la actividad motora; vg.: gestos vívaces o discurso rápido y fuerte.

3: Indudable aumento de la actividad motora, se mueve la mayor parte del tiempo. Se levanta una o varias veces durante la entrevista. Fuga de ideas. Dificultad para entenderlo.

4: Constantemente activo, energía vigorosa. Discurso desintegrado. Es imposible una comunicación significativa.

18. Desorientación y confusión:

Representa grados de obnubilación de la conciencia con reducción, o pérdida, de la orientación en tiempo y/o lugar y/o persona.

0: El paciente está completamente orientado en tiempo, lugar y persona.

1: El paciente tiene algunas dificultades ocasionales pero puede espontáneamente corregir su orientación en tiempo, lugar y persona.

2: El paciente presenta errores que no corrige espontáneamente; vg., no sabe el nombre del día o la fecha aunque todavía sabe correctamente el mes y el año, y/o tiene dificultades espaciales

aunque sabe que se encuentra en el hospital o su casa, y/o tiene dificultades para recordar nombres aunque todavía sabe el suyo.

3: El paciente está marcadamente desorientado. Por ejemplo: No sabe correctamente el mes ni el año aunque todavía sabe la estación del año en que se encuentra, y/o tiene dificultades para encontrar el baño o su cama sin ayuda, y/o recuerda su nombre sólo cuando se le ayuda.

4: Está completamente desorientado en tiempo y/o lugar y/o persona.