

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



LA MELANCOLIA INVOLUTIVA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

DELIA GUADALUPE DE LA CERDA ALDAPE
MARIA ISABEL GARCIA ORTEGA
MARIA TERESA GARCIA SANCHEZ



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.

MAN
1976
62
2.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



LA MELANCOLIA INVOLUTIVA

M- 161707

tps. 376

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

DELIA GUADALUPE DE LA CERDA ALPARE
MARIA ISABEL GARCIA ORTEGA
MARIA TERESA GARCIA SANCHEZ

Al Dr. Félix Velasco Alva
por su valiosa asesoría
en la realización de
esta tesis.

01269

I N D I C E



INTRODUCCION.	I.
CAPITULO I. "LA MELANCOLIA INVOLUTIVA".	
LA DEPRESION.	
Antecedentes Históricos...	1
MELANCOLIA INVOLUTIVA.	
Antecedentes Históricos...	3
Definición...	10
CAPITULO II. "TRATAMIENTO PARA LA MELANCOLIA INVOLUTIVA".	
A. Farmacoterapia...	13
B. T. E. C. ...	23
C. Psicoterapia...	26
CAPITULO III. "METODOS PARA VALORAR LA DEPRESION".	
Entrevista Psiquiátrica...	32
Psicometría...	33
M. M. P. I. ...	37
CAPITULO IV. "LA INVESTIGACION".	
Planteamiento del Problema...	41
Hipótesis de Trabajo...	43
Metodología...	44
Material y Métodos...	44
Procedimientos...	44
Resultados...	50
CONCLUSIONES.	
COMENTARIOS.	

I N T R O D U C C I O N

La psicología clínica advierte la urgente necesidad de contar con una nosología de desórdenes psiquiátricos más precisa, para el establecimiento de diagnósticos clínicos. Nos referimos específicamente a que los organismos responsabilizados de esa tarea, revisan con mayor esmero aquellas entidades nosológicas que aparecen con mayor frecuencia, pero dejan de lado otras enfermedades mentales, que tienen una incidencia menor en los servicios psiquiátricos. Ejemplo de lo anterior, es el objeto de estudio de la presente tesis, la Melancolía Involuntiva, que durante más de treinta años ha sido parcialmente ignorada por la investigación y que, desde 1968, ha permanecido en el abandono sin ser revisada y, únicamente tratada como objeto de discordia por otras entidades que se disputan su tuteía.

Es nuestro interés mostrar qué ha sucedido con este padecimiento a lo largo de la historia (Capítulo I); cómo han sido tratados los pacientes con esta enfermedad (Capítulo II); encontrar un método confiable para el establecimiento del diagnóstico y cuál es el pronóstico (Capítulo III); y, finalmente, hacer una revisión del manejo actual de esta enfermedad en un hospital psiquiátrico de la ciudad de México (Capítulo IV).

CAPITULO I

"LA MELANCOLIA INVOLUTIVA"

"LA DEPRESION"

Antecedentes históricos:

Dada la variedad de definiciones del síndrome "melancolía involuntiva", es necesaria una revisión histórica del concepto "depresión", a partir de los primeros intentos serios por definirlo.

Con Hipócrates (S. V A.C.), aparecen las primeras descripciones de los estados depresivos o melancólicos, como un síndrome clínico, consistente en la secreción de "bilis negra" ('atrabilis'), uno de los cuatro humores corporales propuestos por él mismo en su concepción naturalista de las enfermedades mentales. Este síndrome corresponde a la entidad nosológica que actualmente conocemos como "Psicosis maníaco-depresiva" en fase depresiva (1).

En la época de los romanos, Arateus de Capadocia (S. I D.C.), señaló que la melancolía parecía ser una modalidad de la manía que no afectaba las facultades mentales. Tanto en la época anterior como en los siglos posteriores se consideró al amor como la causa psicógena más importante de la depresión (2).

(1) Hill, D.: "La Depresión en la Historia". MEDCOM, INC. para Lakeside Lab., Inc. 280 Park Ave., N. Y. 10017, p. 7.

(2) Caso, A.: "Las Depresiones y su tratamiento". Gaceta Médica de México, Vol. 101, No. 1, pp. 5-6, Enero 1971.

En la Edad Media la melancolfa podía tener sólo dos explicaciones: que aparecía por causas naturales o que se debía a posesiones demoníacas. Constantino Africano, redescubre los estados depresivos y define la melancolfa como "miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad", aunque dichas afecciones eran de buen pronóstico (3). Santo Tomás de Aquino explicó por su parte que las enfermedades mentales no podían ser entendidas si no se basaban en posesiones demoníacas o en influencias astrales.

Estos puntos de vista cambiaron con la publicación de Robert Burton (1630) denominada "Anatomía de la Melancolfa" (4).

A principios del siglo XIX, Esquirol realiza una descripción de la reacción depresiva bastante exacta. Hasta 1896 Emil Kraepelin identifica el origen constitucional de la psicosis maníaco-depresiva, pero no para la melancolfa involutiva (5).

En el momento actual la depresión se cataloga dentro de las diferentes clasificaciones en tres grandes grupos: Depresiones de origen

(3) Hill, D.: Op. cit., pp. 7-9.

(4) Idem.

(5) Hamilton, P.: "Involutional Psychotic Reaction".
Comprehensive Textbook of Psychiatry, Freedman, A.M.
Kaplan. H.I. p. 702, 1967.

Somático; Depresiones de origen Endógeno y, Depresiones de origen Psicológico (6).

"MELANCOLIA INVOLUTIVA"

Antecedentes históricos:

El concepto del síndrome melancolía involutiva fue formulado por primera vez, por Emil Kraepelin en 1896 (7, 8, 9), quién sustrajo de la psicosis maníaco-depresiva un cuadro clínico que denominó "depresión involutiva". Dicho concepto tuvo su nacimiento simultáneamente con la diferenciación de los grupos psicóticos más grandes: el maníaco-depresivo y el esquizofrénico. El aislamiento se basó en peculiaridades sintomáticas que presentaban los enfermos que sufrían este padecimiento en el período involutivo de la vida.

En 1907 apareció un artículo de Dreyfus (10) en el cual cambia completamente el concepto clínico de la melancolía involutiva y explica la subordinación del problema a la categoría de la psicosis maníaco-depresiva, diciendo que esa condición clínica no era una entidad, sino una manifestación tardía

- (6) Kielholz, P.: "Opening address". Diagnostic aspects in the treatment of Depression". Depressive Illness. Hans Huber, Publishers; Bern Stuttgart, Viena. p. 11, January, 1972.
- (7) Palmer, H.D., & Sherman, S. H.: "The Involitional Melancolia Process". Archives of Neurology and Psychiatry, 40. p. 763, 1938.
- (8) Noyes, S. P.: "Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1934.
- (9) Kraepelin, in Breuler, E. Textbook of Psychiatry, traducción A.A. Brill, N. Y., The Macmillan Co., 1924.
- (10) Henderson, D.K., & Guillespie, R. B.: Textbook of Psychiatry, ed.3, N. Y., Oxford University Press, 1933.

de la psicosis maníaco-depresiva sin posibilidades de una clasificación separada. Curiosamente, Kraepelin estuvo totalmente de acuerdo, además, los hallazgos de la genética también parecían apoyar esta aseveración, al decir que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maníaco-depresiva, y en la siguiente edición de su libro, escribe sobre la psicosis involutiva como de naturaleza esencialmente maníaco-depresiva. Sin embargo, en un estudio subsecuente, Kirby (11) establece que en un número considerable de los casos reportados por Dreyfus, en los que los síntomas maníaco-depresivos estaban presentes, estuvieron basados en datos extremadamente pobres para sostener su tesis.

Adolph Meyer en su intento por hacer una nueva clasificación, reconoció una forma típica de los efectos de la depresión en el período involutivo, al que nombró "depresión agitada" o "ansiedad psicótica", caracterizada por retardo de sentimientos subjetivos de inadecuación y precedidos por manía. Para lograr sus objetivos, diseñó algunas investigaciones sobre grupos nosológicos de reacción depresiva, clasificándolos por su etiología común, síntomas complejos, curso de la enfermedad y resultados eventuales (12).

Young aceptó la descripción clásica del problema tal como la observó

(11) Kirby, G.H.: State Hospital Bull. L:459 1908-1909, in Titley, W.B.: "Prepsychotic Personality of Patients with involutinal melancholia". Arch. Neurol. Psych. 36:19-33.

(12) Hamilton, F.: Loc. cit., p. 703.

en comunidades del sur de los Estados Unidos y dió una descripción detallada del período prodómico (13). Menninger hizo una distinción entre las depresiones psicogénicas moderadas y transitorias, muy conocidas en la práctica médica y, llamó al síndrome simplemente "melancolfa" (14).

Poco después, Grozin presentó argumentos en contra de la clasificación de la melancolfa involutiva dentro de la psicosis maníaco-depresiva (15). No tomó el problema etiológico directamente, pero es obvio que implicó un gran factor psicológico. De la misma manera Hoch y MacCurdy (16), Guillespie y Harrowes (17), en un intento por clasificar las depresiones, no vacilaron en describir a la melancolfa involutiva separadamente.

Otro punto de discusión al respecto, es si la melancolfa involutiva tiene algo que ver con la declinación de las funciones hormonales, hecho que resultaba más claro en la mujer que en el hombre. El concepto de la relación entre soma y psique en la enfermedad, fue inicialmente explorado por Menzies, en un artículo inconvincente (18); hoy en día estos conceptos han sido superados y la tesis actual demuestra que el climaterio debe considerarse como un proceso fisiológico normal, el hecho de considerarlo pato-

-
- (13) Young, F.F.: "Involuntional Melancholia". J. Kansas M. Soc. 21:44. February, 1921.
- (14) Menninger, K.: "Melancholy and Melancholia". J. Kansas M. Soc. 21:44. February, 1921.
- (15) Grozin, M.: "Involution Melancholia", M. Rev. of Rev. 37:397. July, 1931.
- (16) Hoch, A., & MacCurdy, J.T.: "Prognosis of Involuntional Melancholia" Arch. Neurol. Psychiat. 36:20., 1936.
- (17) Titley, W.B.: "Prepsychotic Personality of Patients with Involuntional Melancholia". Arch. Neurol and Psychiat. 36:20., 1936.
- (18) Palmer, H. D., & Sherman, S. H.: Loc. cit., p. 764.

lógico presupone una predisposición al estado de ansiedad de las personas que atravesaban por este fenómeno, el cual fue estudiado por López Lerma, quién señala que en ninguno de los síntomas subjetivos de los descritos clásicamente como climaterio femenino era patognomónico de este estado(19). Sin embargo, la literatura sobre el aspecto endócrino del desorden, es singularmente escasa.

Stecker y Keyes publicaron resultados del tratamiento con inyecciones intramusculares de un extracto de cuerpo amarillo y substancia ovárica. Concluyeron que los extractos ejercían una influencia positiva en un número limitado de casos por lo que el factor endócrino no es el único responsable de la enfermedad (20). Werner y cols. obtuvieron resultados positivos de la juiciosa administración de substancias estrogénicas. Expresaron la creencia de que habían resuelto el problema etiológico de la enfermedad y que por lo tanto, podía establecerse que la melancolía involutiva era un desorden de naturaleza endócrina (21).

Farrar y Franks aseguraron que materialmente no hay una frecuencia mayor de desórdenes mentales en mujeres durante la quinta década que en

-
- (19) López Ibor, A.J.M. et. al.: "The reality of involuntal depression". Actas Luso. Es. Neurol. Psiquiatr. 1:805-809, Nov.-Dic., 1973.
(20) Strecker, E. A., & Keyes, B.L.: "Ovarian Therapy in Involuntal Melancholia". New York M.J. 116:30 (July 5) 1923.
(21) Werner, A.A., & others: "Involuntal Melancholia: Probable Etiology and Treatment". J.A.M.A. 103:13 (July 7) 1934.

otras épocas de la vida, que la melancolfa involutiva parece ocurrir en mujeres de un tipo especial de carácter y no representar una tendencia general en un período particular de vida (22). En relación a la sintomatología se ha sostenido que la depresión involutiva se diferencia del resto de las depresiones por la agitación e ideas hipocondríacas que a veces llegan a formas delirantes. Henderson llamó psicosis involutiva a "estados de ansiedad en el período involutivo" (23). Mostró que la fase depresiva del síndrome maníaco-depresivo es mucho más que tristeza y lentitud, -en la variedad de 'depresión retardada'- con la especial acentuación de un sentimiento subjetivo de dificultades en el pensamiento sin vestigios de manía. En la clínica se pueden encontrar diferencias como son: mayor incidencia del componente ansioso o la mayor corporalización (24).

El concepto de melancolfa involutiva, en lo que se refiere a la personalidad prepsicótica, fue firmemente establecido por la experiencia clínica de Noyes, quien puntualizó que las personas que exhibían una psicosis involutiva tenían personalidades con características de inhibición, seriedad, rigidez y pérdida del sentido del humor, los pacientes frecuentemente se-

-
- (22) Farrar, C.B., Franks, R.M.: "Menopause and Psychosis, Am. J. Psych. 10: 1031 (May) 1931. Citado en Palmer, H.D., & Sherman, S.H.: "The Involutional Melancholia Process". Arch. Neurol. Psych. 40: 762-788, 1938, p. 764.
- (23) Henderson, D.K.: "Anxiety States Occurring at Involutional Period". J. Met. Sci. 66:274 (July) 1920. Citado en Palmer, H.D., & Sherman, S.H.: "The Involutional Melancholia Process". Arch. Neurol. Psych. 40: 762-768. 1938, p. 764.
- (24) López Ibor, A. y cols.: Loc. cit.

gufan una rutina de vida muy estrecha, estereotipada y carente de diversiones, a menudo son subordinados leales, meticulosos al detalle y pacíficos (25).

Subsecuentemente se han realizado considerables experimentos para perfeccionar la clasificación de las depresiones. Algunos autores ingleses mantienen la designación original de "melancolfa involutiva". Henderson y Gillespie, después de estudiar algunos casos, admitieron que, para el Hospital Psiquiátrico 'Royal Glasgow' y para cierto número de hospitales, también psiquiátricos en Escocia, la melancolfa involutiva era un tipo común de desorden mental con características propias (26). Enlistaron como rasgos diagnósticos "depresión sin retardo, ansiedad, sentimientos de irrealidad, delirios hipocondríacos y la creencia de ser el último en las áreas somato y psíquica".

En 1952, el Comité de Nomenclatura y Estadística de la A.P.A. (D.S.M.I.), reveló algunas dudas acerca de la patogénesis de la enfermedad para poder enlistarla como desorden psicótico separado con el nombre de "Reacción Psicótica Involutiva", en el grupo etiológico, "Desórdenes debidos a alteraciones del metabolismo, crecimiento, nutrición o fun-

(25) Noyes, A.P. en Schube P.G. & cols.: Involuntional Melancholia: Treatment with Theelin. Arch. Neurol. Psych. 38: 505-512, 1938, p. 505.

(26) Henderson, D.K., & Gillespie, R.D., citado en Titley, W.B.: "Prepsychotic Personality of patients with involuntional melancholia". Arch. Neurol. Psych. 36:19-33, 1936, p. 20.

ción endocrina", y la definió como una categoría en la que se pueden incluir reacciones psicóticas caracterizadas más comunmente por depresión ocurriendo en el período involutivo sin historia previa de reacción maníaco-depresiva y, generalmente, en individuos con tipos de personalidad compulsiva. La reacción tiende a tener un curso prolongado y puede manifestarse por inquietud, insomnio persistente, culpa, ansiedad, agitación, ideas delirantes y preocupaciones somáticas. Algunos casos están caracterizados principalmente por depresión y otros por ideas paranoides. A menudo hay preocupaciones somáticas. Algunos casos están caracterizados principalmente por depresión y otros por ideas paranoides. A menudo hay preocupaciones somáticas a un grado delirante. Los hechos delimitatorios son:

"1. Personalidad predispuesta; 2. Sin previos desórdenes mentales; 3. Ocurren dentro de la fase involutiva de la vida; y, 4. Severa depresión con aprehensión, agitación, preocupación suicida y profundo insomnio, culminando en delirios somáticos, nihilistas y, ocasionalmente paranoides" (27). En esta época se inclufan en la clasificación, tanto lo que actualmente consideramos como melancolfa involutiva propiamente dicha, así como los estados paranoides involutivos, y se admitían tres categorías:

i. El tipo depresivo, manifestado por depresión severa, agitación,

(27) Hamilton, F.M.D.: Loc. cit. p. 698.

preocupación suicida y sentimientos de culpa y nihilismo.

ii. El tipo paranoide, con sospechas, hostilidad marcada, ilusiones de persecución e ideas de referencia.

iii. El tipo mixto, presentando una combinación de agitación contenida e ideación paranoide (28).

Definición:

En 1968, el mismo Comité en su D.S.M.-II, separó a la Melancolfa Involutiva de la Reacción Psicótica Involutiva, como entidades nosológicas diferentes, dando para la Melancolfa Involutiva la siguiente definición:

"Es un trastorno que ocurre durante el período involutivo y se caracteriza por preocupación, ansiedad e insomnio severo, frecuentemente se presentan sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas que pueden ser de proporciones delirantes. Este trastorno se diferencia de la enfermedad maníaco-depresiva por la ausencia de episodios previos; se distingue de la esquizofrenia en que el contacto con la realidad está interferido debido a un trastorno del afecto; y es diferente de la reacción depresiva en que la depresión no es reactiva. Existen opiniones diversas respecto a si se puede o no diferenciar de otros trastornos afectivos a la melancolfa involutiva. Por lo tanto, se recomienda no utilizar este diagnóstico en pacien-

(28) Hamilton, F.M.D. Loc. cit. p. 700.

tes involutivos a menos que se hayan descartado todos los otros trastornos afectivos" (29).

La Depresión Involutiva o Melancolía de la Menopausia se presenta en ocasiones como una depresión reactiva y en otras, como una depresión endógena con componentes paranoides de importancia (30).

La evolución del término es un ejemplo clásico de la dificultad involucrada en la nosología de desórdenes psiquiátricos.

Creemos que existen cuestiones por resolver en este particular desorden psiquiátrico y que el tema en general puede considerarse abierto a la investigación.

-
- (29) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 2. (DSM-II), Washington, D. C. American Psychiatric Association, p. 36, 1968.
- (30) Carranza A. J.: "Farmacoterapia de la Depresión". Neurol. Neurocir y Psiquiatr. Vol. 15 No. 4, p. 226, Méx. 1974.

C A P I T U L O I I

"TRATAMIENTOS PARA LA MELANCOLIA INVOLUTIVA"

"TRATAMIENTOS PARA LA MELANCOLIA INVOLUTIVA"

Los recursos terapéuticos para la depresión han sido una de las preocupaciones en el mundo de la medicina, en el cual vemos múltiples contribuciones que señalan hacia un mismo objetivo: investigar con los recursos científicos los medios más favorables que conduzcan al mejoramiento de la sintomatología de la depresión.

La revisión histórica de los datos que nos interesan, reporta que el tratamiento específico de la melancolía involutiva se deriva de una amplia variedad de investigaciones realizadas con diferentes métodos terapéuticos.

Dichos métodos se refieren a tres grandes áreas:

- A. Farmacoterapia.
- B. Terapia Electroconvulsiva.
- C. Psicoterapia.

A. FARMACOTERAPIA

Según la clasificación de Delay y Deniker (1957), modificada por Pérez de Francisco en 1966, la farmacoterapia se refiere al uso de los siguientes fármacos (31).

(31) Pérez de Francisco C.: "Farmacoterapia de la Depresión". Neurol. Neurocir. Psiquiatr. Vol. 15 Núm. 4, p. 276, 1974.

Psicolépticos	Hipnóticos
o Sedantes:	Neurolépticos
	Tranquilizantes
	Anti-epilépticos
Psicoanalépticos:	Estimulantes de la vigilancia
	Estimulantes del talante o antidepresivos
Psicotropos Polivalentes	Sulpiride Acidos adenflicos Otros
Psicodislépticos:	Alucinógenos u onirógenos
	Delirógenos
	Estupefacientes
	Alcohol y derivados

PSICOLEPTICOS.

El grupo mayor de neurolépticos tricíclicos son las fenotiazinas, Bernthesen fue el primero que sintetizó las fenotiazinas cuando en 1883, investigaba distintos procedimientos para la síntesis del azul de metileno (32).

(32) Kalinowsky, L.B., & Hipplius, H. "Tratamientos somáticos en Psiquiatría, Ed. 2a. Ed. Científico Médica, p. 11, 1972.

En 1945, autores franceses y alemanes, comenzaron a investigar sobre los derivados de las fenotiazinas y en 1950 Charpentier sintetizó la Clorpromazina (33).

La particular importancia de las fenotiazinas parte del hecho de que el descubrimiento de la efectividad clínica de la clorpromazina fue el punto de partida de la psicofarmacoterapia moderna, la cual ha conducido al descubrimiento de sustancias como los antidepresivos tricíclicos, que son por ahora tan importantes como los neurolépticos. La clorpromazina continúa considerándose como el prototipo de los neurolépticos tricíclicos (34).

En los comienzos de la terapéutica con clorpromazina se registraron resultados favorables en la depresión, pero no han sido confirmados posteriormente y, además no existe duda de que las drogas anti-depresivas son mucho más eficaces (35).

Trelles y colaboradores realizaron un estudio clínico de la droga metotrimeprazina o levomepromazina, observando en un grupo pequeño de melancólicos ancianos, en algunos de los cuales había fracasado la terapia electroconvulsiva, algunas mejorías. En general, las depre-

(33) Kalinowsky, L. B., & Hippus, H. "Tratamientos somáticos en Psiquiatría", Ed. 2a. Ed. Científico Médica, p. 11, 1972.

(34) Kalinowsky L. B. & Hippus H. Op. cit. pp. 18-20.

(35) *Ibidem* p. 32.

siones neuróticas no responden favorablemente, pero se han registrado buenos resultados en otros tipos de depresiones, incluyendo las asociadas a una intensa hipocondría (36).

Sigwald y colaboradores, consideran que la principal indicación para las fenotiazinas son las depresiones endógenas, sobre todo las que se acompañan de ansiedad y delirio. Una vez más, los estudios difieren en el grado y porcentaje de mejorías obtenidas en cada categoría diagnóstica. No se han realizado estudios comparativos entre la levomepromazina y cualquiera de las drogas antidepresivas a fin de investigar la eficacia, rapidez y grado de remisión relativo(37).

Una revisión de las dosis típicas empleadas en los trastornos psicóticos hace posible clasificar las fenotiazinas de uso más común según su potencia. De acuerdo a la incidencia de efectos secundarios para cada fármaco, se llega a la conclusión de que la potencia terapéutica de un fármaco está relacionada de algún modo con su propensión a causar efectos secundarios concretos (aunque no de un modo directamente proporcional perfecto) (38).

(36) Kalinowsky, L. B. & Hippus, H. Op. cit. p. 44.

(37) *Ibidem* pp. 44-45.

(38) Detré, T.P. & Jarecki G.J. "Terapéutica Psiquiátrica". Ed. Salvat, p. 422, 1974.

Después de dos décadas de empleo, de ensayos clínicos de las fenotiazinas en casi todos los síndromes psiquiátricos, han demostrado su mayor eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia. Sus méritos se fundamentan sobre todo en su acción sobre la agitación psicomotriz, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, bloqueo, afectividad desajustada y aislamiento social (Goldberg 1965). Efectivamente, en la actualidad está bien demostrado que, aplicando cualquier criterio de mejoría las fenotiazinas son más eficaces que los barbitúricos, clordiazepóxidos, electrochoques, psicoterapia, "cuidados básicos" o placebos activos o inactivos para aliviar los síntomas de psicosis esquizofrénica aguda. Las fenotiazinas pueden emplearse en las depresiones ansiosas para disminuir la inquietud y las meditaciones obsesivas y autopunitivas del paciente y para mejorar su sueño y apetito (Raskin 1968), pero a menos que se le dé simultáneamente un antidepresivo tiende a volverse más anérgico y torpe (Lehmann 1963; Raskin 1970; Simonson 1964) (39).

Todas las fenotiazinas y demás neurolépticos causan uno y otro de estos efectos: distonía, acatícia y seudoparaparkinsonismo, cuando se administran en dosis bastante altas, pero la incidencia varía con el fármaco, dosis y vía de administración y con la edad y sexo del paciente (40).

(39) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. p. 424.

(40) *Ibidem* p. 431-432.

Uno de los efectos psicotóxicos más corrientes después del empleo de fenotiazinas, es la depresión, así puede parecer que la fenotiazina es la "causa" de la depresión, cuando en realidad lo único que hace es poner a plena luz el trastorno de la afectividad, al separar los síntomas que habían tendido a eclipsarse (41).

Otro grupo que pertenece a los neurolépticos, es el de los llamados tranquilizantes o ansiolíticos, dentro de los cuales están los Propanodiolos (meprobamato, mefenelzina, y tibamato), y las Benzodiazepinas (clorodazepóxido, diasepam y oxazepam) (42).

PSICOANALEPTICOS.

En la clasificación de los psicoanalépticos, encontramos los antidepresivos. El término antidepresivo se refiere a un número de derivados de la dibenzodiazepina y de inhibidores de la mono-amino-oxidasa (I.M.A.O.), que alivian ciertos síndromes caracterizados por llanto, tristeza patológica, autoinculpaciones, pesimismo, falta de iniciativa, inquietud psicomotora o inhibición, disminución del sueño, del apetito y del deseo sexual (Barker 1960; Ferreira 1958; Gershon 1952; Heinrich 1960) (43).

(41) Detré, T. P. & Jarecki, G. J. Op. cit. pp. 437-438.

(42) Idem p. 445.

(43) Ibídem p. 448.

El antidepresivo prototipo y principal representante del grupo de las dibenzodiazepinas (o tricíclicos), es la Imipramina (tofranil). Fue sintetizada por primera vez en 1954 (Sshindler) y, debido a su relación estructural con la promacina, se ensayó como tranquilizante y se comprobó que tenía propiedades antidepresivas (Kuhn 1957) (44). Klerman y Cole llegaron a la conclusión de que la imipramina produce resultados favorables en las depresiones endógenas, como la melancolfa involutiva, entre un sesenta y un ochenta por ciento (45).

Kiloh y colaboradores hicieron un análisis factorial sobre los resultados del suministro de imipramina a pacientes de más de cuarenta años, en los que se corrigieron síntomas como pérdida de peso y trastornos del sueño con despertar temprano (46).

En las depresiones involutivas o en depresiones agi-
tadas o ansiosas de cualquier edad, están indicados los tricíclicos con efecto sedante como la Amitriptilina y la Butriptilina. En los estados depresivos psicóticos como la melancolfa, o ciclo depresivo de la enfermedad maníaco-depresiva, y en las depresiones psicóticas con gran retardo psicomotor están indicados como tratamiento profiláctico, el carbonato de litio, los tricíclicos de tipo imipramina y decipramina, con efectos antidepresivos marcados y muy poco sedantes (47).

(44) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. pp. 448-449.

(45) Kalinowsky L. B. & Hippus H. Op. cit. p. 144

(46) Idem. p. 145

(47) Carranza Acevedo J. "Farmacoterapia de la Depresión". Neurol. Neurocir. Psiquiatr. Vol. 5, N.º 4, p. 220, 1974.

Otro antidepresivo tricíclico es la Protriptilina, la cual está indicada en la depresión involutiva, en pacientes ancianos, y su aplicación se basa en los estudios de Ambrozi y Birkmayer (48).

El término inhibidores de la mono-amino-oxidasa se aplica a un número de sustancias de estructura diversa que tienen la propiedad común de inhibir una clase de enzimas denominadas mono-amino-oxidasas. Aunque se sabe que todos los inhibidores ejercen un efecto antidepresivo y estimulante sobre el sistema nervioso que se caracteriza por aumento de la actividad motora, no se sabe cómo está relacionada, si es que lo está, la inhibición de la mono-amino-oxidasa con su efecto terapéutico (Vernier 1961; Zeller 1961) (49).

El primer inhibidor que se utilizó para las depresiones fue la Iproniácida (1952), el cual siendo empleado como tuberculostático se descubrió que tenía un efecto antidepresivo y elevaba el estado de ánimo de los pacientes, (Zeller y colaboradores 1952) (50).

Kline y Stanley utilizando la Iproniácida han descrito resultados incluso superiores a la terapia electroconvulsiva en depresiones

(48) Kalinowsky L. B. & Hippius H. Op. cit. p. 154.

(49) Detré T. P. y Jarecki G. J. Op. cit. p. 449.

(50) Caso A. "Las Depresiones y su Tratamiento" Gaceta Médica de México, Vol. 101, Núm. 1, p. 6, Enero 1971.

involutivas (51). Posteriormente dejó de utilizarse al comprobarse que tenía efectos hepatotóxicos, fué el prototipo de los inhibidores de la mono-amino-oxidasa hidracínicos como la Isocarboxácida Marplan, la Nialamida y la Fenelcina (Greenblatt 1962; Wechsler 1965) (52).

Con la utilización de la isocarboxácida se han obtenido resultados favorables en un 50% de los casos reportados en el tratamiento de depresiones endógenas. En las depresiones involutivas los resultados han reportado un 80% de remisiones según han concluido los estudios de Coullant y Goldman (53).

Oltman y Friedman observaron que los resultados eran favorables en las depresiones involutivas. Furst opina que la fenelcina tiene una acción semejante a la iproniacida y que su grado de toxicidad es menor. Sainz observó que con este inhibidor se obtiene un 80-90% de respuestas positivas en las depresiones involutivas. Middlefel apoya el uso de este inhibidor en el sentido de que además de reportar resultados positivos en número considerable, el número de recaídas es menor que con la terapia electroconvulsiva (54).

(51) Kalinowsky L. B. & Hippus H. Op. cit. p. 167.

(52) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. p. 449.

(53) López Lerma Peñasco J. "Psocofarmacología de la depresión" Ed. Paz Montalvo p. 140.

(54) Kalinowsky L. B. & Hippus H. Op. cit. pp. 168-172.

Algunos clínicos creen que los pacientes depresivos tratados con fármacos presentan un porcentaje menor de recaídas que los tratados con electrochoques porque las dosis de fármacos, a diferencia de lo que ocurre con los electrochoques, es susceptible de aumentarse siempre que el estado del enfermo empeore. Otros, mencionando la necesidad de administrar fármacos a los deprimidos durante largos períodos de tiempo, creen en la posibilidad de evitar mejor las recaídas de los pacientes que dejan de tomar su medicamento una y otra vez mediante la administración de una serie de electrochoques (Robin 1962) (55).

El argumento de que los fármacos son preferibles a los electrochoques por la posibilidad de aumentar la dosis de fármacos si el estado del paciente empeora tiene que replantearse en los siguientes términos: el tratamiento farmacológico de sostén, tal vez sobre la base de que tiene menos inconvenientes y es preferible a los electrochoques de sostén (56).

Los antidepresivos pueden ser útiles en las pacientes que en el período de la menopausia o de la involución presentan una gran variedad de molestias físicas inexplicables de otra manera (Evans 1960; Paulson 1962; Webb 1962). En las depresiones involutivas con rasgos paranoides, será necesaria una asociación de antidepresivos y fenotiazinas ya que los antidepresivos solos consiguen poco o ningún efecto sobre el delirio, y pueden incluso exacerbarlos.

(55) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. p. 513.

(56) Idem p. 513-514.

(57) Ibidem p. 450.

Se ha dicho que la asociación de antidepresivos inhibidores de la mono-amino-oxidasa y tricíclicos es eficaz en las depresiones resistentes (Dally 1965) (57), pero supone el peligro de efectos secundarios tan graves que parece demasiado arriesgado emplearlos, a no ser que se haga bajo condiciones experimentales estrictamente controladas (58).

B. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Los antecedentes de lo que hoy conocemos con el nombre de terapia electroconvulsiva datan del año de 1798 en el que Weickhard utilizó el alcanfor para producir vértigo y crisis de tipo epiléptico en el paciente (59).

Oliver en 1933 dispone de la misma técnica e informa por primera vez que las convulsiones inducidas por alcanfor ejercen una acción terapéutica en los pacientes psiquiátricos.

Posteriormente se encontraron nuevos métodos que podían administrarse por vía intravenosa como el Cardiazol, el Triazol y la Picrotoxina, con esta nueva técnica los pacientes experimentaban una sensación de pánico abrumador (60). Cerletti y Bini en 1937 aplicaron por primera vez corriente eléctrica por dos electrodos colocados sobre el cuero cabelludo del paciente, demostrando que este sistema era más seguro y producía menos angustia y dolor (61).

(58) Pare. 1968. Brit. Journal Psychiatr. (1970) p. 117, 667 y 671.

(59) Pérez de Fco., C.: Neurol, Neurocir. Psiquiatr. (México, Vol. 15, No. 4, p. 274, 1974.

(60) Detré, T. P. & Jarecki, G. J.: Op. cit. p. 503.

(61) Pérez de Fco. C. Op. cit. p. 275.

Hoy en día la terapia electroconvulsiva se aplica en pacientes que sufren los más diversos trastornos psiquiátricos y cuyos síntomas son de naturaleza grave ya que permiten su fácil remisión. Su aplicación se asocia a un anestésico intravenoso que contrarresta la angustia de espera y la sensación de pérdida de la conciencia; además de un relajamiento muscular como la Succinilcolina para facilitar la respiración y así reducir la anoxia y evitar fracturas y dislocaciones que puedan presentarse en la fase clónica (62).

Los efectos más perturbadores en la administración de la terapia electroconvulsiva son la dismnesia y la confusión, respecto a esto último, el paciente después del primer tratamiento puede permanecer confundido durante horas y mientras más tratamientos haya tenido y mayor sea la prolongación del tratamiento, sus períodos de confusión serán más largos. Dentro de los efectos más relevantes se encuentran las fallas de orientación temporal y capacidad de evocación de acontecimientos recientes y/o pasados, síntomas que desaparecerán una semana después de haber recibido el último electrochoque (63).

Es preciso administrar electrochoques a cualquier paciente afecto de una depresión grave, cuya enfermedad no responde a un tratamiento de tres o cuatro semanas, primero con un antidepresivo tricíclico del tipo de la imipramina (tofranil), y después si éste no ha obtenido éxito, con un inhibidor de la monoamino-oxidasa del tipo de la isocarboxácida (Marplan). La decisión debe tomarse en una fase más precoz si tiende al suicidio, está profundamente

(62) Pérez de Fco. Op. cit. p. 275.

(63) Detré, T. P. & Jarecki, G. J.: Op. cit. p. 509-510.

inhibido, sufre una profunda anorexia o si el trastorno de su sueño va empeorando. En la mayoría de los casos, de seis a doce tratamientos alivian los síntomas más destacados pero a veces es necesario un tratamiento farmacológico de sostén para mantener la remisión (64).

Las psicosis involutivas ofrecen los resultados más espectaculares de la terapia electroconvulsiva, la proporción de remisiones en las depresiones involutivas alcanza las de las maníaco-depresivas. El número necesario de tratamiento es de cinco a diez electrochoques para todas las depresiones y los resultados son igualmente buenos en las depresiones inhibidas que en las agitadas y los fracasos se deben generalmente a la existencia de síntomas paranoides o esquizofrénicos mezclados. El pronóstico de las depresiones involutivas puras no está influenciado por la duración de la enfermedad, que en los casos no tratados puede ser mucho más larga que en las depresiones maníaco-depresivas (65).

Martin llega a la conclusión de que los pacientes con depresiones involutivas responden mejor al tratamiento si han presentado el síndrome por más de un año que aquellos cuya aparición es reciente. Kalinowsky distinguiendo diferencias entre los dos grupos encontró que en el de pacientes con depresiones involutivas puras remitía el 86.9% de los casos mientras que en el de pacientes paranoides sólo sucedió el 43.7% (66) Huston y Locker

(64) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. p. 514.

(65) Kalinowsky L. B. & Hipplius Op. cit. p. 275.

(66) Idem p. 276.

utilizaron la terapia electroconvulsiva para tratar pacientes con depresión involuntiva, reportando un 80% promedio de recuperación, además, estos autores señalan que los pacientes con características paranoides ofrecen menor número de resultados favorables (67). De acuerdo a estos resultados reportados se podría afirmar que la terapia electroconvulsiva es el tratamiento de preferencia en la enfermedad que nos ocupa, sin embargo, D.W.K. Kay, Tomás Fahy y R.F. Garside señalan que la respuesta excelente e inmediata de muchos estados depresivos a la terapia electroconvulsiva está bien establecida pero que desafortunadamente las recaídas son muy comunes.

C. PSICOTERAPIA

La psicoterapia tiene particular importancia por el hecho de ser uno de los medios para lograr la recuperación de enfermos con trastornos psiquiátricos.

En épocas lejanas se utilizaron algunas modalidades de psicoterapia como son: la teatroterapia (Sorano), en la cual pacientes deprimidos interpretaban comedia y pacientes maníacos tragedia. Asclépiades y Celso utilizaban la relación médico-paciente en actividades recreativas y en actividades de grupo, como terapia para el alivio de la depresión (68).

-
- (67) Hamilton Ford, M. D. "Involuntal Psychotic Reaction". Freedman M.A.Y. Kaplan, I. H. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 1970, 117-667-671.
(68) Hill, D. Publicación M.E.D.C.O.M. Suc. para Lakeside Lab. Inc. 28 Park Av. New York 10017 p. 7-9.

CONCEPTO DE PSICOTERAPIA

Es cualquier forma de tratamiento para enfermedades mentales, conductas inadaptables, y/o otros problemas que se toman como de naturaleza emocional, en la cual una persona preparada establece una relación profesional con un paciente, con el propósito de remover, modificar o retardar síntomas existentes o atenuar, o revertir patrones de conducta perturbadores y de promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva (69).

En la época actual, en el caso de pacientes deprimidos, la psicoterapia pretende, entre otros fines hacer consciente al enfermo de sus síntomas, se buscan las situaciones de la vida actual y pasada que generan sentimientos de culpa en él, o factores ambientales que provoquen ansiedad y depresión, para tratar de que el paciente aprenda a manejar situaciones difíciles y no generen ya más depresión o ansiedad y que sí fortalezcan la autodeterminación del mismo, así como promover la adquisición de un autocontrol emocionalmente significativo con el fin de hacer variar los sentimientos, la conducta del paciente o ambas cosas a la vez.

Dentro de los tipos de psicoterapia más frecuentemente empleados en pacientes con angustia incontrolable o alteraciones agudas de la personalidad está la psicoterapia de apoyo, la cual se puede considerar como un medio de mantener la angustia a un nivel que permita al paciente encarar con éxito sus problemas emocionales. La psicoterapia de apoyo tiene

(69) Hinsie, L.E. & Campbell, R.J.: Psychiatric Dictionary, Oxford University Press, New York, Fourth Edition, p. 630, 1970.

como objetivo reducir las tensiones que producen angustia u otras tensiones incapacitantes por medio de técnicas de apoyo, sin alterar las defensas importantes y aceptables de la personalidad. El empleo de esta técnica está determinada en cada paciente por muchos factores como: la personalidad, la edad, la situación en que vive el paciente y la naturaleza de su problema emocional o enfermedad.

Otro tipo de psicoterapia empleado en pacientes que sufren de psicosis, trastornos emocionales y trastornos de la conducta es la psicoterapia de grupo, en general se tiene como objetivo ayudar a los pacientes a obtener alivio para su stress emocional, a resolver algunos de sus conflictos, a percibir más claramente las razones de sus dificultades y a cambiar sus reacciones defensivas por formas de conducta más aceptables y satisfactorios dentro de la sociedad (70).

En el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia se van analizando los efectos colaterales y el impacto negativo que los fármacos tienen sobre la psicoterapia, la manera en que el paciente lleva a cabo sus relaciones humanas antes de la administración del fármaco y los efectos terapéuticos una vez que han empezado a observarse. Se hace énfasis en que el uso de antidepresivos debe ir acompañado de psicoterapia y que muchos de los fracasos terapéuticos se deben a que el medicamento se prescribió sin el previo establecimiento de una relación psicoterapéutica adecuada (71).

(70) Noyes, A.P. & Kolb L.C., Op. cit. p. 619.

(71) Carranza Acevedo J. "Farmacoterapia de la Depresión" Neurol. Neurocir,

Una de las terapias más comunes en los pacientes deprimidos es precisamente la prescripción de medicamentos antidepresivos con el fin de que posteriormente se pueda establecer una relación psicoterapéutica adecuada, pero también es importante señalar que en principio la psicoterapia se enfoca a que el paciente acepte el tratamiento somático que se le ha indicado, en esta etapa, conviene saber si el paciente quiere seguir el tratamiento, de no ser así, se le persuadirá a que lo continúe y deben investigarse las concepciones erróneas y motivos que tiene para la no colaboración. Generalmente un individuo que sufre un trastorno psiquiátrico tiene que vencer su suspicacia y preocupación respecto a la debilidad y efecto de la medicación sobre su estado de vigilia. Únicamente cuando supere su suspicacia y preocupación tomará confiadamente los fármacos y de esta manera posteriormente informará sobre los cambios en su estado de ánimo o en su pensamiento, tal vez posteriormente señale una recaída inminente, pero por difícil que sea, se consigue que el individuo no se convierta en un enfermo crónico y pueda desenvolverse como un miembro de la sociedad.

Cuando la problemática del paciente se origina de un proceso patológico que todavía está actuando, es probable que obtenga una mejoría en sus relaciones interpersonales sólo si su enfermedad responde a la terapia somática. Así también la psicoterapia por sí sola puede causar beneficios cuando la problemática se origina exclusivamente de las raíces y consecuencias sociopsicológicas de la enfermedad.

El trastorno psíquico generalmente provoca obstáculos en las actividades posteriores del individuo y en sus motivaciones (trabajo, círculo social, etc.), por esto la finalidad que tiene la psicoterapia en estos casos es que el paciente recupere algunas de las aptitudes que ha perdido y adquiera las que no ha aprendido nunca, con lo que puede valerse por sí mismo, puede restablecer su situación social activa y aprende a ganar la confianza de otras personas, de esta manera la psicoterapia lo ayudará a protegerse de las consecuencias más perjudiciales en recaídas posteriores ayudando también al médico a tomar decisiones adecuadas respecto al tratamiento y manejo de la conflictiva del paciente, la psicoterapia favorece el hecho de que el paciente pueda seguir las indicaciones médicas de una forma acertada ante la presencia de aquellas circunstancias que al enfermo puedan causarle recaídas (72).

(72) Detré T. P. & Jarecki G. J. Op. cit. p. 412-413.

C A P I T U L O I I I

"METODOS PARA VALORAR LA DEPRESION"

"METODOS PARA VALORAR LA DEPRESION"

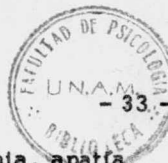
La depresión es valorada en la práctica clínica por dos principales métodos: la entrevista psiquiátrica y los instrumentos psicométricos con los cuales se establece un diagnóstico clínico.

La entrevista psiquiátrica.

Uno de los métodos tradicionales para valorar la depresión es la entrevista psiquiátrica, basada en la observación directa con el paciente tomando en cuenta las verbalizaciones y agrupando posteriormente los síntomas de acuerdo a los síndromes, así, podemos hablar de un síndrome depresivo que básicamente consta de los siguientes parámetros:

1. Alteraciones del pensamiento.
2. Alteraciones de la conducta.
3. Alteraciones del afecto.

Las alteraciones del pensamiento cursan con tristeza, sentimientos de culpa, sentimientos de minusvalía, y en ocasiones ideas delirantes de ruina, alucinaciones, percepciones defectuosas y a veces pensamientos suicidas. En algunas ocasiones se encuentran alteradas las funciones de la atención, concentración y juicio.



Las alteraciones de la conducta son inhibición motora, astenia, ~~apatía~~, indiferencia, alteraciones en las características del lenguaje y en la orientación, etc.

En las alteraciones del afecto podemos encontrar la tristeza en todas sus variedades, el miedo, la ansiedad, la aflicción y combinaciones de éstos.

En ocasiones las depresiones cursan con síntomas somáticos tales como cefaleas y somatizaciones. Cuando en una entrevista clínica se encuentran varios de estos síntomas el examinador puede integrar un síndrome depresivo y de esta manera se valora la depresión.

La investigación científica y experimental en el campo de la psicología, promueve el desarrollo de métodos psicométricos. Los métodos psicométricos procuran, mediante recursos más o menos simples y de aplicación sencilla, la indagación teórica relativa a la naturaleza de las funciones medidas. Los métodos psicométricos, aplicados en una situación controlada, proporcionan una apreciación cuantitativa y comparable de los fenómenos psicológicos, y con ello es factible la manipulación estadística de los datos obtenidos, que siguiendo rigurosamente el procedimiento científico valorarán los distintos aspectos de la personalidad (73).

Se han realizado investigaciones sobre la cuantificación de los síntomas característicos de la depresión básicamente con escalas y cuestionarios, sin

(73) Székely B. "Los Tests". Manual de Técnicas de Exploración Psicológica. Ed. Kapelusz, 1966.

embargo, los resultados no han sido satisfactorios (74), puesto que actualmente no se ha podido llegar a tener un instrumento confiable que mida con severidad global la depresión, esto se debe a los procedimientos no formales que se han utilizado para comprobar la validez de los resultados obtenidos de estas escalas y cuestionarios.

Los primeros métodos prácticos para cuantificar la sintomatología de enfermedades psiquiátricas se proyectaron hace más de cincuenta años, la primera escala fue descrita por Kempf en 1915 llamada "Phipps Psychiatric Clinic Rating Chart", y el primer cuestionario "Personal Data Sheet" por Woodworth en 1917.

En 1930 Moore, T.V. realizó un análisis factorial asignando cuarenta y un diferentes signos y síntomas de la depresión, se relacionó con consideraciones puramente teóricas. Jasper en este mismo año publicó su cuestionario "Depression Elation".

En 1940 apareció el cuestionario de auto-evaluación Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) incluyendo una escala de depresión con sesenta items.

En 1951, Wittenbern realizó su Psychiatric Rating Scales (P.R.S.) consta de cien items y fue revisada en 1964.

(74) Pichot, P.: "The problem of quantifying the Symptomatology of Depression" de: Kielholz, P., Basle: "Depressive Illness" Diagnosis, assessment, treatment. Ed. Hans Huber; Bern Stuttgart Vienna, p. 79. 1972.

En 1951, Lorr M. publica su "Multidimensional scale for rating psychiatric patients" (M.S.R.P.P.) revisada en 1963 en un estudio titulado "In patients multidimensional psychiatric scale" (I.M.P.S.) constando de setenta y cinco items. De esta escala derivó la escala realizada por Overall y Gorham llamada "Brief psychiatric rating scale" (I.B.P.R.S.) de dieciocho items.

Paralelamente en Alemania, Austria, Suiza y Yugoslavia se desarrolló un estudio registrando signos y síntomas encontrados en pacientes depresivos. Durante los últimos años de la década de 1950 y en los primeros de la de 1960, varias escalas se publicaron específicamente para la depresión:

En 1958, Lehmann, H.E. "Rating scale for depression" estudiando el efecto de la Imipramina.

En 1960, Hamilton, M.A. "Rating scale for depression", comprende diecisiete items y fue diseñada para medir la severidad de la depresión.

En 1961, Grinker, R.R. publica su estudio "The phenomena of depressions" utilizando: "Feelings and concerns check-list" de ciento once items y "Current behaviour check-list" de ciento treinta y nueve items. En ese mismo año, Cutler y Kurkland H.D. realizan "Quantification of Depressive Reactions". Asimismo, Beck, A.T. proporciona una escala llamada Beck Inventory for Measuring Depression con veintiún items.

En 1962, Overall, J.E. realizó el primer cuestionario designado específicamente para depresión "Psychiatric judgement depression scale".

En 1963, Wechsler, D. realizó la "Depression rating scale". En 1965, Zung W.K. realizó "Self rating depression scale (S.D.S.) constando de veinte items.

En 1966, Bojanovsky y Chloupkva publicaron "Self rating depression scale for depressive states".

En 1967, Lubin B. publica "The depression Adjective check lists (D.S. C.L.) (75).

La mayoría de las escalas y cuestionarios para evaluar la depresión han sido diseñadas para poblaciones de habla inglesa, a excepción del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) y la escala de Zung que se encuentran en español, pero esta última no totalmente estandarizada. A continuación se presenta un análisis de estas dos escalas.

"Escala para la Auto-evaluación de la Depresión" (A.M.D.), existe desde 1965, realizada por el Dr. William W.K. Zung, "destinada a medir cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. La escala de la depresión AMD no está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma." (76).

(75) Pichot P. Op. cit. p. 74-81.

(76) Zung W.W.K. "La Medición de la Depresión" de: "La Escala para la Auto-Medición de la Depresión: Arch.Gen. Psychiat. 12:63-70 (Ene.), 1965.

La escala comprende una lista de veinte declaraciones, cada una de ellas se refiere a una característica específica y común de la depresión. Las veinte declaraciones esbozan los síntomas ampliamente conocidos como desórdenes de la depresión. Esta escala se puede utilizar para correlacionar la medición de la depresión con otras escalas que requieren de mayor tiempo (77).

Una nueva escala se ha publicado en 1971, la Wakefield S.A.D.S. siendo ésta una modificación de la escala de Zung, y debido a que contiene varios ítems relativos a ansiedad es particularmente útil para depresiones ansiosas de tipo moderado (78).

"El Inventario Multifásico de la Personalidad" (M.M.P.I.), publicado por Hattaway y Mc. Kinley en la Universidad de Minnesota es un instrumento psicométrico diseñado para proveer en una sola prueba puntajes de las fases más importantes de la personalidad (79). "

Considerándose al M.M.P.I. como un método psicométrico de control y comprobación de rasgos de la personalidad, es importante su utilización como un auxiliar para establecer el diagnóstico clínico y también es utilizado para establecer posibles niveles de desajuste mediante el diagnóstico psiquiátrico.

(77) Zung W.W.K. Op. cit. p. 64.

(78) Hamilton M. "Rating Scales in Depression" de: Kielholz, p., Basle Op. cit. p. 105.

(79) Hathaway S.R. & Mc. Kinley J.C. University of Minnesota "A Multiphasic Personality Schedule" (Minnesota): I, Construction of the Schedule. J.

"Una de las características más importantes del M.M.P.I. es su fundamentación empírica. Mientras que la mayoría de los tests de personalidad se elaboran a partir de postulados teóricos, los reactivos del M.M.P.I. se desarrollaron empíricamente mediante la selección de frases o proposiciones que originalmente derivaron de la entrevista psicológica, pero que posteriormente se demostró mediante numerosas investigaciones que diferenciaban estadísticamente grupos normales de otros anormales" (Dahlstrom y Welsh 1960; Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972). (80)

El M.M.P.I. está integrado por:

- una escala de "frases omitidas"

- tres escalas de validez:

"L" formada por frases que representan situaciones deseables socialmente.

"F" formada por frases que implican la capacidad de comprensión de los reactivos del test.

"K" escala de corrección de puntajes.

- 10 escalas clínicas:

Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi),

Desviación Psicopática (Dp), Masculinidad/Femineidad

(Mf), Paranoia (Pa), Obsesivo-Compulsivo (Pt), Esqui-

zofrenia (Es), Manía (Ma), Introversión Social (Si).

(80) Gómez Mont F., Navarro Arias R. y Carranza Acevedo: "El M.M.P.I. - 366: Una versión abreviada del inventario multifásico de la personalidad de la Universidad de Minnesota". Psiquiatría: Vol. 4 No. 3, p. 9, 1974.



El M.M.P.I. consta de 566 items y es posible una aplicación de la versión abreviada con 366 frases. Cada protocolo de respuestas indica el número de reactivos contestados significativamente, que dan determinados puntajes, los cuales se transforman a puntuaciones "T" o estándares. El arreglo gráfico de las puntuaciones "T" forman finalmente el perfil.

Escala "D" ó 2 del M.M.P.I.

La escala "D" ó 2 mide la profundidad del síntoma o complejo de síntomas clínicamente reconocidos como depresión. La depresión puede ser la perturbación principal del paciente o puede estar acompañada, o ser el resultado de otros problemas de personalidad.

"Existen reportes de que la depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico y no es sorprendente encontrar la escala "D" elevada en el perfil del M.M.P.I." (81)

Esta escala señala en forma estadística que es posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales (82). Con ciertos límites, la experiencia señala que mientras se encuentran elevados y más altos sean los registros, lo más probable es que la persona se encuentre severamente perturbada (83).

(81) Nuñez, Rafael: "Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I. a la Psicopatología". Ed. Manual Moderno p. 39, 1968.

(82) Nuñez, Rafael: Op. cit. p. 5.

(83) Hathaway, S.R. & Mc. Kinley, J.C.: Op. cit. p. 24.

C A P I T U L O I V

"LA INVESTIGACION"

"LA INVESTIGACION"

Planteamiento del problema:

Uno de los objetivos del presente estudio es obtener datos que permitan tener un panorama más claro del cuadro clínico de la melancolía involutiva, para lo cual se hará la valoración de la sintomatología, curso, pronóstico y efectividad estadística de los tratamientos prescritos a estos pacientes.

Se considera que la melancolía involutiva cursa con depresión crónica como síntoma importante, que el pronóstico es pobre para la mayoría de los pacientes y que no existe uniformidad en el tratamiento que se prescribe para los enfermos que sufren este padecimiento.

En la mayoría de los estudios realizados en pacientes con melancolía involutiva, se reporta el uso de diferentes escalas para valorar la depresión existente en el paciente. Aunque se han hecho investigaciones sobre la cuantificación de los síntomas característicos de la depresión, los resultados actualmente no son satisfactorios (84).

Las escalas más usadas son: "Rating Scale for Depression" de Hamilton; la escala de Zung "Self Rating Depression Scale" la cual se encuentra en español y está destinada a medir cuantitativamente la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. Para nuestros fines más que la simple cuantificación de los síntomas nos interesa conocer una evaluación más fina y precisa

(84) Pichot P. "The problem of quantifying the symptomatology of depression" de Kielholz P., Basle "Depressive Illness Diagnosis, assessment, treat-

del cuadro clínico, estableciendo una comparación con otras áreas clínicas, Aunque hay que tomar en cuenta que según Pichot P. (85) por razones prácticas, el número de ítems en un cuestionario debería ser de cerca de veinte, señalando que cuestionarios más largos no se pueden emplear en pacientes sufriendo de depresión melancólica. Aún así, intentamos utilizar una vez más el M.M.P.I. versión abreviada (366 ítems) y valorar los resultados que se obtengan en nuestra población.

En estudios realizados con el M.M.P.I. como instrumento, se han reportado hallazgos controvertidos en los cuales Inglis encontró diferencias significativas en los puntajes de la escala de depresión (86). Moore T.V., refiere que la escala de depresión del M.M.P.I. ha probado ser muy inespecífica, debido a su extrema sensibilidad; y en efecto, son tan sensitivos los ítems de la escala que se producen altos puntajes en el caso de pacientes que sufren únicamente de estados de ansiedad (87).

Los propósitos de este estudio son:

1. Corroborar los síntomas clínicos de la melancolía involutiva en una población de pacientes de un hospital psiquiátrico de la ciudad de México.

(85) Pichot P. Op. cit. p. 77.

(86) Inglis J. "Electrode placement and the effect of ECT on mood and memory in depression". Can. Psychiatr. Assoc. J. 14:463-471, 1969.

(87) Pichot P. Op. cit. p. 74.

2. Comprobar si el curso clínico de este padecimiento es similar al reportado en otros países.
3. Establecer pautas comunes para el tratamiento de estos pacientes.
4. Probar si la escala "D" ó 2 del M.M.P.I. es un instrumento útil para valorar la depresión en pacientes con melancolfa involutiva.

Hipótesis de trabajo:

1. "Los pacientes con melancolfa involutiva siempre están deprimidos en mayor o menor grado, una vez que ha ocurrido el primer brote."
2. "La escala "D" del M.M.P.I. es un instrumento confiable para la valoración de la depresión de la melancolfa involutiva."
3. Existe correlación entre la impresión diagnóstica de melancolfa involutiva obtenida por una entrevista clínica psiquiátrica y los resultados de la aplicación del M.M.P.I. de acuerdo a los índices de su escala "D".
4. "La terapia electroconvulsiva sola da los mejores resultados terapéuticos en la melancolfa involutiva" (88).
5. "La terapia electroconvulsiva aunada a medicación tricíclica es el mejor tratamiento para la melancolfa involutiva" (89).

(88) Kalinowsky L. B. & Hippus, H.: Op. cit. p. 275.

(89) Detré, T.P. & Jarecki, G.J. Op. cit. p. 514.

Metodología:

Para la comprobación de las hipótesis se ha estructurado un estudio descriptivo longitudinal de un número de casos. Es un estudio descriptivo debido a que se ocupa de la recolección de datos, tabulación de éstos y del análisis e interpretación de los mismos, con el propósito de comprender el síndrome Melancolía Involuntiva; y es longitudinal porque analiza detalladamente un número de pacientes en el que se incluyen los cambios y evolución e ineficacia de los tratamientos utilizados durante un lapso de tiempo. Nuestro estudio se puede dividir en dos partes: estudio retrospectivo y estudio actual.

Material y procedimientos:

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes diagnosticados con melancolía involuntiva que ingresaron al hospital psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) "Dr. Rafael Lavista", durante el período comprendido entre el 1.º de enero de 1971 al 31 de diciembre de 1973.

Se hizo un resumen clínico del expediente de cada uno de los pacientes con los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, sintomatología a su ingreso al hospital, tratamiento en el hospital, número subsecuente de recaídas que ameritaron internamiento, fechas, sintomatología y tratamiento, y estado actual.

De esta revisión resultaron 136 expedientes con diagnóstico de melancolfa involutiva, de los cuales se descartaron algunos casos por no coincidir con la definición de melancolfa involutiva del DSM II. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico II de la Asociación Psiquiátrica Americana, "la melancolfa involutiva se define como un trastorno que ocurre durante el período involutivo y se caracteriza por preocupación, ansiedad e insomnio severo, frecuentemente se presentan sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas que pueden ser de proporciones delirantes. Este trastorno se diferencia de la enfermedad maniaco-depresiva por la ausencia de episodios previos; se diferencia de la esquizofrenia en que el contacto con la realidad está interferido debido a un trastorno del afecto; y se diferencia de la reacción psicótica depresiva en que la depresión no es reactiva. Hay opiniones diversas con respecto a si se puede o no diferencias de otros trastornos afectivos. Por lo tanto se recomienda no utilizar este diagnóstico en pacientes involutivos a menos que se hayan descartado todos los otros trastornos afectivos" (90).

Debido a que esta definición presenta pocos síntomas, hemos agregado algunos aspectos sintomáticos que señalan Hinsie L.E. & Campbell S.J. en Psychiatric Dictionary. La melancolfa involutiva se refiere a la psinosis depresiva que aparece durante el período involutivo (40-55 años en mujeres y 50-65 años en hombres) en gente que no tiene historia de padecimientos mentales previos, esta depresión tiene una triada de síntomas consistentes en

(90) DSM II. Op. cit. p. 36, 1968.

delirios de pecado y culpa y/o pobreza, una obsesión con la muerte, y delirios relacionados con el aparato gastrointestinal, todo ella en un marco de agitación o inhibición.

En algunos pacientes (estado paranoide involutivo) se presenta un cuarto síntoma que consiste en delirios de autoreferencia o persecución, este segundo grupo que presenta una mezcla de síntomas paranoides tiene un diagnóstico más pobre que la variedad depresiva pura (91).

Además de que, como vimos en el Capítulo I, existe una clasificación de la melancolía involutiva, que consta de las siguientes tres categorías:

- i. El tipo depresivo, manifestado por depresión severa, agitación, preocupación suicida y sentimientos de culpa y nihilismo.
- ii. El tipo paranoide, con sospechas, hostilidad marcada, ilusiones de persecución e ideas de referencia.
- iii. El tipo mixto, presentando una combinación de agitación contenida e ideación paranoide (92).

Usamos estas definiciones como marco teórico en nuestro estudio.

(91) Hinsel, L.E. & Campbell, R.J. en *Psychiatric Dictionary*, Oxford University Press, New York, Fourth Edition, p. 623, 1970.

(92) Hamilton, F.M.D.: *Loc. cit.*, p. 698.

La población se redujo debido a que se descartaron los casos con dudas diagnósticas, con esquizofrenia, alcoholismo o desórdenes neuróticos. Quedando 86 pacientes a quienes se intentó citar al hospital por medio de la vía telefónica o telegráfica, encontrándose dificultades ostensibles, pues únicamente se presentaron doce pacientes, por lo que fue necesario acudir a los domicilios que en su mayoría resultaron falsos, había ocurrido cambio de domicilio o el paciente había fallecido; obteniéndose veintiún pacientes más. Por lo que quedó un total de treinta y tres casos con los cuales se efectuó el estudio.

Así, se realizó una entrevista clínica psiquiátrica a cada uno de los treinta y tres pacientes con el fin de obtener información acerca de:

1. La sintomatología y tratamiento al momento del ingreso al hospital psiquiátrico en los años 1971 a 1973, para comprobar la veracidad de la información proporcionada por el propio paciente y consignada en el expediente.
2. La evolución que ha tenido la enfermedad desde que fue dado de alta hasta el momento de la entrevista, incluyendo recaídas que podían o no haber ameritado internamientos en hospital psiquiátrico, sintomatologías, tratamientos recibidos, suspensiones de los mismos y estado actual del paciente.

Para evaluar el estado actual del paciente se utilizó un cuadro binominal de sintomatología por paciente (Cuadro Fig. 4). De este cuadro se obtuvo la diferenciación de sintomatología por paciente en tres tipos de melancolía involutiva de acuerdo a Hamilton Ford, M.D. (93).

A continuación de la entrevista clínica, se aplicó la escala del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.) versión abreviada, 366 ítems, porque es un "instrumento que proporciona datos sobre el cuadro general multifásico de la personalidad del paciente", (94) lo que permite hacer una comparación de los resultados obtenidos de la entrevista clínica.

(93) Hamilton Ford, M.D. "Involutional Psychotic Reaction". Op. cit. p. 700.

(94) Hathaway, S.R. & Mc. Kniley, Op. cit. p. 246-254, 1940.



RESULTADOS

"RESULTADOS"

Los datos obtenidos nos reportan que desde el punto de vista de sexo y edad la incidencia más alta de melancolía involutiva corresponde al sexo femenino, el cual alcanzó el 81.81% de los treinta y tres casos estudiados, siendo el 18.18% restante para el sexo masculino (Fig. 1).

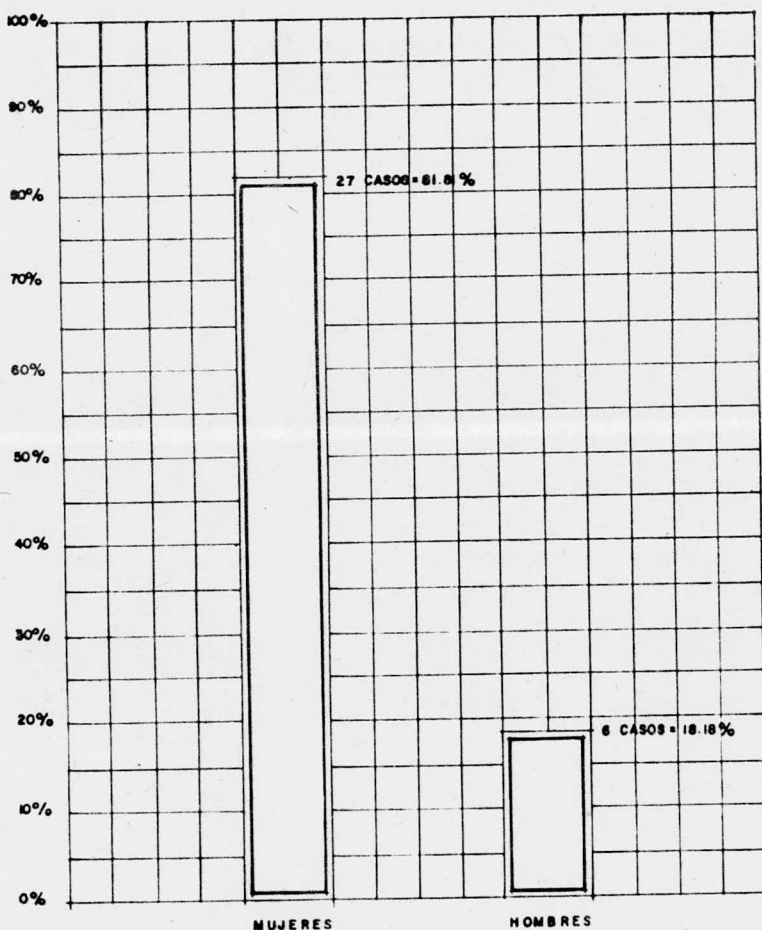


FIG. No. 1 PORCENTAJES DE INCIDENCIA POR SEXO DE MELANCOLIA INVOLUTIVA

100% TOTAL PACIENTES = 33
MUJERES = 27

Esta preponderancia es de un promedio de 4.5 mujeres por hombre; dando un porcentaje mucho más elevado para mujeres casadas y viudas que en cualquier otro estado civil (Fig. 2).

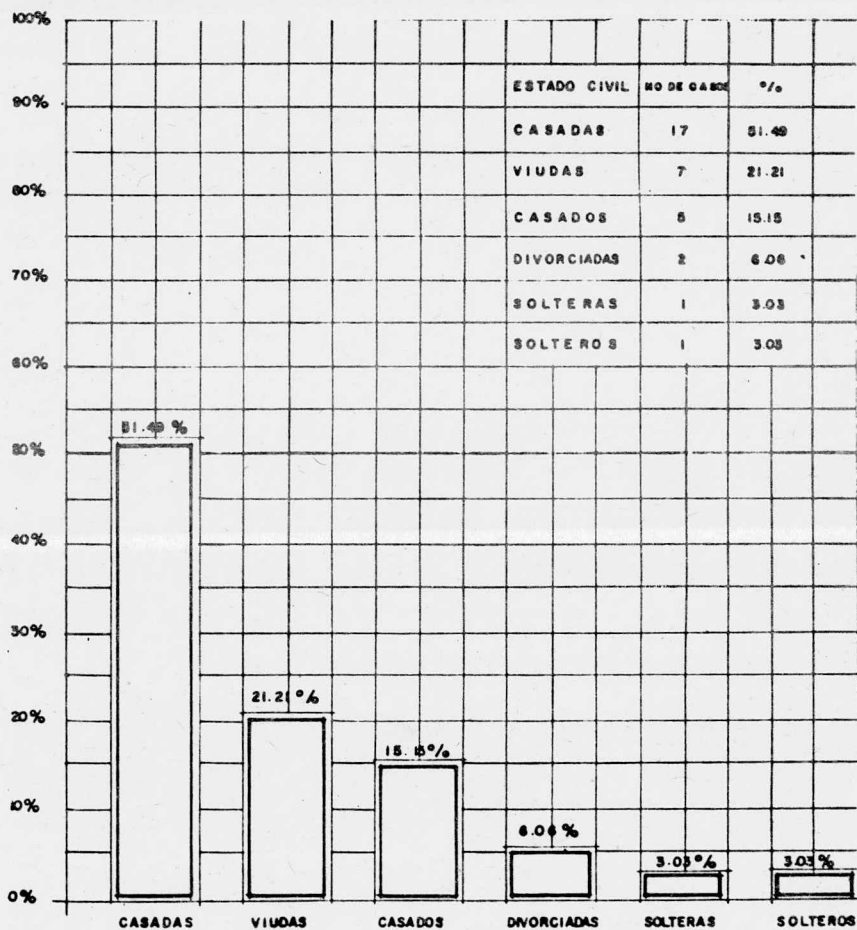


FIG. N.º 2 : HISTOGRAMA DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

También se encontró que es más prevalente en mujeres entre 50 y 57 años de edad y en hombres entre las edades de 56 a 61 años, encontrándose que 52.33 y 59.83 años son las edades promedio para mujeres y hombres respectivamente, en que se presenta la melancolfa involutiva (Fig. 3).

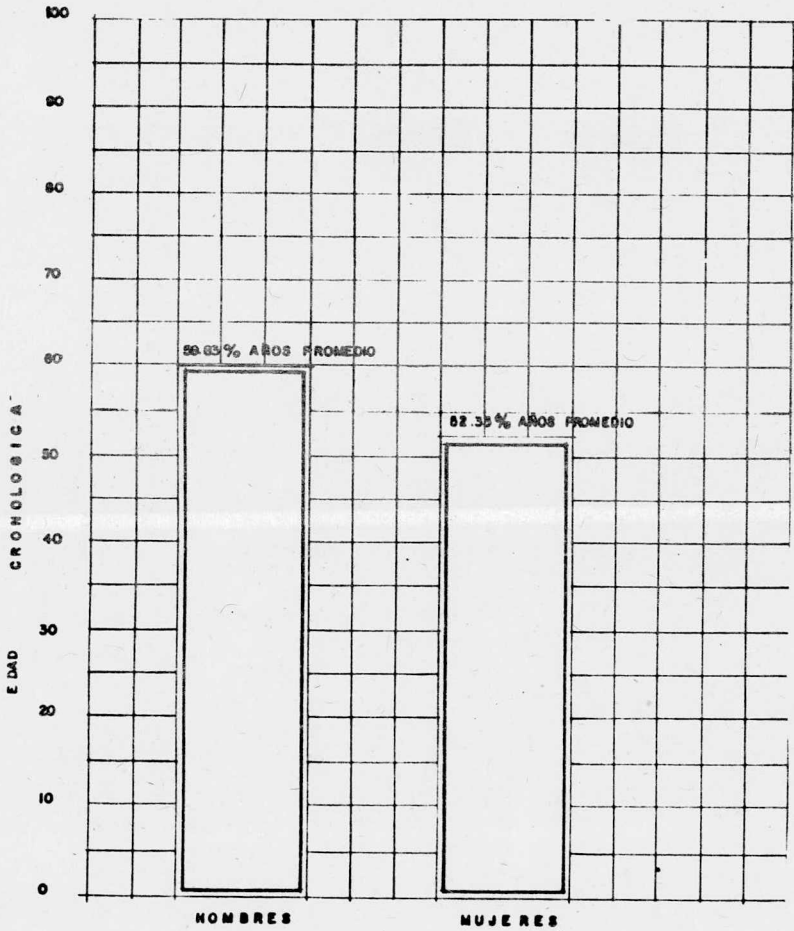


FIG. No 3 : EDAD PROMEDIO DE INCIDENCIA EN HOMBRES Y MUJERES

En el análisis de la sintomatología hospitalaria presente en cada uno de los pacientes se encontró que la mayor frecuencia fue alcanzada por el síntoma tristeza y en orden descendente estuvieron: insomnio, llanto, pesimismo, ansiedad, adinamia, alteraciones del pensamiento, anorexia, alucinaciones, sentimientos de minusvalía y agitación psicomotriz (Fig. 5).

HISTOGRAMA DE LA SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE EN EL HOSPITAL DE UNA POBLACION TOTAL DE 33 PACIENTES.

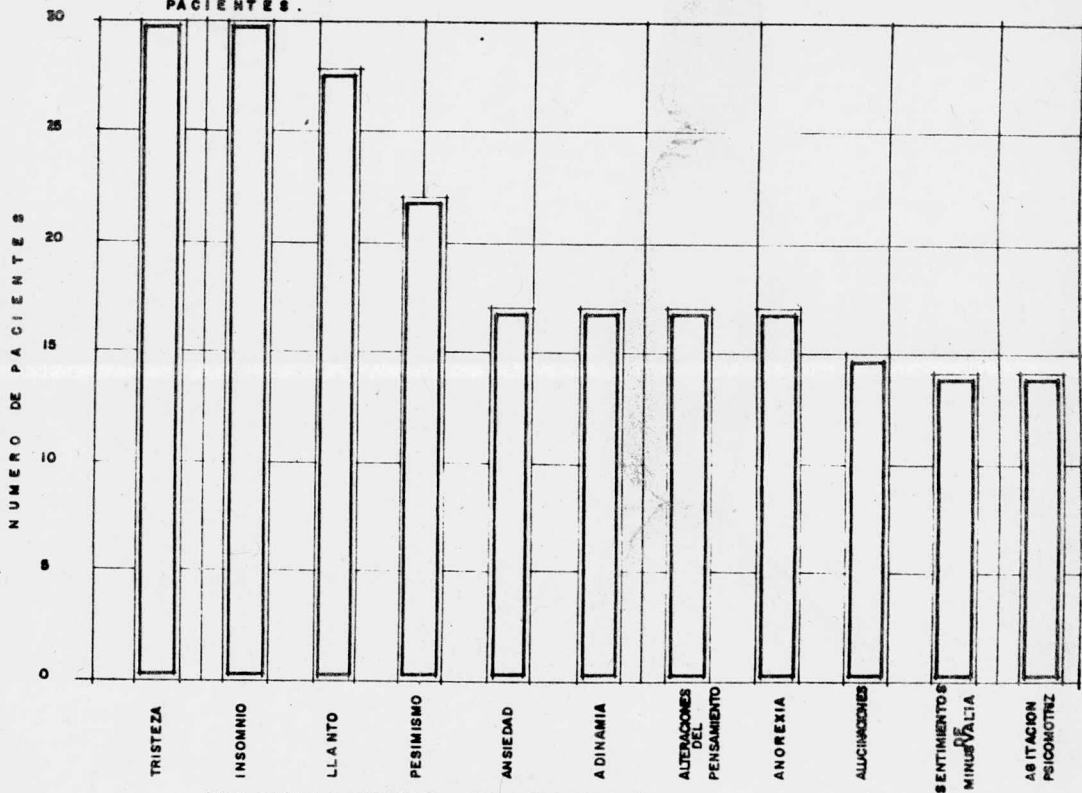


FIG. No 5: (II : SINTOMAS MAS FRECUENTES)

La gráfica de la Figura 6 muestra la distribución de los casos en tres tipos clínicos según la sintomatología hospitalaria presente al momento del internamiento. Veinte casos correspondieron a la variedad depresiva, nueve a la mixta y cuatro a la paranoide.

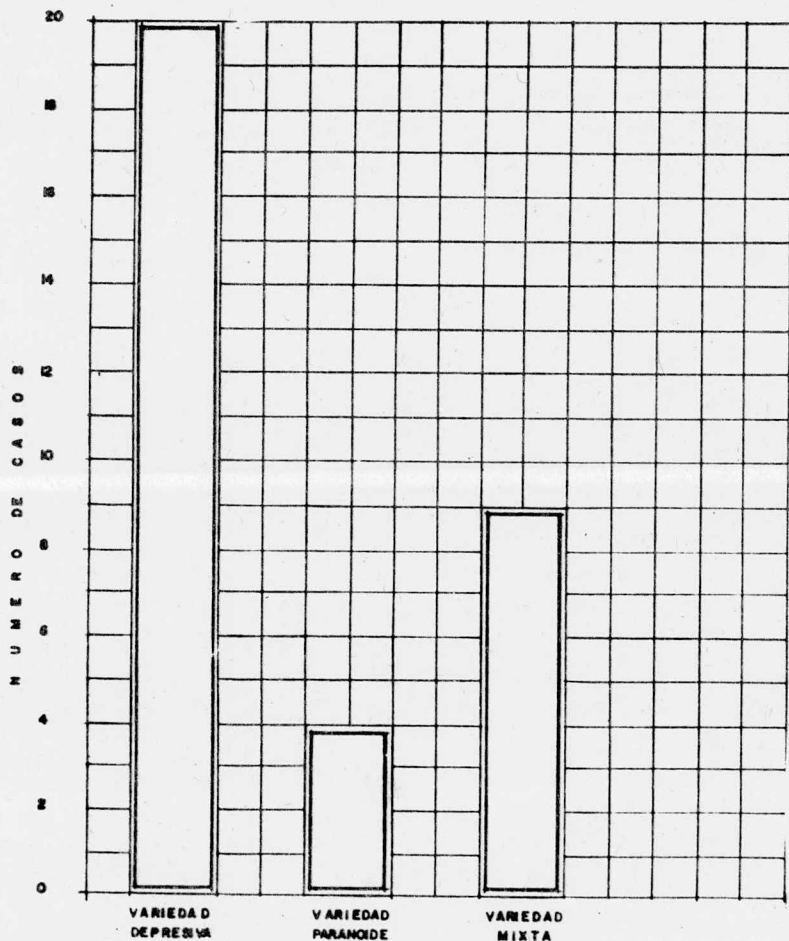


FIG.No 6 : DISTRIBUCION DE CASOS EN LAS DIFERENTES VARIEDADES.

La hospitalización de estos pacientes tuvo un promedio de duración de treinta y un días (Fig. 7).

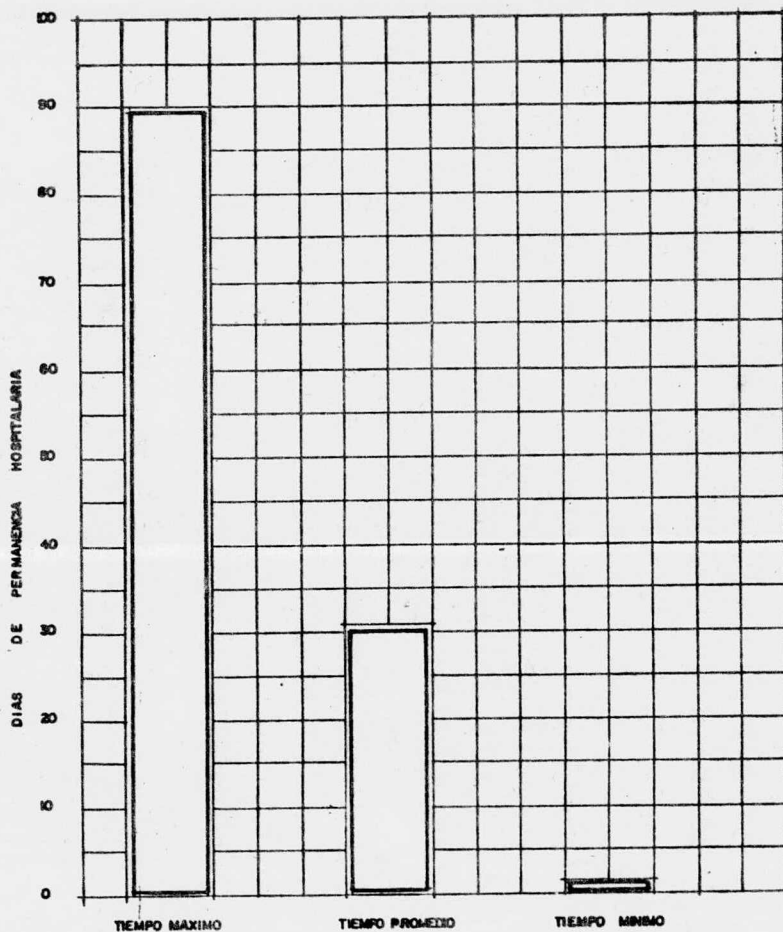


FIG. No7 TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Del total de los pacientes, el 84.85% salieron del hospital reconocidos como recuperados y el 15.15% como no recuperados debido a altas voluntarias (Fig. 8).

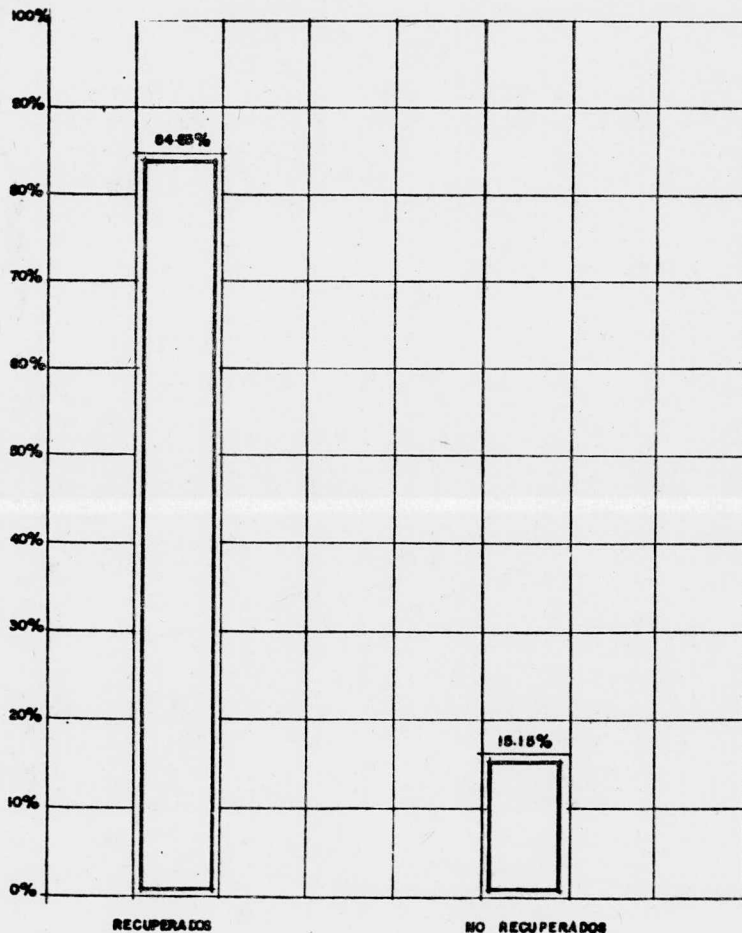


FIG. N.º 8 : ESTADO DE LOS PACIENTES AL SER DADOS DE ALTA.

Sin embargo, el 66.66% de la población total sufrió una o más recaídas

(Fig. 9).

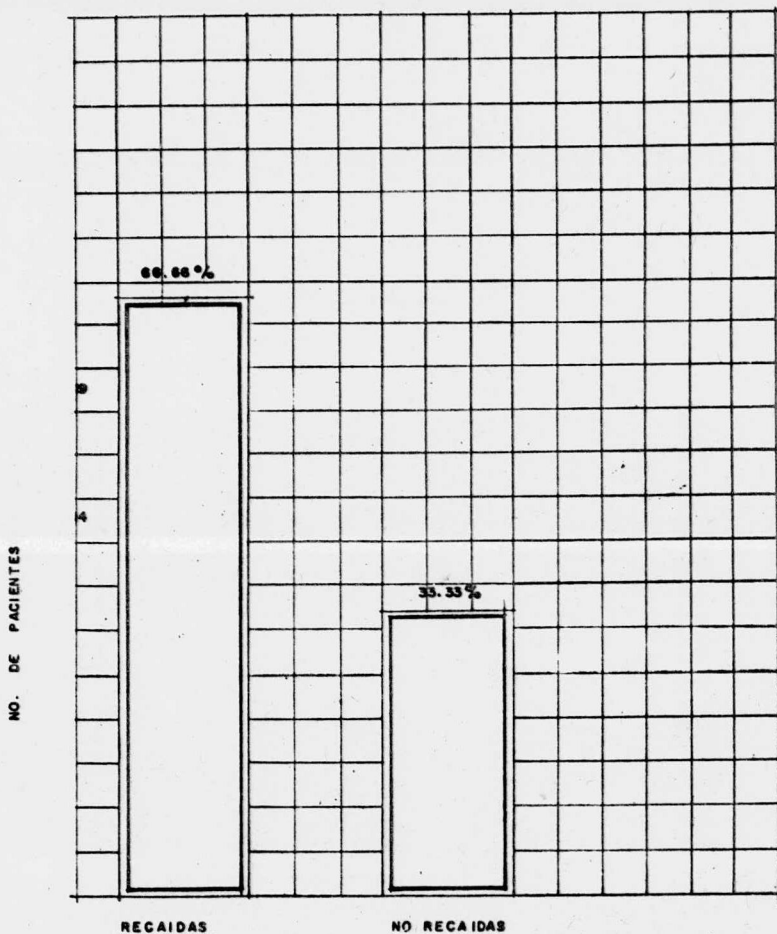


FIG. N.º 9 : PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SUFRERON RECAIDAS /VS/ NO RECAIDAS

POBLACION = 33 PAC.

En el tratamiento hospitalario se observó el uso de diecinueve diferentes combinaciones de medicamentos, de entre los cuales el uso de tricíclicos se observó en veinte casos (Fig. 10).

FIG. 10 : TIPOS DE TRATAMIENTO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Z	O	P	Q	R			
1			AR	H																A	TRICICLICOS TRANQUILIZANTES	
2		A						N												B	FENOTIAZINAS TRICICLICOS	
3	H	AR																		C	TRICICLICOS FENOTIAZINAS TRANQUILIZANTES	
4	WAR																			D	TRICICLICOS TRANQUILIZANTES	
5	H													R	A					E	TRANQUILIZANTES	
6	A	H		A											R					F	TERAPIA ELECTROCONV. TRANQUILIZANTES	
7	A		M																	G	FENOTIAZINAS INHIB. MONOAMINOXID.	
8	H		AR																	H	TERAPIA ELECTROCONV.	
9	R		A					N												I	TRICICLICOS INHIB. MONOAMINOXID. TRANQUILIZANTES	
10	N			A									R							J	FENOTIAZINAS TRANQUILIZANTES	
11	H				A									R						K	FENOTIAZINAS TRANQUILIZANTES	
12	H				A															L	INHIB. MONOAMINOXID.	
13		H																		M	TRICICLICOS TERAPIA ELECTROCONV. TRANQUILIZANTES	
14		H			A															N	TRICICLICOS FENOTIAZ. TERAPIA ELECTROCONV. TRANQUILIZANTES	
15	R							N												Z	SIN MED. EN LA ACT.	
16		RA																		O	TERAPIA ELECTROCONV. TRANQUILIZANTES	
17	AR				M															P	CASES FENOTIAZINAS TRICICLICOS TRANQUILIZANTES	
18					A															Q	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	
19					A	NR							NA		H					R	INHIB. MONOAMINOXID. TRANQUILIZANTES	
20																						
21																						
22			A		NR																	
23			A					N														
24	H	A																				
25		NR													A							
26	H														A							
27	H				R										A							
28	AR	H													A							
29											H				A							
30						N									A							
31										N					A							
32	NR		A												A							
33	R		H	A																		

N = TRATAMIENTO HOSPITALARIO
R = TRATAMIENTO EN RECAIDAS
A = TRATAMIENTO ACTUAL

En relación con los tratamientos prescritos a los pacientes, al ser dados de alta se encontró que veintitres siguieron la prescripción de manera discontinua, de los cuales catorce no están recuperados en la actualidad y de los diez pacientes que tomaron sus medicamentos de manera continúa, únicamente dos no están recuperados (Fig. 11).

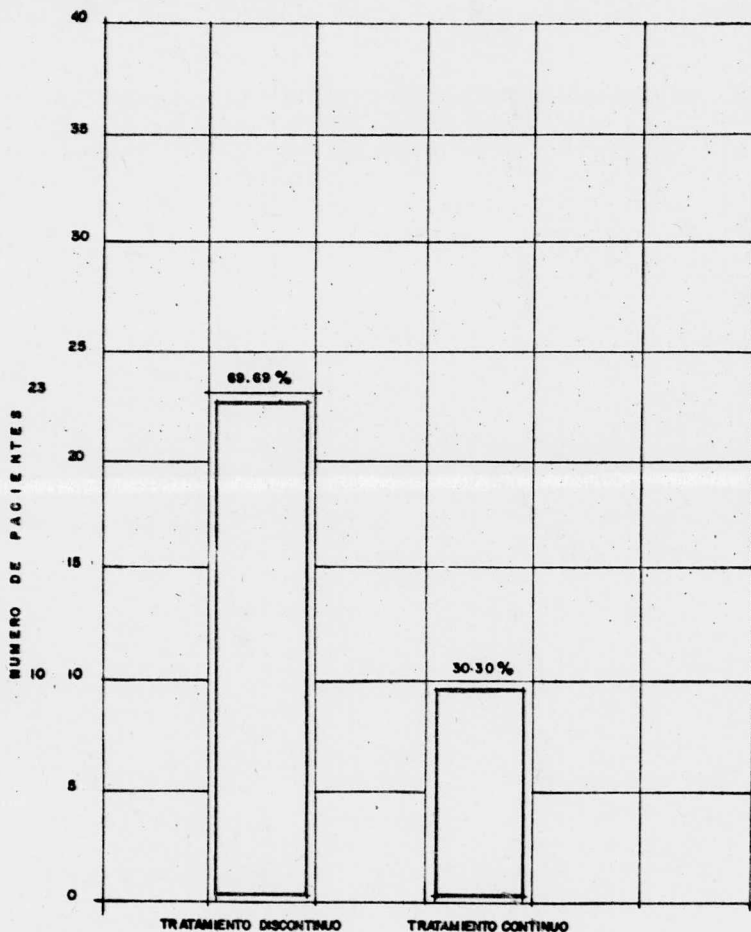


FIG. N.º II : SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO
VS
CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO

De la sintomatología resultante de la entrevista clínica, se encontró que dentro de los diez síntomas más frecuentes aparecen: ansiedad, tristeza, insomnio, cefalea, sentimientos de minusvalía, fallas de memoria, alteraciones del pensamiento, sentimientos de futilidad, reducción de la atención y concentración y por último desórdenes digestivos (Fig. 12).

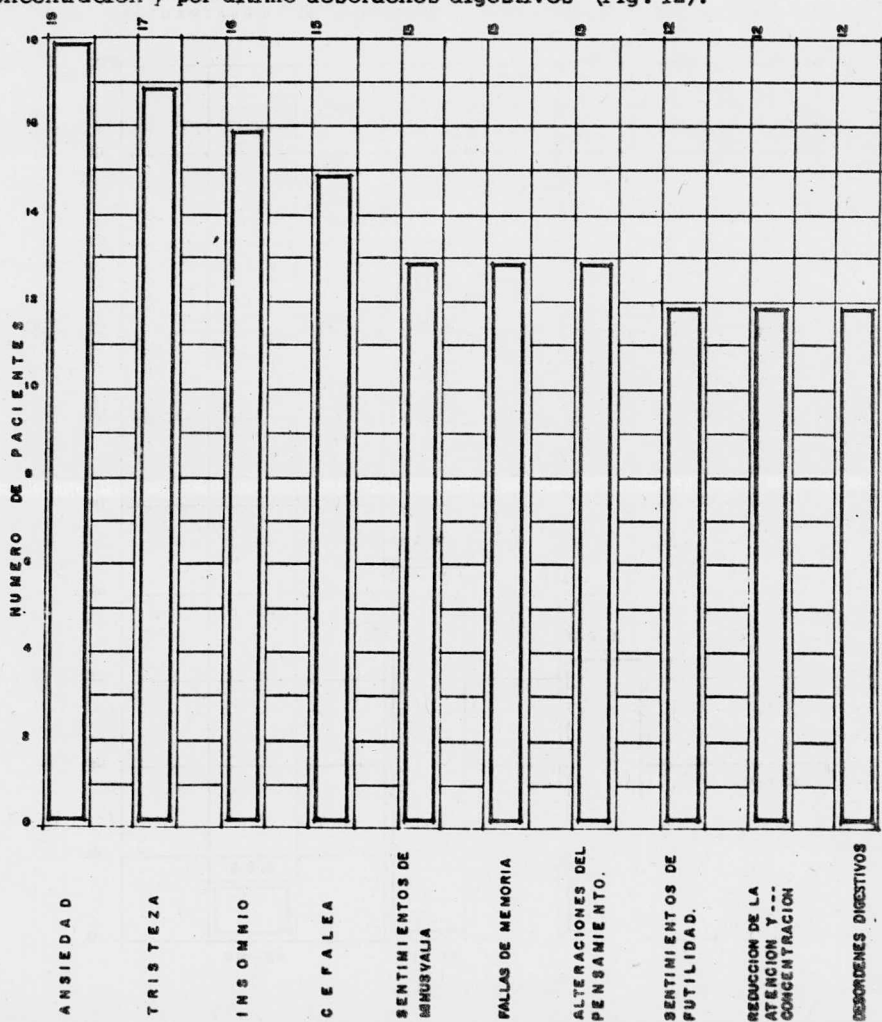


FIG. No. 12 SISTEMATOLOGIA ACTUAL MAS FRECUENTE

Posteriormente se obtuvo un acuerdo del 96.66% (veintinueve de treinta pacientes), entre la sintomatología encontrada por medio de la entrevista clínica y el perfil del M.M.P.I. de cada paciente, solamente en un caso no sucedió esto (Fig. 13).

CUADRO DE CONCORDANCIA VS. NO CONCORDANCIA EN 30 PACIENTES QUE REALIZARON M.M.P.I. Y ENTREVISTA CLINICA .

CONCORDANCIA
96.66%

VARIEDAD CLINICA	No. PACIENT.	% POBLACION	ESTADO ACTUAL
ASISTOMATICOS	16 .	53.17%	RECUPERADOS
DEPRESIVA	7	24.13%	NO RECUPERADOS
MIXTA	6	20.65%	NO RECUPERADOS
T O T A L E S		29	99.95%

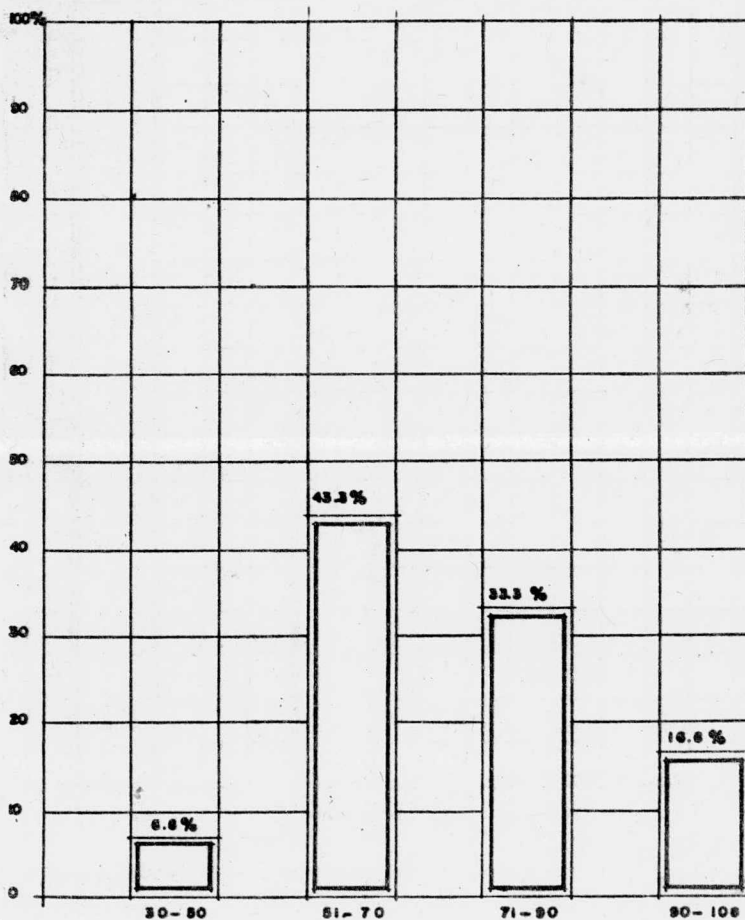
NO CONCORDANCIA
3.33%

C A S O N U M E R O	VARIEDAD CLINICA POR MMPI	VARIEDAD CLINICA POR ENTREVISTA
26	PARANOIDE	MIXTA .

FIG. No 13

La gráfica 14 muestra que el 43.30% de los pacientes obtuvieron puntajes "T" entre 51 y 70; el 33.33% entre el 71 y 90; el 16.6% entre 90 y 108 y un porcentaje mínimo obtuvo entre el 30 y 50.

FIG. No 14
PORCENTAJES DE CALIFICACION T EN LA ESCALA 2 "D" DEL M.M.R.I.



CALIFICACION (T)

Al hacer la distribución de los casos por tipos clínicos se observó que dieciseis se encontraban asintomáticos, esto es, recuperados totalmente, seis correspondieron a la variedad clínica mixta, siete básicamente depresiva y uno a la variedad fundamentalmente paranoide (Fig. 15).

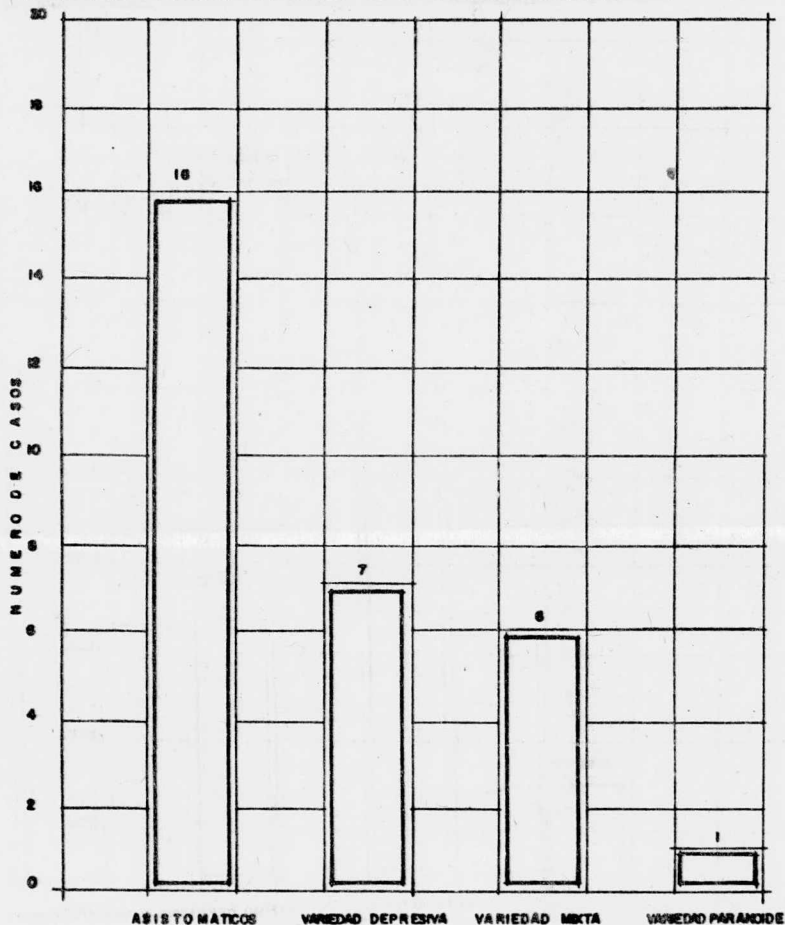


FIG. N.º 15 TIPOS CLINICOS DE LA POBLACION EN BASE A LA SISTEMATOLOGIA DE LA ENTREVISTA CLINICA.

Debido a la falta de información tres casos no pudieron ser incluidos

En el tipo de tratamiento para los catorce pacientes que actualmente están recuperados, fue común encontrar el grupo de los antidepresivos tricíclicos en un 78.52% de los casos; los tricíclicos en combinación con tranquilizantes en un 28.35%; los tricíclicos con fenotiazinas en un 21.42%; un porcentaje igual alcanzaron los pacientes que utilizaron tricíclicos solos. El 19.28% utilizaron tranquilizantes solos y el 9.19% fenotiazinas solas, y tres pacientes no recibían tratamiento, lo que representa el 17.64% de esta población (Fig. 16).

FIG. No 16

TABLA DE TIPOS DE TRATAMIENTO EN 17 PACIENTES RECUPERADOS.

N.º DE PAC.	% DE LA POBLACION	TIPOS DE TRATAMIENTO	% POR TRATAMIENTO	% GLOBAL DE PACIENTES CON TRICICLICOS	% GLOBAL DE PACIENTES CON OROS TRATAM.	% DE TRATAMIENTO QUE CONTIENEN TRICICLICOS	TRATAMIENTO CONTINUO	TRATAMIENTO DISCONTINUO
4	23.52 %	TRICICLICOS TRANQUILIZANTES	28.37%	78.97%		98.66%	3	1
3	17.64 %	TRICICLICOS FENOTIAZINAS	21.42%				2	1
3	17.64%	TRICICLICOS	21.42%				1	2
1	5.88%	TRICICLICOS TRANQUILIZANTES FENOTIAZINAS	7.14%				1	

2	11.76 %	TRANQUILIZANTES	14.28%	21.42%
1	5.88 %	FENOTIAZINAS	7.14%	
			98.97%	98.99%

	2
1	
6	6
82.14%	42.85%

3	17.64 %	SIN MEDICAMENTOS EN LA ACTUALIDAD
TOTAL	17	98.96 %

En el cuadro 17 se incluyeron datos acerca de los tratamientos suministrados a diez de los dieciséis pacientes actualmente no recuperados. Tres de estos pacientes toman tricíclicos sin otros medicamentos en una forma discontinua, tres pacientes más son tratados con tranquilizantes solos en la misma forma, dos reciben tratamiento a base de una combinación de tricíclicos, tranquilizantes y fenotiazinas; un paciente recibe fenotiazinas y tranquilizantes combinados y por último un paciente recibe inhibidores de la mono-amino-oxidasa sin combinación alguna. De este grupo de pacientes no recuperados un 37.50% permanecían sin medicamentos hasta el momento de la entrevista.

FIG. No 17

CUADRO DE 10 PACIENTES
NO RECUPERADOS VS
TRATAMIENTO.

Nº	TIPO DE TRATAMIENTO	CASOS	VARIEDAD CLINICA	SIN TRATAMIENTO	TRATAMIENTO DISCONTINUO	TRATAMIENTO CONTINUO
3	C TRICICLICOS	1	DEPRESIVA		I	
		8	DEPRESIVA		I	
		9	DEPRESIVA		I	
3	E TRANQUILIZANTES	12	MIXTA		I	
		14	MIXTA		I	
		20	MIXTA		I	
2	D TRICICLICOS TRANQUILIZANTES FENOTIAZINAS	6	DEPRESIVA			I
		15	DEPRESIVA		I	
1	K FENOTIAZINAS	21	MIXTA		I	
1	L I. M. A. O	2	MIXTA			I

6	Z SIN MEDICAMENTOS EN LA ACTUALIDAD.	16	DEPRESIVA	37 50%	I	
		25	DEPRESIVA		I	
		26	PARANCOIDE		I	
		29	MIXTA		I	
		30	MIXTA		I	
		24				
TOTAL	16					

En este estudio se registraron tres casos los cuales se clasificaron como incompletos ya que no existía suficiente información para ser valorados, debido a circunstancias muy particulares de cada paciente; se describen a continuación los inconvenientes que se presentaron:

Caso 24:

Por el estado de ansiedad en el que se encontraba sólo pudo contestar 192 preguntas del M.M.P.I. y fue necesario hacer una entrevista indirecta con su esposo, pues la paciente no se encontraba en condiciones de responder a las preguntas formuladas.

Caso 31:

Perteneciente a la variedad mixta con síntomas depresivos e ideación paranoide no pudo realizar el M.M.P.I.

Caso 33:

Paciente que se encontró asintomático y sin tratamiento, no quiso realizar el M.M.P.I., pues consideró que no era necesario, pero se prestó a la entrevista clínica no de muy buen grado.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones de estos hallazgos representan una muestra de la población psiquiátrica del Hospital "Rafael Lavista" con diagnóstico de Melancolfa Involutiva, con un pequeño número de pacientes, pero podemos señalar al respecto, que las investigaciones publicadas también presentan pocos casos y que sus generalizaciones no van estrictamente más allá de la población estudiada y del reducido número de hipótesis a comprobar; nosotros haremos lo mismo.

1. Los resultados respecto a incidencia por sexo y edad son muy similares a los reportados previamente en otros trabajos (Kielholz, Werner, Hamilton) con promedio de 59.83 años para el sexo masculino y 52.33 años para el femenino, siendo éste último el de mayor incidencia por sexo en una relación de 4 - 1.

2. La misma similitud fue encontrada cuando el análisis de porcentaje de incidencia por estado civil nos reportó que las mujeres casadas y viudas ocupaban las cifras más altas.

3. La sintomatología presentada por los pacientes coincide con la proporcionada por la A.P.A. en su DSM II en su definición, e incluso con las reportadas por otros autores (Hamilton, Werner, Koher).

4. Los porcentajes reportados en orden decreciente demuestran que la mayor incidencia de casos es la melancolfa involutiva de tipo depresivo, en segundo lugar la melancolfa involutiva de tipo mixto y en tercer lugar la melancolfa involutiva de tipo paranoide.

5. Se observó que independientemente de la variedad de melancolfa involutiva a la que pertenecían los pacientes, el promedio de estancia hospitalaria fue de treinta y un días, en los cuales remitían solamente aquellos síntomas que marcaban el estado crítico de los pacientes; lo que no está en desacuerdo con el promedio de estancia hospitalaria que es de treinta y cuatro días para otros padecimientos psiquiátricos en el Hospital "Dr. Rafael Lavista".

6. En nuestra población el 66.66% presentó una o más recaídas que ameritaron internamiento o atención psiquiátrica, la sintomatología reportada en la historia clínica del paciente, la sintomatología actual por medio de la entrevista y los resultados de la aplicación del M.M.P.I. nos indican que la enfermedad reincide con depresión constante y con exacerbaciones importantes, por lo que concluimos que nuestra primera hipótesis es comprobada: "Los pacientes con melancolfa involutiva siempre están deprimidos, en mayor o menor grado, una vez que ha ocurrido el primer brote".

7. Se encontró un 69.69% de la población que suspendía el tratamiento prescrito, lo cual influye definitivamente en el curso de la enfermedad. Aún cuando no existe homogeneidad en los tratamientos para este síndrome, es necesario señalar que de los 23 pacientes con tratamiento discontinuo un 39% se recuperaron (9 pacientes) y de diez con tratamiento continuo el 80% se recuperaron (8 pacientes). Podemos concluir que existe una más alta incidencia de recuperación si el paciente toma sus medicamentos por un largo período sin interrupciones. Esta aseveración va de acuerdo a lo escrito por Detré y Jarecki: "Un tratamiento de sostén con fármacos para este tipo de pacientes es de gran utilidad en la prevención de recaídas". (56)

8. En relación a nuestra hipótesis:

"La escala 2 "D" del M.M.P.I. es un instrumento útil para valorar la depresión en pacientes con melancolía involutiva", podemos concluir que sí es un instrumento psicométrico útil para valorar la depresión, puesto que efectivamente los perfiles obtenidos de la población no recuperada se encontraban elevados en la escala "D"; es decir, se presentaron calificaciones "T" mayores a 70 e incluso de 108, evidentemente estos puntajes nos señalan cuadros agudos de depresión. La escala D o 2 del M.M.P.I. es discriminativa del síntoma depresivo, puesto que en los pacientes que actualmente están recuperados, sus resultados en la escala no registraron un perfil elevado.

9. Aún cuando podemos concluir que el M.M.P.I. es un instrumento válido para evaluar la depresión, es importante señalar que no es un instrumento rápido, ya que el tiempo de aplicación varió de dos horas y media hasta cuatro horas. Pensamos que en un estudio subsecuente se pueda aplicar otro test más breve que presente una alta correlación con el M.M.P.I.

10. Nuestra tercera hipótesis: "Existe correlación entre los síntomas encontrados en la entrevista clínica y los resultados del M.M.P.I." Se obtuvo un 96.66% de correlación entre la sintomatología encontrada en la entrevista clínica y los perfiles que resultaron del M.M.P.I., por lo tanto concluimos que queda comprobada esta hipótesis.

11. No existe aún un criterio unificado y organizado en el tipo de tratamiento que específicamente se puede aplicar al padecimiento que nos ocupa, encontrándose diecinueve combinaciones de tratamientos que incluyen tricíclicos, fenotiazinas, I.M.A.O. y T.E.C.

12. En nuestra población el único grupo de medicamentos que obtuvo resultados más consistentes respecto a su indicación y a la recuperación del paciente fue el de los tricíclicos suministrados solos o combinados con otros psicofármacos como las fenotiazinas (36) por la presencia de componentes ansiosos y delirios, lo cual se ve apoyado por las investigaciones realizadas con imipramina por Klerman y colaboradores (45); Kiloh y colaboradores (46); Carranza Acevedo (47); Ambrozi y Birkmayer (48); Detré y Jarecki (55).

13. Los datos registrados de la población no nos permiten hacer conclusiones respecto a la indicación y mejoría de los pacientes con tratamiento a base de I.M.A.O., ya que solamente al 9.0% de la población hospitalaria se le administró esa clase de medicamentos en combinación con fenotiazinas, tricíclicos y/o tranquilizantes. Sin embargo, diversos autores reportan resultados satisfactorios e incluso superiores a la TEC que utilizando I.M.A.O. Zeller y colaboradores (50); Kline y Stanley (51); Coullant y Goldman (53); Oltman y Freedman; y Sainz, Middlefel (54). Asimismo, el registro del tratamiento de fenotiazinas en diferentes combinaciones y dosis con T.E.C., tricíclicos, I.M.A.O. y tranquilizantes. Aún cuando debemos tener en cuenta que Siwald y colaboradores (37) consideran a las fenotiazinas como principal indicación en depresiones endógenas para remitir ansiedad y delirios. También Detré y Jarecki señalan que son efectivos para aliviar síntomas psicóticos (39). Creemos que estos tipos de tratamiento están directamente relacionados con el tipo de melancolía involutiva que presenta el paciente de acuerdo a la sintomatología depresiva, paranoide o mixta.

14. Respecto a las hipótesis:

"La terapia electroconvulsiva sola da los mejores resultados terapéuticos en la melancolía involutiva" (88) (65) (66) (67); y "La terapia electroconvulsiva aunada a medicación tricíclica es el mejor tratamiento para la melancolía involutiva" (89) no se pudieron comprobar ni deshechar debido a la falta de información, ya que a ningún paciente de la población estudiada se le administraron estos tratamientos.

15. Es importante señalar que ningún caso de los presentados fue atendido con psicoterapia, aún cuando la bibliografía revisada reporta que muchos de los fracasos terapéuticos se deben a que el medicamento se prescribe sin una relación psicoterapéutica previa (Carranza Acevedo (71); Detré y Jarecki (72). Aquí surge la cuestión de si esta falta de atención psiquiátrica conduce al enfermo a suspender su tratamiento farmacológico y tiende a tener recaídas, dando como resultado que el paciente no tenga la suficiente motivación para la ingesta del mismo y por tanto exista la tendencia a la suspensión y a la recaída.

16. El pronóstico de la melancolía involutiva en nuestra población está dentro de los lineamientos marcados desde 1940 a la fecha, con un tiempo de evolución con recaídas entre 2 y 7 años, con un porcentaje arriba del 50% de recuperación. Se comprueba que el curso clínico de la melancolía involutiva es similar al reportado en otros países.

COMENTARIOS

COMENTARIOS

El presente estudio revela una problemática aún vigente en la nosología psiquiátrica en lo que se refiere a la clasificación y denominación de los síndromes clínicos que consideramos el primer paso para darle carácter científico a la Psiquiatría y Psicología Clínica.

Las dificultades para diagnosticar la melancolía involutiva surgen de la incompleta e inadecuada identificación del padecimiento, ya que el síndrome incluye más síntomas de los reportados en los expedientes revisados; se hace entonces evidente y urgente un sistema de registro que permita de una manera rápida y objetiva obtener los diferentes datos para la elaboración del diagnóstico.

En el presente estudio no se investigó un gran número de variables que pueden ser definitivas, tales como: tipo de personalidad premórbida, ingreso económico, condición social, nivel cultural, características del período menopáusico, organización y dinámica familiar y determinación de la población urbana o rural a la que pertenecía el paciente.

Siempre es preferible un reconocimiento honrado y sincero de la complejidad y dificultades inherentes al problema estudiado, así como de las limitaciones de nuestro conocimiento actual en este campo a una lista de cómodas simplificaciones.