

11226 /
lej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

CLINICA ORIENTE

I.S.S.S.T.E.

**DEPRESION: DIAGNOSTICO POR EL MEDICO FAMILIAR
EN BASE A ESCALA DE ZUNG EN POBLACION
DERECHOHABIENTE DEL I.S.S.S.T.E. EN
PUEBLA, ACAPULCO Y CD. DE MEXICO**

T E S I S A

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A N:

ELVIA MARGARITA ALCALA CAMBEROS

VIRGINIA MARQUEZ MENDOZA

CLOTILDE SOTOMAYOR SOLIS

ASESOR DE TESIS:

DRA. GEORGINA MARGARITA SOLIS GARCIA



1992

TRABAJO CON
VALOR DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CAPITULO	PAG(S).
I	RESUMEN..... 1
II	INTRODUCCION2 - 3
III	ANTECEDENTES DE DEPRESION :
	DEFINICION DE DEPRESION..... 4
	ANTECEDENTES HISTORICOS..... 5 - 9
	CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS.....9 - 14
	DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESION..... 14
	INVESTIGACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESI- VOS.PERSPECTIVAS ETIOPATOGENICAS :
	ESTUDIOS GENETICOS..... 15
	ESTUDIOS BIOLÓGICOS.....15 - 18
	ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS..... 18
	ESTUDIOS NEUROENDOCRINOS..... 18 - 19
	METABOLISMO DE LOS ELECTROLITOS..... 19 - 20
	FACTORES BIOTIPOLOGICOS..... 20
	FACTORES PSICODINAMICOS..... 20
	CAUSAS ECOLOGICAS..... 20 - 21
	CAUSAS SOCIALES..... 21 - 22
	EPIDEMIOLOGIA 22 - 27
	DISTRIBUCION DE LOS CUADROS DEPRESIVOS EN CUANTO A SEXO, EDAD,RAZA, NIVEL SOCIOECO- NOMICO Y DIFERENCIAS CULTURALES..... 24 - 25
	MORBILIDAD Y MORTALIDAD..... 25 - 27
	DINAMICA DE LA DEPRESION..... 27
	SINTOMAS DE DEPRESION..... 27 - 29
	ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPRESION INFANTIL29 - 30
	DEPRESION EN EL ADOLESCENTE..... 31
	DEPRESION Y EDAD AVANZADA..... 31 - 32
	PREDOMINIO DE LA DEPRESION..... 32 - 33
	EFFECTOS DE LA DEPRESION EN EL MEDIO AM- BIENTE Y VICEVERSA..... 33 - 34

CAPITULO

PAG.(S)

	PUNTOS DE REFERENCIA ETIOLÓGICOS.....	34 - 39
	PUNTOS DE REFERENCIA ORGÁNICOS.....	34 - 35
	PUNTOS DE REFERENCIA PSIQUIÁTRICOS :	
	- DEPRESIONES PSICÓTICAS	35 - 37
	- DEPRESIONES NEURÓTICAS.....	37
	- OTROS SÍNDROMES DEPRESIVOS.....	38 - 39
	DIAGNÓSTICO :	
	CLÍNICO	40 - 42
	POR INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICIÓN....	43 - 52
	ERRORES QUE PRODUCEN FRACASO DEL DIAGNÓSTICO.....	54 - 55
	CONDUCTA NECESARIA.....	55 - 56
	LO QUE NO SE DEBE HACER O DECIR A UN DEPRIMIDO.....	57 - 60
	CURSO Y PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.....	60 - 62
	PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	63
	TRATAMIENTO	64 - 88
IV	PROBLEMA	89 - 91
V	JUSTIFICACIÓN	92 - 93
VI	OBJETIVO (S)	94
VII	METODOLOGÍA	95 - 98
VIII	RESULTADOS.....	99 - 115
IX	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	116 - 118
X	CONCLUSIONES	119 - 120
XI	SUGERENCIAS	121
	BIBLIOGRAFÍA.....	122 - 125

RESUMEN

SE REALIZA UNA INVESTIGACION EN UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE EN PUEBLA , ACAPULCO Y Cd. DE MEXICO,DF; CON OBJETO DE IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE DEPRESION POR DIAGNOSTICO CLINICO EN COMPARACION A LA FRECUENCIA MEDIANTE LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ESCALA AMD O DE ZUNG), COMPARANDO CON EL PORCENTAJE DE FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS POR PATOLOGIA ORGANICA.

AL IGUAL QUE EN LA LITERATURA , SE OBSERVA QUE ES POCO FRECUENTE EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION POR EL MEDICO FAMILIAR Y QUE LAS ENFERMEDADES ORGANICAS OCUPAN EL LUGAR PRINCIPAL EN EL PENSAMIENTO Y REGISTROS CLINICOS CON UNA ORIENTACION BASICAMENTE BIOLOGICISTA. ASIMISMO , APOYA A LO YA DESCRITO QUE LA ESCALA DE ZUNG ES UN AUXILIAR UTIL PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION Y QUE POR SU FACIL APLICACION PUEDE SER UTILIZADA POR EL MEDICO FAMILIAR EN LA CONSULTA DIARIA.

EN LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION, SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE DE LAS TRES CLINICAS ESTUDIADAS , CORRESPONDIENDO EL MAYOR PORCENTAJE A LA DE ACAPULCO , SEGUIDA POR LA DEL DISTRITO FEDERAL Y EN MENOR FRECUENCIA LA DE PUEBLA. LA DEPRESION PREDOMINO EN EL SEXO FEMENINO, EN RELACION AL ESTADO CIVIL FUE MAS FRECUENTE EN VIUDOS, NO SE IDENTIFICO DIFERENCIA IMPORTANTE POR GRUPOS DE EDAD.¹

II

INTRODUCCION

LA NATURALEZA DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA HACE QUE LOS MEDICOS SE VEAN COMPROMETIDOS DE MANERA INEVITABLE EN LA PRACTICA DE LA PSIQUIATRIA. LA IMPORTANCIA QUE TIENE QUE EL MEDICO GENERAL / FAMILIAR , DESARROLLE UNA CAPACIDAD PSIQUIATRICA IMPORTANTE , SE VE REFORZADA POR EL SOLO HECHO DE QUE ESTE VE MAS PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES DE MANERA PRIMARIA QUE CUALQUIER OTRO ESPECIALISTA , INCLUSO EL PSIQUIATRA.²

GOLDBERG Y COLS.,³ AFIRMAN QUE DE CADA 1000 CASOS VISTOS POR EL MEDICO GENERAL , EN 140 EXISTEN PROBLEMAS DEL AREA EMOCIONAL Y QUE SOLO 17 DE ELLOS SERAN REMITIDOS AL ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL. OTROS ESTUDIOS⁴ SEÑALAN QUE EL 15 POR CIENTO DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN ATENCION PRIMARIA PADECEN ALGUN TIPO DE ALTERACION PSICOPATOLOGICA , LA CUAL PUEDE SER O NO , SU PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD. UN 10 POR CIENTO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL MEDICO GENERAL PRESENTAN TRASTORNOS DEPRESIVOS⁵ Y SOLO UNA PEQUEÑA PARTE DE ELLOS SON REMITIDOS AL PSIQUIATRA.

LA DEPRESION UN PROBLEMA MEDICO DE SIGLOS, SE HA INCREMENTADO EN LOS ULTIMOS AÑOS Y HA ADQUIRIDO CARACTERISTICAS QUE LA SACAN DE SU TRADICIONAL MARCO PSIQUIATRICO PARA COLOCARLA DE LLENO EN EL CAMPO DE LA MEDICINA GENERAL/FAMILIAR Y DE LA SALUD PUBLICA. EXPERTOS INTERNACIONALES CONSIDERAN QUE DE CIENTO A DOSCIENTOS MILLONES DE SERES HUMANOS PADECEN HOY EN DIA DE DEPRESION , QUIZA COMO RESULTADO DE LA INFLUENCIA QUE LA MODERNA TECNOLOGIA HA TENIDO SOBRE EL MUNDO EN QUE VIVIMOS, DETERMINANDO PROFUNDOS CAMBIOS AMBIENTALES Y SOCIALES QUE EL SER HUMANO NO HA PODIDO SUPERAR , PESE A SU GRAN CAPACIDAD DE ADAPTACION PSICOBIOLOGICA.⁶

NO SE PUEDE CONCLUIR A PARTIR DE ESTOS DATOS, QUE CADA MEDICO QUE PRACTIQUE DEBA SER CAPAZ DE SOMETER A SUS PACIENTES A PSICOTERAPIA INTENSIVA, PERO SE PUEDE DECIR QUE LA HABILIDAD DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA IMPORTANTE EN RELACION CON LOS TRASTORNOS MENTALES ES TAN BASICA COMO LO ES EN LAS OTRAS CLASES DE ENFERMEDADES.²

ESTAS OBSERVACIONES CONFIRMAN EL COMENTARIO DE HAMMAN :
" EL MEDICO ESTUDIA Y PRACTICA LA PSIQUIATRIA DE MANERA CONTINUA AUNQUE AFIRME QUE NO CUENTA CON LOS CONOCIMIENTOS MINIMOS DE LA PSIQUIATRIA FORMAL. ES EL INSTRUMENTO BASICO DE SU EXITO AUNQUE QUIZA LA PRACTIQUE DE MANERA INCONSCIENTE".
EL POTENCIAL TERAPEUTICO ENTRE MEDICO Y PACIENTE PUEDE IMAGINARSE DE MANERA MAS COMPLETA SI EL MEDICO CULTIVA DELIBERADAMENTE LOS CONOCIMIENTOS DE LA CONDUCTA HUMANA Y DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.²

LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD ES DEFINIDA ENTRE OTRAS MUCHAS CARACTERISTICAS, POR SER " INTEGRAL E INTEGRADA ". CON ESTO SE QUIERE SIGNIFICAR QUE LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN A LOS INDIVIDUOS Y COLECTIVIDADES ABARCAN LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES ; QUE COMPRENDEN ACTIVIDADES DE PROMOCION PREVENCIÓN , DIAGNOSTICO , TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN SOCIAL.

EL MEDICO FAMILIAR NO DEBE RENUNCIAR A DESEMPEÑAR UNA ATENCION INTEGRAL , DADO QUE DICHA CARACTERISTICA ES NUCLEAR PARA LA PRACTICA DE SU DISCIPLINA.³

III

ANTECEDENTES DE DEPRESION

DEFINICION. DEPRESION (DEL LAT. DEPRESSIO, -ONIS). ESTADO DE ABATIMIENTO QUE IMPOSIBILITA PARA LA ACCION ; SE CARACTERIZA POR TRISTEZA PROFUNDA E INMOTIVADA ; PUEDE DAR SINTOMAS FISICOS O PSIQUICOS.⁷

ESTADO DE MELANCOLIA QUE HACE PERDER EL ANIMO(SINON., POSTRACION , TORPOR , ANONADAMIENTO , ABATIMIENTO).⁸

LA DEPRESION ES UN TRASTORNO DEL HUMOR QUE SE CARACTERIZA POR UNA VISION SOMBRIA DEL MUNDO Y DE SI MISMO.⁹ DE MANERA ESPECIFICA , LA DEPRESION SE DEBE DEFINIR SEGUN EL ESTADO DE ANIMO EXPERIMENTADO POR EL PACIENTE QUE SE DEPRIME, A VECES HASTA LA INMOVILIZACION Y QUE ES INVADIDO POR PENSAMIENTOS NEGROS DE AUTOINUTILIDAD Y CULPABILIDAD QUE SON EN EL MEJOR DE LOS CASOS LIGERAMENTE LOGICOS PARA SU FAMILIA O SUS AMIGOS.¹⁰

EN LA ACTUALIDAD , PODEMOS DEFINIR LA DEPRESION COMO EL RESULTADO DE DETERMINADAS FUERZAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES QUE EN UN MEDIO COMPLEJO, ACTUAN EN FORMA NOCIVA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE UNA PERSONA. A SU VEZ, LA ACTIVIDAD DEPRESIVA CAMBIA NEGATIVAMENTE EL COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA , EL CARACTER DE SUS SENTIMIENTOS Y SUS PENSAMIENTOS. ESTE FUNCIONAMIENTO ANORMAL EN SU TOTALIDAD CONFIGURA UNA ENFERMEDAD DEPRESIVA.¹¹

OTRO AUTOR¹² MENCIONA QUE LA VIVENCIA DEPRESIVA ES INDEFINIBLE . PARECE CONSISTIR EN UNA MEZCLA DE TRISTEZA, AMARGURA CONGOJA , DESESPERANZA , APATIA, CONCIENCIA DE INCAPACIDAD, SENTIMIENTOS DE CULPA....., CON ALGUNAS DE ESTAS SENSACIONES EN EL GRADO MAXIMO DE INTENSIDAD.

POR ULTIMO SE DICE QUE EXISTE DEPRESION, CUANDO LA INTENSIDAD Y DURACION DEL BAJO ESTADO DE ANIMO ALTERA SERIAMENTE EL FUNCIONAMIENTO NORMAL Y LA CONDUCTA DEL PACIENTE.¹³

ANTECEDENTES HISTORICOS. DESDE LA MAS REMOTA ANTIGUEDAD Y EN DIFERENTES CULTURAS, EXISTEN DESCRIPCIONES DEL INEXPLICABLE FENOMENO DEPRESIVO ENDOGENO. SON PARECIDAS A LAS DE HOY, AUNQUE EXPRESADAS EN DIFERENTE LENGUAJE Y CON INTERPRETACIONES RELIGIOSAS O MAGICAS , O DE TIPO CIENTIFICO OFICIAL SEGUN LOS CRITERIOS DE LA EPOCA. LA VICTIMA Y LOS ESPECTADORES, MUCHAS VECES NO LA VALORARON COMO ENFERMEDAD.¹²

EN LA CULTURA OCCIDENTAL CASI TODO TIENE UN PRECEDENTE- ENTRE LOS GRIEGOS, NO PODIA FALTAR EN LA DEPRESION. YA EN EL SIGLO IV A. DE C., HIPOCRATES AFIRMABA QUE LOS PROBLEMAS QUE HOY LLAMAMOS PSIQUIATRICOS ESTABAN RELACIONADOS CON LA REACCION CONJUNTA DE LOS CUATRO HUMORES CORPORALES : SANGRE, BILIS NEGRA , BILIS AMARILLA Y FLEMA , Y QUE LA MELANCOLIA ERA PRODUCIDA POR LA BILIS NEGRA O ATRABILIS.^{6,12}

LA ETIMOLOGIA DE LA PALABRA MELANCOLIA DERIVA PRECISAMENTE DE ESTE CONCEPTO GRIEGO DE LA BILIS NEGRA (MELAS -NEGRO, CHOLE-BILIS), QUE PERDURA MUCHOS SIGLOS, CON AÑANIDOS TAN PINTORESOS COMO LA " MELANCOLIA VENTOSA " Y SUSTITUCIONES DE LA BILIS COMO AGENTE CAUSAL POR LOS " VAPORES DEL BAZO", EL "FERMENTO DEMONIACO" Y LA " SUCIEDAD MELANCOLICA".¹²

EN LOS ESCRITOS DE HIPOCRATES , HOMERO, ARISTOTELES , ARETEO, ASCLPIADES , PLUTARCO Y TANTOS OTROS, SE ENCUENTRAN DESCRIPCIONES NITIDAS DE PROCESOS DEPRESIVOS Y MANIACOS. TAMBIEN DE LA SUCESION DE ESTOS ESTADOS EN LA MISMA PERSONA.¹²

CELSUS EN SU LIBRO DE RE MEDICA Y ARETEO DE CAPPADOCIA, EN ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS HABLABAN DE LA MELANCOLIA Y DE LA MANIA COMO PROBLEMAS MEDICOS.⁶ POR EJEMPLO , DICE ARETEO " A MI ME PARECE QUE LA MELANCOLIA ES EL COMIENZO DE LA MANIA Y PARTE DE ELLA". SORANO DE EPHEBUS DESCRIBE EL CUADRO CLINICO DE LA MELANCOLIA , SUS TRABAJOS HAN LLEGADO HASTA NUESTROS DIAS GRACIAS A LA VERSION LATINA DE CAELIUS AURELIANUS , DE LA CUAL EXISTE UNA EXCELENTE TRADUCCION EN INGLES , EDITADA POR DRABKIN EN 1950. GALENO Y OTROS ROMANOS SIGUIERON LA MISMA PAUTA CIENTIFICO NATURAL. 6,12

CON LAS INVASIONES DE LOS BARBAROS ,SE ECLIPSA LA CULTURA GRECO-ROMANA EN OCCIDENTE. DESAPARECE LA FIGURA DEL SABIO PROFANO. LOS ERUDITOS Y LOS PENSADORES SON CASI TODOS RELIGIOSOS Y ENTRE OTRAS MUCHAS CONSECUENCIAS NOS ENCONTRAMOS CON UN ENFOQUE NUEVO , " ESPIRITUAL" DE LA DEPRESION. LA OBSERVACION DE ALGUNAS FORMAS DE DEPRESION, EN LA QUE SUS VICTIMAS ESTAN TAN CARGADAS DE SENTIMIENTO DE CULPA, HACE QUE SE INTERPRETEN CIERTAS MANIFETACIONES DEPRESIVAS COMO FORMAS DE PECADO. ES UN ESPAÑOL , SAN ISIDORO DE SEVILLA ,QUIEN LIBERA EN SU " DE LAMENTATIONES ANIMA DOLENTIS" A LOS POBRES DEPRIMIDOS DE LA CONVICCION COLECTIVA DE QUE ERAN ELLOS MISMOS CON SUS CULPAS LOS RESPONSABLES DE LA SITUACION. SAN ISIDORO EXPLICA QUE ES UNA ENFERMEDAD PRODUCIDA O POR UNA ALTERACION DE LOS HUMORES ,O POR EL EFECTO EN EL CUERPO DE UN DISGUSTO, INTERPRETACION QUE COINCIDE CON LAS ACTUALES.¹²

DURANTE LA EDAD MEDIA , SANTO TOMAS DE AQUINO SOSTENIA QUE LA MELANCOLIA ERA PRODUCIDA POR DEMONIOS EN INFLUENCIAS ASTRALES.⁶ VEMOS QUE DURANTE MUCHOS SIGLOS LA DEPRESION NO FUE ENFOCADA COMO TEMA MEDICO SINO ESPIRITUAL, Y CENTRAN LA ATENCION EN UN GRUPO EN UN GRUPO DE SINTOMAS INHIBITORIOS QUE LLAMAN ACEDIA O ACIDIA. EN EL SIGLO XVI REGRESA DEL TERRENO RELIGIOSO AL MEDICO Y RESURGE LA DENOMINACION DE MELANCOLIA JUNTO A OTRAS OBRAS COMO " TOEDIUM VITAE".¹²

ALGUNOS LIBROS SOBRE LA DEPRESION DE FINES DEL SIGLO XVI Y DEL XVII, CAUSARON GRAN IMPACTO EN SU TIEMPO. DESTACAN "A TREATISE OF MELANCHOLY" DE BRIGHT (1586), Y EL FAMOSO "ANATOMY OF MELANCHOLY" DE ROBERT BURTON, PUBLICADO EN 1654 Y QUE INFLUYO EL PENSAMIENTO CLINICO DURANTE DOS SIGLOS, FUE UN "BEST SELLER" CONTINUO.^{6,12}

A PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX, PHILIPPE PINEL INDICO QUE EL PENSAMIENTO DE LOS MELANCOLICOS ESTABA CONCENTRADO EN UN OBJETO OBSESIVAMENTE Y QUE LA MEMORIA Y LA ASOCIACION DE IDEAS ESTABAN PERFECTAMENTE PERTURBADAS PUDIENDO EN OCASIONES INDUCIR A SUICIDIO.

EN 1809, HASLAM , BOTICARIO DEL HOSPITAL DE BEHTLEM EN LONDRES ESCRIBIO : LOS INDIVIDUOS QUE SE ENCUENTRAN BAJO INFLUENCIAS DE PASIONES DEPRESIVAS , CON FRECUENCIA SE DESESPERAN Y TRATAN DE TERMINAR CON SU EXISTENCIA QUE LES PARECF CONFLICTIVA Y ODIOSA.⁶

EN SIGLO XIX, LOS AVANCES DEL PENSAMIENTO MEDICO SE CENTRAN EN FRANCIA. DOS PSIQUIATRAS , PADRE E HIJO : FALRET, DEJAN ESTABLECIDO EL CONCEPTO DE "LOCURA CIRCULAR" Y DE SU CARACTER HEREDITARIO. LA GUERRA FRANCOPRUSIANA, DESPLAZA HACIA LA ALEMANIA TRIUNFANTE; AHI KAHLBAUM DESCRIBE LA MELANCOLIA Y LA MANIA NO COMO DOS ENFERMEDADES INDEPENDIENTES , SINO COMO DOS FASES OPUESTAS DE LA MISMA DOLENCIA. POR EL CARACTER "CIRCULAR" DE LA ENFERMEDAD , LA LLAMA SI ES GRAVE "VERSANIA TYPICA CIRCULARIS" Y SI ES LEVE CON PRONTAS RECUPERACIONES ESPONTANEAS "CICLOTIMIA".¹²

EL PASO DEL SIGLO XIX AL XX, ESTA MARCADO EN PSIQUIATRIA POR DOS GRANDES TALENTOS, KRAEPLIN Y FREUD. DESAFORTUNADAMENTE NUNCA SE PUSIERON DE ACUERDO Y SUS ENFOQUES DE LA DEPRESION DIAMETRALMENTE OPUESTOS , SE TRANSMITIERON A SUS DISCIPULOS DIVIDIENDO A LA PSIQUIATRIA EN "PSICODINAMICA Y ORGANICISTA" (12).

LOS SEGUIDORES DE FREUD Y DEL PSICOANALISIS CONSIDERARON QUE LA CAUSA DE MUCHAS DEPRESIONES ERA PSICOLOGICA Y VALORARON AL ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO COMO UNA FORMA DE ADAPTACION FUNCIONANDO COMO MECANISMO DE DEFENSA. FORMULARON LA DEPRESION COMO UNA MANIFESTACION DE HOSTILIDAD, CONTRA LA PERSONA AMADA A LA QUE PERDIO EN LA INFANCIA. EXISTE UNA REACCION DE ODI0 CONTRA EL OBJETO DE AMOR PERDIDO , POR "HABER DESAPARECIDO". ESTE ODI0 HACIA LA PERSONA AMADA PROVOCA EXCESIVOS SENTIMIENTOS DE CULPA ; PARA DEFENDERSE CONTRA ESTA CULPA , EL INDIVIDUO REVIERTE LOS SENTIMIENTOS DE ODI0 CONTRA SI MISMO TENIENDO CARACTER DE AUTOCASTIGO , DE AHI LA INTENSIDAD DE SUFRIMIENTOS DEL DEPRIMIDO Y QUE SE CIERRE ASI MISMO TODAS LAS SALIDAS.

POR SUPUESTO LOS PSICOANALISTAS FUERON EVOLUCIONANDO DES-

DE ESTA ANTIGUA INTERPRETACION : FREUD DISTINGUIÓ DOS ESTADOS COMPARARÁNDOLOS ENTRE SI : UNO DE ELLOS (EL DUELO) ERA NORMAL ; EL OTRO (LA MELANCOLIA) PATOLÓGICO ; SI BIEN AMBOS COMPARTIAN EL CUADRO DE LA DEPRESION.¹⁴

PARA BIEN O PARA MAL LA DEPRESION NO CONSERVO SU CONFIGURACION Y SE HA VENIDO A CONSIDERAR COMO UN TERMINO ENVOLVENTE QUE ABARCA EL DUELO, LA MELANCOLIA Y OTROS ESTADOS DE ANIMO.¹⁴ FREUD SEÑALÓ QUE EN LA MELANCOLIA LA FASE ORAL DE LA LIBIDO ES PREDOMINANTE PERO ATRIBUYE ESTE CONCEPTO A ABRAHAM. POSTERIORMENTE AUTORES COMO RADO Y FENICHEL HAN PRODUNDIZADO EN EL TEMAS DE LA ORALIDAD Y LA DEPRESION. COMO HA DEJADO ESTABLECIDO CHODOFF, PARA MUCHOS PSICOANALISTAS EL CARACTER ORAL SE HA CONVERTIDO EN SINONIMO DE NECESIDADES AFECTIVAS Y DE APOYO EXAGERADAS ASI COMO DE RASGOS QUE EXPRESAN UNA DEPENDENCIA EXCESIVA.¹⁴

EDWARD BIBRING PROPUSO UN MODELO DE DEPRESION, BASADO EN EL CONFLICTO QUE IMPLICABA LA EXPRESION EMOCIONAL DE UN ESTADO DE DESVALIMIENTO E IMPOTENCIA DEL YO. DURANTE ALGUN TIEMPO SE CONSIDERO QUE LOS PLANTEAMIENTOS DE BIBRING SOBRE LA DEPRESION ERAN DEFINITIVOS PERO PRONTO FUERON OBJETO DE CRITICA DEBIDO A QUE NO TOMABA EN CUENTA LAS PULSIONES. EN CIERTO SENTIDO, RUBINFINE AMPLIA LA TEORIA AL INSISTIR EN LOS FACTORES DEL DESARROLLO E INCLUIR LA PULSION AGRESIVA.¹⁴

MELANIE KLEIN DEFINIO A LA DEPRESION COMO UN ESTADO MENTAL EN EL QUE SE EXPERIMENTAN TOTAL O PARCIAMENTE LOS SENTIMIENTOS DOLOROSOS DE LA POSICION DEPRESIVA, DEFINIDA COMO LA FASE DEL DESARROLLO EN LA CUAL EL NIÑO RECONOCE UN OBJETO GLOBAL Y ESTABLECE RELACION CON EL. SE CREE QUE ESTA POSICION SE INICIA EN LA FASE ORAL, NORMALMENTE SUPERADA DURANTE EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE VIDA. LA ANGUSTIA DEL NIÑO RESIDE EN QUE SUS PROPIAS PULSIONES DESTRUCTIVAS HAN DESTRUIDO O VAN A DES-

TRUIR EL OBJETO QUE AMA Y DEL CUAL DEPENDE. SEGUN LA NEUROPSICOLOGIA ACTUAL , ESTA TEMPRANA CONSTATAACION ES MUY IMPROBABLE EN LA INFANCIA PERO NO POR ELLO SE INVALIDAN TOTALMENTE LOS CONCEPTOS VERTIDOS.⁹

KRAEPLIN Y LUEGO MUCHOS SEGUIDORES (EN REALIDAD TODA LA PSIQUIATRIA "OFICIAL" UNIVERSITARIA, DE LOS PRIMEROS CUARENTA AÑOS DE ESTE SIGLO), RECHAZARON LA INTERPRETACION PSICOANALITICA DE FREUD.¹² DESDE 1896 ,KRAEPLIN ESTABLECIO LA DIFERENCIA ENTRE PSICOSIS MANIAODEPRESIVA Y DEMENCIA PRECOZ, LLAMADA POSTERIORMENTE ESQUIZOFRENIA. PARA EL Y SUS COLABORADORES; LAS DEPRESIONES MUY EN PARTICULAR LAS ENGLOBADAS EN LA PSICOSIS MANIAODEPRESIVA, ERAN "ENDOGENAS", DE CAUSA ORGANICA VINCULADA A FACTORES HEREDITARIOS. LA ESENCIA ESTA EN UNA ALTERACION DEL METABOLISMO EN LOS SECTORES QUE AFECTAN AL SISTEMA NERVIOSO. NO PODIAN DEMOSTRAR CUAL ERA ESTE ELEMENTO QUIMICO ALTERADO, PERO ESTABAN CONVENCIDOS DE QUE EXISTE ESTE TRASTORNO QUIMICO O ENDOCRINO. EN ESENCIA ERA VOLVER A LA ANTIGUA INTERPRETACION "HUMORAL", A LA BILIS NEGRA QUE CAUSA LA MELANCOLIA DE LOS GRIEGOS , CON NOMENCLATURA DEL SIGLO XX. LOS ULTIMOS DESCUBRIMIENTOS PARECEN HABERLES DADO LA RAZON.^{9,12}

EL RECONOCIMIENTO DE LA MELANCOLIA Y SU CLASIFICACION DENTRO DE UN GRUPO DE ENFERMEDADES , COMO EL DE LA EPILEPSIA (COMITIALIS MORBUS), INDICAN UN ALTO GRADO DE ADELANTO EN LA MEDICINA AZTECA.⁶

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS

DESDE EL PRINCIPIO DE ESTE SIGLO HA HABIDO CONTROVERSA SOBRE LA TERMINOLOGIA PARA LAS ENFERMEDES DEPRESIVAS Y SU CLASIFICACION.¹⁵ VALE LA PENA DETENERSE EN ALGUNOS SISTEMAS NOSOLOGICOS QUE HAN GOZADO DE POPULARIDAD. DESPUES DE MOBIUS QUE EN 1893 , INTRODUJO LA DISTINCION ENTRE TRASTORNOS ENDOGENOS Y REACTIVOS , KRAEPLIN DISTINGUIO ENTRE DEPRESIONES PSICOGENICAS Y ENDOGENAS EN BASE A LA REACTIVIDAD EMOCIONAL DURANTE LA ENFERMEDAD. (16).

EN BASE A LOS SINTOMAS DE PRESENTACION , GUILLESPIE (1929), DISTINGUIÓ LOS DESORDENES AUTÓNOMOS DE LOS DESORDENES REACTIVOS. MAPHOTER (1926),¹⁸ ANTICIPANDO UN DEBATE QUE DURA HASTA NUESTROS DÍAS , SEÑALÓ LA DISTINCIÓN ENDOGENO-NEUROTICA. ASÍ, PUEDE DISTINGUIRSE ENTRE POSICIONES DUALISTAS, QUE HAN SUGERIDO LA EXISTENCIA DE DOS TIPOS DE DESORDENES DEPRESIVOS, Y MONISTAS QUE SUPONEN QUE SE TRATA DE UN SOLO PADECIMIENTO, QUE DIFIERE SEGUN EL CASO EN INTENSIDAD. UNA DISTINCIÓN AMPLIAMENTE UTILIZADA RECONOCE TRASTORNOS DEPRESIVOS UNIPOLARES Y BIPOLARES (LEONHARD, 1957).¹⁹

EN LA ACTUALIDAD , SE PREFIEREN LOS TERMINOS DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO¹⁵; EN ESTE CONTEXTO ESTADO DE ANIMO ES UN TONO EMOCIONAL PROLONGADO QUE DOMINA LAS ACTITUDES DEL INDIVIDUO.

LA DEPRESION Y LA EXCITACION EMOCIONAL; YA SEAN SOLAS O ALTERNADAS , SON LAS MAS COMUNES DENTRO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS. LA DEPRESION SOLA ES EL ESTADO MAS COMUN . SE HAN INTRODUCIDO LOS TERMINOS UNIPOLAR Y BIPOLAR, CON EL OBJETO DE SEPARAR A LOS ESTADOS DE DEPRESION QUE NO ESTAN COMPLICADOS POR MANIA. LA PERSONA CON UN TRASTORNO UNIPOLAR SUFRE SOLO DE DEPRESION MIENTRAS QUE EL INDIVIDUO CON UN TRASTORNO BIPOLAR, SUFRE YA SEA DE MANIA SOLA O QUE ALTERNA CICLICAMENTE CON DEPRESION.

UN METODO UTIL PARA CLASIFICAR LOS TRASTORNOS AFECTIVOS CONSISTE EN SEPARARLOS EN PRIMARIOS Y SECUNDARIOS A OTRAS ENFERMEDADES.^{2,15}

LOS TRASTORNOS AFECTIVOS PRIMARIOS SE ORIGINAN FUERA DEL CONTEXTO DE PROCESOS PATOLOGICOS (YA SEAN PSIQUIATRICOS O NO). LA ENFERMEDAD MANICODEPRESIVA ES UN EJEMPLO DE UN TRASTORNO AFECTIVO PRIMARIO.

LOS TRASTORNOS AFECTIVOS SECUNDARIOS SE PRESENTAN COMO RESPUESTA A ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS O MEDICAS COMO : EL ALCOHOLISMO, LA ESQUIZOFRENIA , LAS CARDIOPATIAS O EL CANCER (FIG.1).

SI EL TRASTORNO ES PRIMARIO O SECUNDARIO ES IMPORTANTE SU RECONOCIMIENTO POR EL CLINICO AL MENOS POR TRES RAZONES :

- 1) MIENTRAS QUE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA ES LA MAS COMUN ENTRE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS , SE ESTIMA QUE LOS MEDICOS NO PSIQUIATRAS , LA PASAN POR ALTO O LA DIAGNOSTICAN ERRONEAMENTE EN LA MITAD DE LOS CASOS QUE ENCUENTRAN EN LA PRACTICA;
- 2) LA MAYORIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS PUEDEN SER TRATADOS O AL MENOS CONTROLADOS CON EXITO Y
- 3) EL RIESGO DE SUICIDIO ES IMPORTANTE ENTRE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO ; EL SUICIDIO SIGUE SIENDO LA DECIMA CAUSA DE MUERTE EN E.U.A.

ENFERMEDADES AFECTIVAS

1) ENFERMEDADES AFECTIVAS PRIMARIAS

A) ENFERMEDADES UNIPOLARES (V.GR., EPISODIOS MAYORES UNICOS DE DEPRESION MAYOR RECURRENTE).

B) ENFERMEDADES BIPOLARES (V.GR., MANIA, PSICOSIS MANIACODEPRESIVAS).

2) ENFERMEDADES AFECTIVAS SECUNDARIAS

A) COMO PARTE DE OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS (ESQUIZOFRENIA, ALCOHOLISMO).

B) COMO PARTE DE UNA ENFERMEDAD SISTEMICA (HIPOTIROIDISMO, ENCEFALITIS).

C) EN RESPUESTA AL USO DE MEDICAMENTOS (RESERPINA, ESTEROIDES).

FIG. 1 NOSOLOGIA SUGERIDA PARA LAS ENFERMEDADES AFECTIVAS

(ADAPTADO DE GL KLERMAN, EN COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY-III, HI. KAPLAN Y COLS.).

A FIN DE COLABORAR CON EL CLINICO EN LA CLASIFICACION DEL CUADRO DIAGNOSTICADO ,LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD INCREMENTO EN LA IX REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (ICD-9) DE 10 A 19 CATEGORIAS QUE A NIVEL DE CUATRO DIGITOS PODRIAN CORRESPONDER A ESTE CUADRO , AGREGANDO UNA NUEVA CATEGORIA ; LA 311 , PARA "TRASTORNOS DEPRESIVOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE", YA QUE EN UN GRAN NUMERO DE CASOS APARECE COMO ENUNCIACION DIAGNOSTICA EL TERMINO "DEPRESION" O "TRASTORNOS DEPRESIVOS", DEBIENDO SER CLASIFICADOS EN ESTA CATEGORIA.

CON OBJETO DE SIMPLIFICACION , CLASIFICAREMOS LA DEPRESION EN TRES CATEGORIAS : DEPRESION PSICOTICA , NEUROTICA Y SIMPLE. A ESTA ULTIMA SE REFIERE CASI TODO ESTE MATERIAL.

DE ACUERDO CON LA ICD-9 , A LA DEPRESION PSICOTICA LE CORRESPONDEN LOS SIGUIENTES RUBROS :

295 PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS :

295.7 DE TIPO ESQUIZOAFECTIVO

296 PSICOSIS AFECTIVAS

296.1 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA ,DE TIPO DEPRESIVO.

296.3 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA ,DE TIPO CIRCULAR PERO GENERALMENTE DEPRESIVA.

296.4 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA , DE TIPO CIRCULAR,MIXTA.

296.5 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA DE TIPO CIRCULAR,CON ESTADO GENERAL NO ESPECIFICADO.

296.6 PSICOSIS MANIACODEPRESIVA ,OTRAS Y NO ESPECIFICADAS.

296.8 OTRAS.

296.9 NO ESPECIFICADAS.

298 OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS

298.0 DE TIPO DEPRESIVO.

A LA DEPRESION NEUROTICA LE CORRESPONDERIA EL RUBRO :

- 300 TRASTORNOS NEUROTICOS :
- 300.4 DEPRESION NEUROTICA

DENTRO DEL AGRUPAMIENTO TENTATIVO DE LA DEPRESION SIMPLE PODRIAN INCLUIRSE LOS CUADROS :

- 308 REACCION AGUDA AL ESTRES :
 - 308.0 CON TRASTORNO PREDOMINANTE DE LAS EMOCIONES (SI SON DEPRESIVAS.
 - 308.4 MIXTAS (SI INCLUYEN DEPRESION).
- 309 REACCIONES DE AJUSTE :
 - 309.0 REACCION DEPRESIVA BREVE.
 - 309.1 REACCION DEPRESIVA PROLONGADA.
 - 309.4 CON TRASTORNOS MIXTOS DE LAS EMOCIONES Y DE LA CON - DUCTA (SI HAY DEPRESION).

311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

- 312 TRASTORNO DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE :
- 312.3 TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES (SI HAY DEPRESION).

- 313 TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES ESPECIFICOS EN LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA :
- 313.1 CON PENA E INFELICIDAD.
- 313.8 OTROS Y MIXTOS.

DE LO ANTERIOR SE INFIERE QUE HAY UN GRAN NUMERO DE PADECI - QUE IMPLICAN DEPRESION Y QUE CORRESPONDEN A 19 GRUPOS : 18 A NIVEL DE CUATRO DIGITOS , Y UNO , EL 311, SIN SUBDIVISIONES.

A PESAR DE TODO , EL SINDROME DEPRESIVO NO SE RELACIONA CON LAS DEPRESIONES "UNIPOLARES" O "BIPOLARES" COMO VIENEN CONSIG - NADAS EN LOS TEXTOS.

PARA DIFERENCIAR CON CLARIDAD LOS TRES TIPOS DE DEPRESION DEBEMOS RECALCAR LO SIGUIENTE :

EN LA DEPRESION PSICOTICA LOS ELEMENTOS GENETICOS DESEMPEÑAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE; SE CARACTERIZA POR LA SERIA ALTERACION DE LA PERSONALIDAD ,PERDIDA DE LA AUTOCRITICA Y CHOQUE IMPORTANTE CON EL MEDIO.

EN LA DEPRESION NEUROTICA , LA PERSONALIDAD DEL SUJETO HA SIDO MAL INTEGRADA DURANTE LA ETAPA EVOLUTIVA ,DEBIDO A PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN DURANTE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.

EN LA DEPRESION SIMPLE LA PERSONALIDAD NO SUFRE NINGUN TRASTORNO ,POR LO QUE NO SE LE CONSIDERA COMO UN TRASTORNO PSIQUIATRICO EN EL SENTIDO HASTA AHORA RECONOCIDO PARA EL TERMINO , EL ENFERMO ES UNA PERSONA CON UN ESTADO SATISFACTORIO DE SALUD MENTAL , CUYOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS , ECOLOGICOS O SOCIALES , LE HAN PROVOCADO UN DESEQUILIBRIO BIOQUIMICO QUE AFECTA EL METABOLISMO DE LAS AMINAS BIOGENAS CEREBRALES, ORIGINANDO EL CUADRO DEPRESIVO. CUANDO EL PACIENTE SE RECUPERA , ACTUA SEGURO DE NO HABER SUFRIDO EN ALGUN MOMENTO UN TRASTORNO MENTAL.

DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESION. LA PERDIDA DE UN SER QUERIDO, UNA SITUACION DESFAVORABLE (ECONOMICA, DE PODER, ETC.), O EL ENFRENTAMIENTO A SITUACIONES AFECTIVAS PUEDEN ORIGINAR EN CUALQUIER PERSONA UN ESTADO DE TRISTEZA O PENA AL QUE LLAMAMOS DUELO Y QUE SE CONSIDERA NORMAL EN EL SENTIDO DE QUE SE ESPERA QUE OCURRA DADA UNA SITUACION DETERMINADA.

EL DUELO INCLUYE TRES PERIODOS : EL DE DESESPERACION, EL DE DEPRESION Y EL DE ADAPTACION.

LA DURACION DEL DUELO ES VARIABLE, Y VA DESDE UNAS CUANTAS SEMANAS HASTA VARIOS MESES. CUALQUIER VARIACION EN INTENSIDAD O DURACION DE LOS SINTOMAS DEBE CONSIDERARSE PATOLOGICA.

INVESTIGACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS PERSPECTIVAS ETIOPATOGENICAS

1. ESTUDIOS GENETICOS. EXISTEN SUFICIENTES PRUEBAS SOBRE LA PREDISPOSICION GENETICA HACIA LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO. SE ENCUENTRA UNA MAYOR CONCORDANCIA PARA LOS TRASTORNOS AFECTIVOS, EN GEMELOS MONOCIGOTOS QUE EN LOS DICIGOTOS. EXISTE UNA POSIBILIDAD DE 12 A 25 POR CIENTO, DE QUE LOS PACIENTES EN PRIMER GRADO DE AQUELLOS CON ENFERMEDADES BIPOLARES, PUEDEN SER TRANSMITIDOS POR UN GEN DOMINANTE LIGADO A "X", QUE COINCIDE CON UN TIPO SANGUINEO "XG^A" Y CON CEGUERA A LOS COLORES.

ESTUDIOS RECIENTES SUGIEREN QUE LOS GENES LIGADOS A HLA EN EL CROMOSOMA 6, TIENEN INFLUENCIA SOBRE LA SUSCEPTIBILIDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS. ES PRECISO AMPLIAR LA INVESTIGACION EN ESTE CAMPO ANTES DE LLEGAR A CONCLUSIONES FIRMES. (9,15).

2. ESTUDIOS BIOLOGICOS. SE HAN SEGUIDO TRES VIAS PRINCIPALES DE INVESTIGACION :

A) NEUROQUIMICA. LA VARIACION DE LA CONCENTRACION DE LAS AMINAS CEREBRALES FUE EL PUNTO DE PARTIDA DE DISTINTOS TRABAJOS PSICOFARMACOLOGICOS AL OBSERVAR QUE :

- LA RESERPINA REDUCE LA CONCENTRACION DE CATECOLAMINAS
- LA IPRONIACIDA AUMENTA LA CONCENTRACION DE CATECOLAMINAS. ^{20,21}

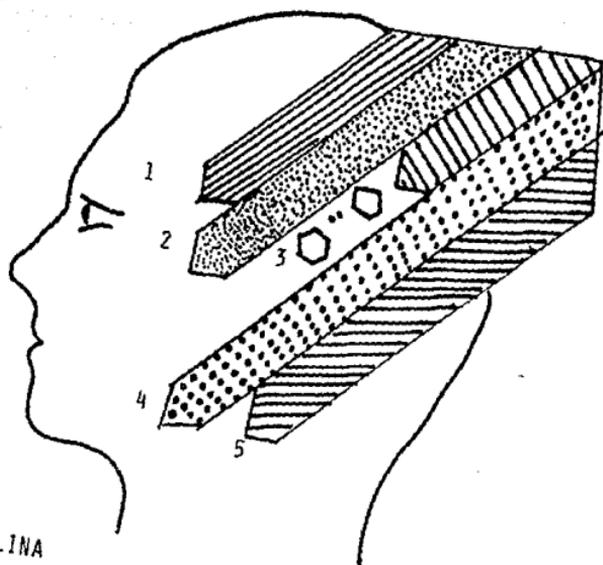
DE ESTA COMPROBACION SE DERIVAN MULTIPLES DESCUBRIMIENTOS ; YA EN 1965 SCHILDKRAUT PLANTEA UNA TEORIA DE LAS ENFERMEDADES DEL HUMOR BASADA EN LAS CATECOLAMINAS ; ALGUNAS DEPRESIONES PODRIAN GUARDAR UNA RELACION CON UNA DEFICIENCIA DE CATECOLAMINAS (FUNDAMENTALMENTE NORADRENALINA). POR EL CONTRARIO, EL ESTADO MANIACO PODRIA CORRESPONDER A UN AUMENTO DE LAS AMINAS, ^{20,21,22} TEORIA QUE SIGUE PREVALECIENDO EN LA ACTUALIDAD.

SE HA ESTUDIADO TAMBIEN EL METABOLISMO DE LA SEROTONINA EN PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS. CON EL ESTUDIO DE SU CATABOLITO : EL ACIDO 5- HIDROXIINDOLACETICO, SE HA PODIDO FORMULAR LA HIPOTESIS DE QUE CIERTOS DEPRIMIDOS TIENEN UNA DEFICIENCIA CONSTITUCIONAL DE SEROTONINA, QUE ACTUA COMO FACTOR PREDISONENTE. EN LA FASE DEPRESIVA SE PODRIA PRODUCIR UNA DEFICIENCIA SOBREAÑADIDA DE NORADRENALINA Y LO INVERSO OCURRIRIA EN LA FASE MANIACA.^{20,21,22}

EN LA ACTUALIDAD OTRA HIPOTESIS SE ENCUENTRA EN PROCESO DE ANALISIS EN NUMEROSAS INVESTIGACIONES : LOS PACIENTES DEPRIMIDOS EXCRETAN CANTIDADES DISMINUIDAS DE TRIPTOFANO POR ORINA Y ESTOS NIVELES AUMENTAN HACIA LA NORMALIDAD TRAS LA RECUPERACION CON TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO(COOPEN Y COLS, 1965).²¹

LA FUNCION QUE DESEMPEÑA LA ACETILCOLINA Y LA HISTAMINA NO ES MUY CLARA Y LA DE LOS ACIDOS AMINADOS (GABA, GLICINA, LOS ACIDOS GLUTAMICOS Y LOS POLIPETIDOS)QUE INTERVIENEN AL PARECER EN LA REGULACION TIMICA ES AUN DESCONOCIDA.²⁰

A PESAR DE LO ATRACTIVO DE LA HIPOTESIS DE LA AMINAS ESTA TIENE SUS FALLAS.NO EXPLICA PORQUE SON TAN INCONSTANTES LOS RESULTADOS TERAPEUTICOS CON LOS ANTIDEPRESORES.AUN MAS , HAN FRACASADO LOS REPETIDOS ESFUERZOS EN LOS ESTUDIOS CLINICOS PARA DEMOSTRAR UNA ALTERACION EN LOS LIQUIDOS ORGANICOS. EN DEFINITIVA SE TENDRA EN CUENTA (CUCHE,1977) QUE CIERTAS DEPRESIONES CON UNA MISMA SINTOMATOLOGIA CLINICA,SE ACOMPAÑAN DE UN DEFICIENCIA NORADRENERGICA O SEROTONINERGICA. SIN EMBARGO, CIERTAS DEPRESIONES COMPRENDEN ALTERACIONES METABOLICAS QUE AFECTAN A LA VEZ A ESTAS DOS MONOAMINAS Y OTRAS NO COMPRENDEN NINGUNA ANOMALIA MONOAMINERGICA APRECIABLE.POR ELLO ES PRECISO CONSIDERAR QUE PUEDEN INTERVENIR FACTORES DE OTRO TIPO EN LA ENFERMEDAD DEPRESIVA : FALSO NEUROTRANSMISOR COMPETITIVO DE LA NORADRENALINA, CONCENTRACION DE AMP CICLICO MODIFICACION IONICA, SIN OLVIDAR EL AMPLIO CAMPO DE LAS INTERACCIONES HORMONALES.²⁰



- 1) NORADRENALINA
- 2) ACETILCOLINA
- 3) DOPAMINA
- 4) 5- HIDROXITRIPTAMINA
- 5) ACIDO GAMA - AMINOBUTIRICO

NEUROTRANSMISORES
SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION ?

DE TODAS MANERAS PRETENDER ALCANZAR LA CORRESPONDENCIA ENTRE UN COMPORTAMIENTO Y UN TIPO DE NEUROTRANSMISOR ES MAS BIEN UTOPICO.²⁰

B) ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS. EL ESTUDIO CUALITATIVO DEL EEG (ELECTROENCEFALOGRAMA) DE REPOSO HA TENIDO ESCASA O NINGUNA APLICACION AL PROBLEMA DE LA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS. NI LA PRESENCIA DE RITMOS DE FONDO MAS RAPIDOS, NI DE "OCASIONALES ONDAS LENTAS", SON CARACTERISTICAS DE DEPRESION. NO OBSTANTE, EL EEG SI HA CONTRIBUIDO A DESCRIBIR MAS EXACTAMENTE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO QUE ACOMPAÑAN A ALGUNOS SINDROMES DEPRESIVOS CARACTERIZADOS POR AUSENCIA DE UNA ETAPA (LA CUARTA) O DIFERENTE LATENCIA EN LA APARICION DEL SUEÑO REM. AQUI SE TRATA SIMPLEMENTE DE LA OBJETIVACION DE UN HECHO, SIN UN ROL PATOGENICO O ESCLARECEDOR SOBRE LA ETIOLOGIA DEL DATO ELECTROFISIOLOGICO.^{15,16}

C) ESTUDIOS NEUROENDOCRINOS. SE HAN DEDICADO NUMEROSOS TRABAJOS AL ESTUDIO DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISO-CORTICOSUPRARENAL, PUES EN LAS DEPRESIONES SE ENCUENTRA (ZARIFIAN, 1982):

UNA ELEVACION DE LOS 11 HIDROXICORTICOIDES PLASMATICOS (11 OHCS).

UN AUMENTO DEL CORTISOL PLASMATICO Y PRINCIPALMENTE DEL CORTISOL LIBRE.

UN AUMENTO DE LA EXCRECION URINARIA DE LOS OHCS DEL CORTISOL LIBRE Y TOTAL.

SEGUN ALGUNOS AUTORES, AUMENTO DEL CORTISOL PARTICULAR DE SU FRACCION LIBRE EN EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR),

Y UNA ALTERACION DEL RITMO CIRCADIANO DEL CORTISOL, LIGADA A UN AUMENTO DE FRECUENCIA Y AMPLITUD DE LOS EPISODIOS SECRETORIOS.

SIN EMBARGO, POR MEDIO DE ESTOS EXAMENES HUMORALES ES MUY DIFICIL DISTINGUIR LAS DIFERENTES CATEGORIAS DE DEPRESION Y SOBRE TODO LOS PROBLEMAS TECNICOS QUE PLANTEA SU REALIZACION LIMITAN EL INTERES EN EL PLANO PRACTICO.²³

LA PRUEBA DE FRENADO CON DEXAMETASONA (DST :DEXAMETHASONE SUPRESSION TEST) ES UNA PRUEBA DINAMICA QUE EXPLORA LA REGULACION DEL CORTISOL.^{21,23}

CON LA APLICACION DEL DST A LOS DEPRIMIDOS SE HA COMPROBADO QUE CIERTO NUMERO DE LOS MISMOS PRESENTAN UNA RESPUESTA ANORMAL TANTO POR FALTA DE FRENADO (SON INCAPACES DE SUPRIMIR LOS NIVELES DE CORTISOL) COMO POR CAER FUERA DE LA ACCION DE ESTE PRONTAMENTE.

LOS TESTIGOS QUE RECIBEN UNA DOSIS BAJA DE DEXAMETASONA (1 MG AL ACOSTARSE, SEGUIDO DE LA MEDICION DEL CORTISOL PLASMATICO A LAS 8.00 A.M. Y A LAS 4 P.M. DEL DIA SIGUIENTE), MUESTRAN SUPRESION POR RETROALIMENTACION DE LA PRODUCCION DE ACTH POR LA HIPOFISIS ; LA CUAL A SU VEZ PRODUCE UNA DISMINUCION DE LOS NIVELES DE CORTISOL EN LA SANGRE.

EN LOS PACIENTES CON DEPRESION PRIMARIA SOLO EL 50 POR CIENTO MUESTRA SUPRESION FRENTE A UNA DOSIS BAJA DE DEXAMETASONA. CUANDO LA DEPRESION CORRESPONDE AL TRATAMIENTO, LA SUPRESION POR LA DEXAMETASONA REGRESA A LA NORMALIDAD. TAMBIEN SE NORMALIZA EN LOS PACIENTES BIPOLARES DURANTE LA FASE MANIACA.

EN EL NIÑO , EL DST PRESENTA EL MISMO INTERES QUE EN EL ADULTO Y EN PARTICULAR RESULTA ANORMAL EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS ENDOGENOS (POZNANSKI, 1982). EN EL ADOLESCENTE SE HAN REPORTADO RESULTADOS ANALOGOS (DE LA FUENTE, 1980).

ACTUALMENTE AL ENCONTRARSE SERIADA Y NO NECESITAR NI UN PLAN, NI DETERMINACIONES CON DEMASIADA COMPLEJIDAD QUE LIMITARIAN SU UTILIDAD A LOS EQUIPOS DE INVESTIGACION, PUEDE ABORDARSE EL EMPLEO DE LA PRUEBA DE MODO HABITUAL EN LA MAYOR PARTE DE LOS SERVICIOS CLINICOS. PUEDE SERVIR COMO ANALIZADOR NOSOGRAFICO DE LA DEPRESIONES, SEGUIR LA EVOLUCION DEL PACIENTE BAJO TRATAMIENTO Y AUN PREDECIR LAS RECAIDAS DEPRESIVAS.^{21,23}

3. METABOLISMO DE LOS ELECTROLITOS. ESTUDIOS INICIALES CON TECNICAS RADIOISOTOPICAS SENSIBLES PARA EVALUAR EL METABOLISMO DEL SODIO, HAN DEMOSTRADO QUE LA CANTIDAD DEL MISMO PERMUTABLE ES MAYOR EN ENFERMOS DEPRIMIDOS Y QUE DISMINUYE DESPUES DE SU RESTABLECIMIENTO. SIN EMBARGO, ESTOS ESTUDIOS AMERI-

TAN UNA COMPROBACION POSTERIOR(6).

4. FACTORES BIOTIPOLOGICOS.HAY DIVERSOS RESULTADOS QUE CORROBORAN LA CORRELACION ENTRE EL TIPO PICNICO ,EL TEMPERAMENTO CICLOTIMICO Y LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA ; EL 54 POR CIENTO DE LOS SUJETOS SON DE TIPO PICNICO.⁹

5. FACTORES PSICODINAMICOS.SEGUN EL MANUAL ESTADISTICO Y DIAGNOSTICO (DSM-III), EL TRASTORNO SE DEBE A UN CONFLICTO INTERNO O A UN ACONTECIMIENTO PRECIPITANTE IDENTIFICABLE COMO LA PERDIDA DE UN OBJETO AMADO O UNA POSICION ESTIMADA.SIN ENBARGO DE UNA POBLACION EXPUESTA A UN DAÑO, SE DEPRIME DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO SOLO UN 20 POR CIENTO.POR TANTO SE PIENSA QUE PARA QUE HAYA DEPRESION DEBE EXISTIR UN FACTOR GENETICO O EMOCIONAL.^{15,21}

6.CAUSAS ECOLOGICAS

PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIA
CONTAMINACION ATMOSFERICA	PRODUCTOS DE LA COMBUSTION DE VEHICULOS DE MOTOR. INDUSTRIAS,TALLERES, QUEMA DE DESECHOS, POLVO.	MALA CALIDAD DEL AIRE INHALADO.
PROBLEMAS DE TRANSITO	EXCESO DE VEHICULOS FALTA DE ESTACIONAMIENTOS.	MAYOR NUMERO DE ACCIDENTES. PERDIDA ECONOMICA DIMINUCION DE LAS HORAS DE DESCANSO.
RUIDO EXCESIVO	AUTOTRANSPORTES AVIONES DE REACCION FABRICAS METALURGICAS, EQUIPOS DE SONIDO	INSOMNIO FATIGA FISICA E INTELLECTUAL. IRRITABILIDAD AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y LA TENSION ARTERIAL Y SORDERA

SON MULTIPLES LAS ENFERMEDADES DESENCADENANTES ; HOY EN DIA , LA CONTAMINACION PREOCUPA A LA HUMANIDAD PUES VA A LA PAR DEL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO. ¿ Y QUE IMPORTANCIA PUEDE TENER EL INCREMENTO DE LA DEPRESION EN LOS ULTIMOS AÑOS, CUANDO SUSTENTAMOS EL CRITERIO DE QUE ESTE PADECIMIENTO ESTA DETERMINADO EN GRAN PARTE POR ALTERACIONES BIOQUIMICAS ?; AUN CUANDO NO SABEMOS LA RESPUESTA , SUPONEMOS QUE ESTUDIOS POSTERIORES DESCRIBIRAN COMO INFLUYE EL AIRE CONTAMINADO EN EL DESAJUSTE DE NUESTRO COMPLICADO SISTEMA CORPORAL.

ASIMISMO , ALGUNOS ESTUDIOS PRETENDEN DEMOSTRAR QUE LOS INDIVIDUOS QUE TRABAJAN EN ACTIVIDADES RUIDOSAS , SUS RELACIONES DE ORDEN FAMILIAR Y PROFESIONAL ; A MENUDO ESTAN MAS.PERTURBADAS QUE EN LOS DEMAS INDIVIDUOS , TAL VEZ LA CAUSA SEA EL EXCESO DE TENSION AFECTIVA Y UN COMIENZO DE SORDERA QUE DIFICULTA LOS CONTACTOS.⁶

Z. CAUSAS SOCIALES

DESINTEGRACION FAMILIAR
DISMINUCION DEL APOYO ESPIRITUAL DE LA
IGLESIA
FALTA DE VINCULOS CON LOS VECINOS
MIGRACIONES

DURANTE SIGLOS LOS TRES SISTEMAS DE APOYO SOCIAL MAS IMPORTANTES HAN SIDO LA FAMILIA , LA IGLESIA Y LA COMUNIDAD DE VECINOS, Y DESDE QUE SE INICIO LA VIDA URBANA HEMOS ENCONTRADO EN ELLOS UN APOYO CONTRA ESTADOS EMOCIONALES DISRUPTIVOS, COMO LA DEPRESION , EL MIEDO Y LA IRA . SIN EMBARGO , SABEMOS QUE LOS LAZOS FAMILIARES SE HAN DEBILITADO EN LOS ULTIMOS TIEMPOS; QUE MUCHAS FAMILIAS SE REUNEN SOLO EN OCASIONES ESPECIALES COMO BODAS, BAUTIZOS O ENTIERROS; QUE EL DIVORCIO SE INCREMENTA DIA A DIA Y QUE ES HABITUAL QUE LOS JOVENES TRATEN DE INDEPENDIZARSE TAN LUEGO COMO TIENEN LOS MEDIOS ECONOMICOS QUE LES PERMITEN HACERLO.

LA IGLESIA COMO APOYO SOCIAL HA DESEMPEÑADO PAPELES IMPORTANTES : DA UN SENTIDO COGNOSCITIVO A LA VIDA ,BRINDA CONSUELO DURANTE LOS PERIODOS DE DESESPERACION, ESPECIALMENTE SI ESTAN RELACIONADOS CON LA MUERTE , Y PRESTA SERVICIOS SOCIALES A LOS ENFERMOS ,HUERFANOS,ANCIANOS,ETC.NO OBSTANTE ,EN LA ACTUALIDAD LOS LAZOS RELIGIOSOS SE ESTAN DEBILITANDO Y CADA DIA ES MAYOR EL NUMERO DE PERSONAS QUE HACEN GALA DE UN MATERIALISMO ATEO,EN DONDE EL SUJETO DEBE DEPENDER DE SI MISMO, SIN ESPERAR AYUDA ESPIRITUAL O DIVINA DE NINGUN TIPO.

EN LO QUE SE REFIERE A LA COMUNIDAD DE VECINOS,EL VIVIR EN UNA EPOCA DE ACENTUADA MOVILIDAD PERSONAL Y URBANA IMPIDE ESTABLECER CONTACTO Y AMISTAD CON LAS PERSONAS QUE NOS RODEAN HOY EN DIA ,LO HABITUAL ES QUE CON DIFICULTAD CONOZCAMOS A LAS PERSONAS QUE HABITAN LAS CASAS COLINDANTES A LA NUESTRA, Y EL RESTO DE LA COMUNIDAD SUELE SER NOS TAN EXTRAÑA COMO PUEDE SERLO LOS HABITANTES DE OTRA CIUDAD O PAIS.

UN PROBLEMA GRAVE QUE SE HA PRESENTADO EN LOS ULTIMOS TIEMPOS,ES LA MIGRACION DE CAMPEÑINOS A LAS GRANDES CIUDADES EN BUSCA DE MEJORES CONDICIONES DE VIDA. LA DIFICULTAD PARA LOGRAR ESTOS FINES ,LA PERDIDA DE SUS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES ,ASI COMO LAS CONDICIONES PRECARIAS EN QUE TIENEN QUE INSTALARSE , GENERALMENTE EN AREAS MARGINADAS ,CONSTITUYEN UN SERIO PROBLEMA QUE AFECTA EN FORMA IMPORTANTE EL ESTADO AFECTIVO DE GRANDES NUCLEOS DE POBLACION.⁶

EPIDEMIOLOGIA. LAS TASAS DE PREVALENCIA DE LA DEPRESION VARIAN DE ACUERDO CON LA POBLACION DE QUE SE TRATE.²⁴

APROXIMADAMENTE DEL 2 AL 4% DE LA POBLACION MUNDIAL SUFREN DE EPISODIO DEPRESIVO. EN EL DISTRITO FEDERAL Y EN LA REPUBLICA MEXICANA , LOS TRASTORNOS AFECTIVOS OCUPAN EL CUARTO LUGAR ENTRE LOS DISTINTOS DIAGNOSTICOS DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS. SOLO SON SUPERADOS POR LA ESQUIZOFRENIA,LA PSICOSIS ORGANICA Y LA ADICCION A DROGAS.²⁴

EN ESTADOS UNIDOS , DATOS ESTADISTICOS CONFIABLES CONFIRMAN QUE UN 15% DE LA POBLACION GENERAL (32 MILLONES DE

PERSONAS APROXIMADAMENTE) PADECEN ALGUN TIPO DE ALTERACION MENTAL A LO LARGO DE UN AÑO DETERMINADO. EN EL MISMO PAIS Y SEGUN DATOS DEL NIMH (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH), UN 3% CONSULTA AL ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN UN AÑO. MAS DE LA MITAD DE ELLOS (12% RESTANTE), ACUDE A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA.³

AL REVISAR LOS DIVERSOS INFORMES SOBRE LA FRECUENCIA DE LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA, EN LAS DIVISIONES NO PSIQUIATRICAS DE LOS HOSPITALES GENERALES, LIPOWSKY CONCLUYO QUE EXISTEN PRUEBAS DE QUE "30 A 60% DE LOS PACIENTES INTERNOS Y 50 A 80% DE LOS PACIENTES EXTERNOS SUFREN TENSION PSIQUICA O ENFERMEDAD PSIQUIATRICA."²

EN NUESTRO PAIS , LA IMAGEN CAMBIA RADICALMENTE SI EN LUGAR DE LAS CIFRAS DE HOSPITALES PSIQUIATRICOS, SE UTILIZAN LAS DE HOSPITALES GENERALES ; POR EJEMPLO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE LA CIUDAD DE MEXICO, EL SINDROME DEPRESIVO OCUPÓ EL PRIMER LUGAR ENTRE TODOS LOS DEMAS DIAGNOSTICOS Y ALCANZO UNA PREVALENCIA DEL 66 % ENTRE LA POBLACION QUE ACUDE A TRATAMIENTO.²⁴

POSTERIORMENTE UNA ENCUESTA QUE SE EFECTUO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y EN LAS SALAS DE PACIENTES CRONICOS MOSTRO PORCENTAJES DEL 38 % Y 48 % ,RESPECTIVAMENTE. TASAS TAN ALTAS NO DEBEN SORPRENDER , PUES LA POBLACION DE LOS HOSPITALES GENERALES , POR SU MISMA SITUACION ES DE ALTO RIESGO. PERO LO MAS GRAVE NO SON LAS TASAS ALTAS DE PREVALENCIA, SINO QUE LAS DOS TERCERAS PARTES DE ESTOS CASOS NO SON DIAGNOSTICADOS Y POR LO TANTO NO TIENEN OPCION A RECIBIR TRATAMIENTO.²⁴

EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO (UNAM) , SE ENCONTRO QUE EN LA POBLACION ESTUDIANTIL DE CIUDAD UNIVERSITARIA, EL SINDROME DEPRESIVO OCUPÓ EL PRIMER LUGAR CON UN PORCENTAJE DEL 48 %. LA CIFRA ES MUY CERCANA A LA REPORTADA POR CENTROS SIMILARES EN CANADA , EN LOS QUE TAL PORCENTAJE FUE DE 43 %. SE HA INTENTADO EXPLICAR LA ALTA PREVALENCIA ENTRE LA POBLACION JUVENIL , DICHIENDO QUE LAS DEPRESIONES SON INDISPENSABLES PARA QUE

SE CUMPLA CON EL PROCESO DE MADURACION.

LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN LA POBLACION GENERAL , REPOR_TAN TASAS DE PREVALENCIA PARA UNA POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS ALREDEDOR DEL 4 %, EN BASE A ESTUDIOS DE DIVERSOS AUTORES (WEISSMAN, HELGASON, LEHMANN Y SORENSEN).²⁴

LA INVESTIGACION REALIZADA EN 1981 EN LA COMUNIDAD URBANA : UNIDAD HABITACIONAL NARCISO MENDOZA (VILLACOAPA) DEL DISTRITO FEDERAL , UTILIZANDO LA ESCALA DE ZUNG COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO REPORTO UNA PREVALENCIA DE 11.63 % DE DEPRESIONES MEDIAS Y DE 2.4 % DE DEPRESIONES SEVERAS , O SEA UN TOTAL DE 14.1% DE ENFERMOS DEPRIMIDOS EN POBLACION GENERAL.⁶

OTRO METODO PARA EVALUAR LA FRECUENCIA DE UN PADECIMIENTO ES CALCULAR EL RIESGO QUE TIENE UN SUJETO DURANTE EL CURSO DE SU VIDA DE PADECERLO. EN EL CAMPO DE LA DEPRESION AUTORES ESCANDINAVOS HAN CALCULADO EN UN 5.9% PARA LOS HOMBRES Y 9.1 % PARA LAS MUJERES .¹⁴ OTROS AUTORES REPORTAN QUE LA POSIBILIDAD DE DESARROLLAR DEPRESION DURANTE EL CURSO DE LA VIDA OSCILA DE 8 A 20 %. SIN EMBARGO , SOLO DE 20 A 25 % DE LA GENTE DEPRIMIDA RECIBIRA TRATAMIENTO PARA SU PROBLEMA.¹⁵

DISTRIBUCION DE LOS CUADROS DEPRESIVOS EN CUANTO A SEXO, EDAD RAZA , NIVEL SOCIOECONOMICO Y DIFERENCIAS CULTURALES.

LA DEPRESION SE PRESENTA EN PERSONAS DE TODAS LAS EDADES (9,10,12,13,15,21). EN EL MUNDO OCCIDENTAL SE HA ACEPTADO QUE SE DEPRIMEN DOS MUJERES POR CADA HOMBRE.^{10,15,24} SIN EMBARGO ESTA PROPORCION NO SE HA MANTENIDO EN PAISES COMO LA INDIA EN DONDE PARECE QUE HAY MAS HOMBRES CON DEPRESION QUE MUJERES.²⁴ EL ESTUDIO REALIZADO EN VILLACOAPA EN EL DISTRITO FEDERAL SE REPORTA LA RELACION ENTRE DEPRESION Y SEXO, CORRESPONDIENDO 11.8 % AL MASCULINO Y 15.1 % AL FEMENINO, CON PREDOMINIO DE ESTE ULTIMO. DE LA RELACION ENTRE DEPRESION Y ESTADO CIVIL , REPORTAN QUE LA PREVALENCIA ES MAYOR EN VIUDOS; 30.7% DE LA POBLACION PERTENECE A ESTE GRUPO, SIGUIENDO SOLTEROS CON UN 14.2 % ; CASADOS UN 12.4 %; DIVORCIADOS 11.1% RESPECTIVAMENTE.

EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVIAN EN UNION LIBRE FUE MUY

REDUCIDO (3) , PARA OBTENER CONCLUSIONES DEFINITIVAS. LA ESCOLARIDAD BAJA DIO UN NUMERO MAYOR DE DEPRIMIDOS , CORRESPONDIENDO A UN 40 % DE PERSONAS QUE NUNCA HABIAN ASISTIDO A LA ESCUELA Y UN 38 % , A LOS QUE HABIAN ESTUDIADO PRIMARIA INCOMPLETA , CONTRA UN 6.8 % DE LOS QUE TENIAN CARRERA UNIVERSITARIA.⁶

EN UN PRINCIPIO SE HABIA REPORTADO QUE LA DEPRESION ERA MENOS FRECUENTE ENTRE LOS SUJETOS DE RAZA NEGRA Y MAS ENTRE LOS BLANCOS. ESTUDIOS POSTERIORES HAN LOGRADO ESTABLECER ,QUE LO MAS PROBABLE ES QUE LAS DIFERENCIAS OBEDEZCAN MAS A RAZONES DE TIPO GEOGRAFICO Y CULTURAL , QUE PROPIAMENTE RACIALES.²⁴ SI BIEN , EN ALGUNA OCASION SE PENSO QUE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS PRIMARIOS ERAN MAS COMUNES EN LAS CLASES MEDIA Y SUPERIOR ACTUALMENTE SE HA DEMOSTRADO QUE PUEDEN APARECER EN CUALQUIER NIVEL DE LA ESCALA ECONOMICA , SOCIAL O INTELECTUAL Y EN CUALQUIER TIPO DE PERSONALIDAD.¹¹

LA DEPRESION NO PRACTICA EL FAVORITISMO , PUEDE AFECTAR A CUALQUIERA : UN AMA DE CASA , UN TAXISTA , UNA VENDEDORA, UN ESTUDIANTE O PROFESIONISTA ; UN HOMBRE DE NEGOCIOS, UN JUGADOR UNA ACTRIZ , UN ALBAÑIL, UN ESTIBADOR , ETC., Y SE MANIFIESTA EN PERSONAS MADURAS Y EQUILIBRADAS , NEUROTICOS Y NIÑOS.¹¹ EN RELACION A LA CULTURA PARECE QUE LOS CUADROS DEPRESIVOS NO CAMBIAN SUS TASAS DE PREVALENCIA , SINO QUE EN LO QUE REALMENTE DIFIEREN ES EN LA PRESENTACION DE LA SINTOMATOLOGIA. ASI QUE MIENTRAS QUE EN LA CULTURA OCCIDENTAL SON FRECUENTES LOS SENTIMIENTOS DE CULPA ; EN LAS CULTURAS AFRICANAS , PREDOMINAN LAS IDEAS PARANOIDES Y LA HOSTILIDAD HACIA EL MEDIO AMBIENTE.

ESTAS OBSERVACIONES DEBEN CONSIDERARSE PROVISIONALES HASTA QUE SE DISPONGA DE TECHICAS MAS ADECUADAS QUE LOGREN CONFIRMARLAS.²⁴

MORBILIDAD Y MORTALIDAD. EN RELACION A LA EDAD DE INICIO LAS BIPOLARES SON LAS DE APARICION MAS TEMPRANA , PUES EN AMBOS SEXOS SE MANIFIESTAN ALREDEDOR DE LOS 50 AÑOS. LAS UNIPOLARES SE INICIAN ALREDEDOR DE LOS 50 AÑOS EN LOS HOMBRÉS Y A LOS 40 AÑOS EN LAS MUJERES . LA DEPRESION IN -

VOLUTIVA APARECE ANTES EN LAS MUJERES (51-60 A) QUE EN LOS HOMBRES (61-65 A). UNA DE LAS CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LAS DEPRESIONES BIPOLARES ES QUE SON DE CURSO CRONICO Y TIENEN TENDENCIA A LAS RECAIDAS . EN UNA REVISION DE 8 000 CASOS QUE SE SIGUIERON DURANTE 10 AÑOS SE ENCONTRO QUE SOLO LA MITAD DE LOS SUJETOS PRESENTABA UN EPISODIO ,LA TERCERA PARTE DOS Y UNA QUINTA PARTE TRES O MAS . OTRA OBSERVACION QUE SE CONOCE DESDE HACE TIEMPO ES LA RELATIVA INCAPACIDAD SOCIAL QUE SUFREN ESTOS PACIENTES. LAS TASAS DE SINDROME DEPRESIVO GRAVE VARIAN ENTRE EL 27 % Y EL 50 %, LO QUE QUIERE DECIR QUE UNA GRAN PROPORCION DE ESTOS SUJETOS NO ESTA EN POSIBILIDAD DE LLEVAR UNA VIDA ADECUADA EN LAS ESFERAS FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL.²⁴

SI EL PROBLEMA SE OBSERVA DESDE LAS PERSPECTIVAS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD TAMPOCO ES ALENTADOR. EN LOS HOMBRES Y MUJERES DEPRIMIDOS , LAS TASAS DE MORTALIDAD ,SON DOS Y TRES VECES MAS ALTAS QUE EN LA POBLACION GENERAL. LOS MOTIVOS QUE EXPLICAN ESTA MORTALIDAD ELEVADA SON VARIOS; ENTRE LOS MAS APARENTES SE ENCUENTRAN UNA ELEVADA SUSCEPTIBILIDAD DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS A LAS ENFERMEDADES, UNA TENDENCIA ALTA A LOS ACCIDENTES Y DESDE LUEGO AL SUICIDIO.

EN RELACION CON ESTE ULTIMO SE HA CALCULADO QUE ENTRE EL 45 Y EL 70 % DE LOS SUJETOS QUE SE HAN SUICIDADO SUFRIAN DEPRESION. TAMBIEN SE HA ESTIMADO QUE ALREDEDOR DEL 15 % DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS VA A SUICIDARSE. LA MAYOR PARTE DE ESTOS SUICIDIOS VAN A COMETERSE DENTRO DE LOS PRIMEROS MESES QUE SIGUEN A SU INTERNAMIENTO EN UN HOSPITAL. LAS TASAS DE SUICIDIO DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUES DE UN PERIODO DE HOSPITALIZACION OSCILAN ENTRE EL 1.5 % Y EL 5%, LO QUE HACE QUE SEAN DE 100 A 500 VECES MAS ELEVADAS QUE LAS ENCONTRADAS EN POBLACION GENERAL.²⁴

- LA EVALUACION DEL RIESGO DE SUICIDIO TIENE EN CUENTA :
- EL GRADO DE DEPRESION.
 - EL TIPO : MELANCOLICO (30 % DE TENTATIVA DE SUICIDIO).
EL NEURDITICO (10 %).

LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE ES EL ELEMENTO PRINCIPAL DE LA EVALUACION PROMOSTICA.¹⁰

SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD HAY EN EL MUNDO APROXIMADAMENTE 2 000 SUICIDIOS DIARIOS Y UNOS 800 SE DEBEN A ENFERMEDADES DEPRESIVAS.¹¹

DINAMICA DE LA DEPRESION. PARA PROPOSITOS PRACTICOS , LA DEPRESION SE CONSIDERA COMO HOSTILIDAD INCONSCIENTE, INADMIS-
BLE PARA LA MENTE CONSCIENTE Y QUE ES AFRONTADA MEDIANTE RE-
FLEXION AUTOMATICA EN EL INDIVIDUO. EL RESULTADO FINAL DE ES-
TA AUTOHOSTILIDAD ES EL SUICIDIO. SE DICE QUE CUANDO UNA PER-
SONA ESTA TAN IRRITADA Y PIENSA QUE ALGUIEN DEBE MORIR, PERO
LA PERSONA QUE PROVOCO LA IRA NO PUEDE SER MUERTA, LA PERSONA
DEPRIMIDA SE MATA A SI MISMA. EL OTRO SUICIDA POTENCIAL ES
EL INDIVIDUO QUE CREE QUE PUEDE ESCAPARSE DE UNA SITUACION IM-
POSIBLE.¹⁰

SINTOMAS DE DEPRESION. CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIN-
TOMAS DEBE DESPERTAR SOSPECHAS EN EL MEDICO Y PENSAR EN UN
PACIENTE DEPRIMIDO , SOBRE TODO SI ABARCAN UN CAMBIO EN EL
ESTILO DE VIDA O EN LA PERSONALIDAD.^{6,9,10,15,16}

1. LOS ELEMENTOS PSICOLOGICOS

- **TRASTORNOS EL HUMOR.** EL DEPRIMIDO ESTA TRISTE Y TIENE
UNA VIVENCIA QUE ADQUIERE UNA TONALIDAD DESAGRADABLE, CUYA MA-
NIFESTACION EXTREMA ES UN DOLOR MORAL INSOSTENIBLE.

- **INHIBICION.** EL DEPRIMIDO SE PRESENTA LENTO EN EL PRO-
CESO DE IDEACION Y ACTIVIDAD FISICA. NO ES CAPAZ DE CONCEN-
TRARSE, NO PUEDE LEER UN LIBRO NI EFECTUAR UN ESFUERZO. SE DE-
SINTERESA DEL MEDIO AMBIENTE, SE TORNA INDIFERENTE. EL FUTURO
YA NO EXISTE PARA EL. EXISTEN SENTIMIENTOS DE DESAMPARO Y
FRACASO, ASI COMO APATIA Y PERDIDA DE INTERES EN EL MEDIO AM-
BIENTE.

- **INSEGURIDAD.** DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES.

- **PESIMISMO.** ENFOQUE VITAL DERROTISTA.

-- **DEPRECIACION.** SE EXPRESA POR UNA AUTODEPRECIACION CON SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD QUE PUEDE TENDER RAPIDAMENTE HACIA UN AUTOCASTIGO CON SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD.

- **ANSIEDAD.** MAS INTENSA EN LA MAÑANA.

- **AMBIVALENCIA.** CON GRANDES DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES . SIN EMBARGO, SI SE APLICA UNA ACTITUD FORZADA , EL JUICIO SUELE SER BUENO.

- **IRRITABILIDAD.** CON AGRESIVIDAD QUE DA ORIGEN A PROBLEMAS FAMILIARES Y LABORALES.

IDEAS DE SUICIDIO. LA IDEA SUICIDA NO ES POR SI MISMA EL PRINCIPAL PELIGRO. ES MUCHO MAS GRAVE LA PRESENCIA DE UN PLAN PARA COMETER EL SUICIDIO. EL RIESGO PARA LA AUTODESTRUCCION AUMENTA CON EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE SUICIDIO O CON LA EXISTENCIA DE UN INTENTO PREVIO.

- **PENSAMIENTO OBSESIVO.** IDEAS O RECUERDOS REPETITIVOS Molestos.

2. LA REPERCUSION SOMATICA

LA REPERCUSION SOBRE EL ESTADO GENERAL DEL ENFERMO ES CONSTANTE, FORMA PARTE DEL SINDROME DEPRESIVO Y CUANDO NO SE ENCUENTRA SE DEBE CONSIDERAR DE NUEVO EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION.

- **TRASTORNOS DEL SUEÑO .** EL INSOMNIO DE MEDIA NOCHE ES MAS TIPICO DE LA DEPRESION, PERO TAMBIEN OCURRE DIFICULTAD PARA DORMIR. QUIZA COMO REACCION PARADOJICA , NO ES RARA LA SOMNOLENCIA QUE SE UTILIZA COMO ESCAPE.

- **CEFALEA TENSIONAL.** AFECTA PREDOMINANTEMENTE MUSCULOS DE NUCA Y TEMPORALES.

- **SINTOMAS GASTROINTESTINALES.** LA ALTERACION DEL APETITO ES VARIABLE A VECES HACE ESFUERZOS PARA COMER , EN OCASIONES HAY ANOREXIA . SE ASOCIA A PERDIDA DE PESO, INDIGESTION Y MAL SABOR DE BOCA.

- **OBESIDAD.** ES COMUN DURANTE LAS CRISIS DEPRESIVAS EN CONTRASTE CON EL ANTERIOR.

- FATIGA. LA ASTENIA DESBORDA EL PUNTO PURAMENTE SOMATICO , PARA INVADIR TODOS LOS TERRENOS DE LA PERSONALIDAD (INTE-
LIGENCIA , SEXUALIDAD) Y SOLO LA AFECTIVIDAD ESTA EXACERBADA
EN SENTIDO NEGATIVO. LA ASTENIA PREDOMINA DURANTE LA MAÑANA
Y SE DETIENE POR LA NOCHE.

- TRASTORNOS SOMATICOS VARIADOS. LUMBALGIAS, DOLORES RA-
GUIDEOS , A VECES LAS QUEJAS HIPOCONDRIACAS SON FRANCAMENTE
DELIRANTES.

A VECES EL SINDROME DEPRESIVO NO SE MANIFIESTA CON UNA
SEMIOLOGIA TAN FRANCA. PUEDE REVESTIR ASPECTOS DIVERSOS, QUE
FUERA DE LOS CASOS DE HISTERIA , LLEVAN LA MARCA DE LA SEMIO-
LOGIA SOMATICA :

- SINTOMATOLOGIA GENERAL EN EL PRIMER PLANO. INSOMNIO
ASTENIA , ANOREXIA , CEFALIAS , IMPOTENCIA SEXUAL.

- SINTOMATOLOGIA CARDIACA. PALPITACIONES. EL DIAGNOSTICO
DIFERENCIAL NO ES SIEMPRE FACIL CON UN SINDROME DE ANSIEDAD.
O CON UNA NEUROSIS DE ANGUSTIA.

ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPRESION INFANTIL

ESTUDIOS PSIQUIATRICOS HAN MOSTRADO QUE LOS NIÑOS DE FA-
MILIAS EN LAS QUE POR LO MENOS UNO DE LOS PADRES HA PRESENTA-
DO UNA DEPRESION MAYOR , HAN TENIDO MAS PROBLEMAS PERINATA-
LES , DIFICULTADES EN EL DESARROLLO , CONVULSIONES, ACCIDENTES
ENFERMEDADES , OPERACIONES Y PROBLEMAS DE CONDUCTA.²⁵ COMPA-
RADOS CON CONTROLES ESTOS NIÑOS HAN TENIDO MAS RIESGO DE DE-
PRESION MAYOR, TRASTORNOS DE ANSIEDAD E INTENTOS DE SUICIDIO.

AUNQUE LA DEPRESION INFANTIL ES SIN DUDA VISTA POR ME-
DICOS FAMILIARES, NO HAN SIDO REPORTADOS ESTUDIOS DE DEPRE-
SION INFANTIL EN LA LITERATURA DE MEDICINA FAMILIAR. LOS NI-
ÑOS Y ADOLESCENTES SON LLEVADOS AL MEDICO FAMILIAR POR PRO-
BLEMAS DE CONDUCTA O SINTOMAS SOMATICOS.²⁵

LAS ALTERACIONES DEL HUMOR SE MANIFIESTAN POR UNA TRISTEZA ,
DURADERA , SON FRECUENTES LOS LLANTOS PROVOCADOS POR MOTIVOS

FUTILES O CARENTES DE RAZON, CON UNA MIMICA POBRE E INEXPRESIVA. ES MENOS FRECUENTE OBSERVAR UN DOLOR MORAL CON IDEA DE AUTODESPRECIO O CULPABILIDAD, ASI COMO UN SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y ABANDONO. LA INHIBICION INTELECTUAL SE REFLEJA EN UN DESCENSO DEL RENDIMIENTO ESCOLAR, EL NIÑO PRESENTA DIFICULTAD EN MANTENER LA ATENCION, EN CONCENTRARSE, LE FALLA LA MEMORIA Y SE LE EMPOBRECE LA IMAGINACION.²⁶

LA DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD MOTORA SE MANIFIESTA POR ASTENIA, PASIVIDAD, RETRACCION Y TENDENCIA AL AISLAMIENTO, REHUYENDO LOS JUEGOS COLECTIVOS. EL NIÑO JUEGA SOLO O CON COMPAÑEROS MAS PEQUEÑOS QUE EL. LA ANSIEDAD ES FRECUENTEMENTE INTENSA Y SE ASOCIA CON FOBIAS DIVERSAS (A LO NEGRO, A CIERTOS ANIMALES, AGAROFobia, Fobia ESCOLAR). LOS SIGNOS FISICOS SON VARIABLES, ALTERACIONES DEL SUEÑO, CAMBIOS EN LOS HABITOS DE ASEO, ANOREXIA, CEFALEA Y DOLOROS DIVERSOS. A MENUDO LES CUESTA TRABAJO CONTROLAR SUS IMPULSOS AGRESIVOS. MUCHOS DE ESTOS NIÑOS, LO MANIFIESTAN COMO PELEAS, GOLPES U OTRAS ACCIONES DESTRUCTIVAS CONTRA PERSONAS U OBJETOS.

A LA DEPRESION PUEDE ACOMPAÑAR ENCOPRESIS O ENURESIS EN PUBLICO, AL IGUAL QUE AUTOEROTISMO EXCESIVO.²⁶ EN EL NIÑO EL DIAGNOSTICO DE ESTADO DEPRESIVO DEBE BASARSE EN LOS SIGNOS OBJETIVOS, ANTES QUE EN LOS SUBJETIVOS E INTROSPECTIVOS. EL INTERES DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS (RORSCHACH, T.A.T., PATTE NOIRE) RESIDE PRINCIPALMENTE EN EL HECHO DE APORTAR DATOS SOBRE LA VIDA DEL PACIENTE. EL DIVORCIO, SEPARACION O AUSENCIA DE UNO DE LOS PADRES DURANTE MESES, EN CUYO CASO LA ATENCION LA PROPORCIONAN TUTORES DIFERENTES LA MUERTE DE UNO DE LOS PADRES O SUBSTITUTO IMPORTANTE, O LA PERDIDA DEL INTERES EN EL NIÑO POR PARTE DE LOS PADRES, SON FRECUENTES EN LAS FAMILIAS EN LAS CUALES SE OBSERVAN NIÑOS DEPRIMIDOS.²⁶

EN LA PRACTICA FAMILIAR LOS CLINICOS HAN OBSERVADO QUE LA DEPRESION INFLUENCIA NO SOLO LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO SINO TAMBIEN LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO DEL NUCLEO FAMILIAR.

LOS PSIQUIATRAS HAN ENCONTRADO QUE LOS NIÑOS CON DEPRESION NO DIAGNOSTICADA PUEDEN TENER PROBLEMAS QUE INTERFIEREN CON SU DESARROLLO EMOCIONAL , SOCIAL Y ACADEMICO. LAS FAMILIAS EN LAS QUE UNO DE SUS INTEGRANTES PRESENTA DEPRESION NO DIAGNOSTICADA ACUDEN CON MAYOR FRECUENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD , INCREMENTANDO LOS COSTOS.²⁵

LA FALLA EN EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN ESTAS FAMILIAS PUEDE CONducIR A FRUSTRACION TANTO PARA LA FAMILIA COMO PARA EL MEDICO.

LA DEPRESION INFANTIL PUEDE SER DIFICIL DE RECONOCER PERO HAY QUE TENERLA PRESENTE EN LA PRACTICA DE MEDICINA FAMILIAR.

ASPECTOS CLINICOS DE LA DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

EL ADOLESCENTE DEPRIMIDO TIENDE A PASAR A LA ACCION , SEXUALMENTE Y ANTISOCIALMENTE . SENTIMIENTOS DE DESESPERACION, VACIO, SOLEDAD Y FALTA DE VOLUNTAD , PUEDEN LLEVAR A ADICCIONES DE TODO TIPO. CUALQUIER DECEPCION SE SIGUE CON FACILIDAD DE CAMBIOS AFECTIVOS . EXPLOSIONES DE ACTIVIDAD VIGOROSA O INCLUSO VIOLENTA PUEDEN ALTERNARSE CON UNA APARENTE PEREZA O INCAPACIDAD PARA TRABAJAR O ESTUDIAR.

LA INCIDENCIA DE SUICIDIO AUMENTA AL FINAL DE LA ADOLESCENCIA PARA DESPUES DISMINUIR . UN SIGNO FRECUENTE DE AUTOAGRESION ES LA GRAN FRECUENCIA DE ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS , DOMESTICOS Y DEPORTIVOS EN ADOLESCENTES, RESULTANTE DE UNA MAYOR ACTIVIDAD Y AUTOCASTIGO A ESTA EDAD.²¹

DEPRESION Y EDAD AVANZADA

LEVIN Y GOLDFARB , HAN INDICADO QUE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA SUFREN DEPRESION CON FRECUENCIA. OTROS AUTORES HAN DESCRITO EL ESTADO AFECTIVO DEL ADULTO DE EDAD AVANZADA DEPRIMIDO , COMO APATIA O DESINTERES. SIN EMBARGO ; OTROS, CITANDO DESCUBRIMIENTOS DE QUE LAS DEPRESIONES PSICOTICAS SON MENOS FRECUENTES DESPUES DE LOS 65 AÑOS , CREEN QUE LOS ANCIANOS SON RELATIVAMENTE INMUNES A ESTE TIPO DE DEPRESIONES. MUCHOS ESCRITORES , CREEN QUE ESTA REACCION DEPRESIVA EN EL VIEJO ES

EN GENERAL UN SINDROME BENIGNO , EN EL QUE REAPARECEN LOS SINTOMAS NEUROTICOS DE LA VIDA PASADA.²¹

PREDOMINIO DE LA DEPRESION

LAS DEPRESIONES TIENDEN A RECURRIR MAS A MENUDO EN LAS PERSONAS CON ALGUN TIPO DE PREDISPOSICION QUE SEGUN LOS SEGUIDORES DEL ANALISTA MELANIE KLEIN, SE DEBEN A FIJACION AL REDEDOR DEL PRIMER AÑO DE VIDA. ADEMAS HAY CIERTAS TEMPORADAS DE LA VIDA QUE SE ACOMPAÑAN DE DEPRESION.

PERIODO POSPARTO. LA TRISTEZA ES FRECUENTE EN EL POSPARTO , PERO NO ASI LAS PSICOSIS CUYA INCIDENCIA ESTA ENTRE 1 A 2 POR 1 000 CASOS . LOS DATOS REVISADOS POR THOMAS Y GORDON, INDICAN QUE EL 54 % SE PRODUCEN EN PRIMIPARAS Y EL 46 % EN MULTIPARAS. LA ETIOLOGIA ES MULTICAUSAL. EL NACIMIENTO DE UN NIÑO CONSTITUYE PARA LA MADRE UN ESTRES FISICO ,YA QUE REPRESENTA LA ACME DE LA REALIZACION PSICOSEXUAL FEMENINA Y UN HITO EN LA HISTORIA DE VARON.²¹

MENOPAUSIA. EL HECHO DE UNA MUJER DE VERIFICAR QUE SU FACULTAD BIOLOGICA MAS PRECIADA O SEA LA MATERNIDAD, ES AHORA UNA CAPACIDAD QUE HA PERDIDO ,ES PARA LA PACIENTE MAS QUE UNA PERDIDA DE LAS FUNCIONES MAS FUNDAMENTALES ; ES UN SIMBOLO DE FALLA DE LAS FUENTES Y EXTREMOS DE ENERGIA.²⁷

JUBILACION. EN ALGUNOS PACIENTES ,EL RETIRO DEL TRABAJO IMPLICA LA RENUNCIA A TODOS LOS INTERESES POR LARGO TIEMPO ANHELADOS Y LA DESAPARICION DE LA ENERGIA PSIQUICA.²¹

NAVIDAD. EN LA ULTIMA DECADA , 14 % DE LOS ARTICULOS HAN TRATADO SOBRE LA NAVIDAD Y EL SINDROME DE DEPRESION FESTIVA. LA POSICION GENERAL DE ESTOS ARTICULOS ES QUE EXISTE UN INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE DEPRESION Y QUIZA DE OTROS TRASTORNOS PSICOEMOCIONALES DURANTE ESTA EPOCA. SE HAN EXPUESTO MUCHAS EXPLICACIONES PSICODINAMICAS SOBRE ESTE FENOMENO. NADIE ES INMUNE O ESTA COMPLETAMENTE PROTEGIDO DEL ESTRES POTENCIAL

(PSICOLOGICO, SOCIOECONOMICO Y BIOLÓGICO) EN LA ÉPOCA DE NAVIDAD. PROBABLEMENTE EL ELEMENTO AISLADO MAS IMPORTANTE EN LA PREDICCIÓN DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DURANTE ESTA ÉPOCA FESTIVA ES LA FAMILIA, POR LO QUE EL MÉDICO FAMILIAR NECESITA ESTAR ENTERADO DE LA DINÁMICA FAMILIAR PARA OFRECER SUGERENCIAS EN NAVIDAD.²⁸

EFFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN EL MEDIO AMBIENTE Y VICEVERSA

FAMILIA. LA DEPRESIÓN EN UN MIEMBRO DE LA FAMILIA AFECTARÁ A LOS DEMÁS MIEMBROS.²⁹ RICHARDSON EN 1948, FUE EL PRIMERO EN OBSERVAR LA IMPORTANCIA DEL ESTRÉS DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO FAMILIAR. MUCHOS AUTORES DESDE ENTONCES, APOYAN LA NOCIÓN DE QUE LA FAMILIA CONSTITUYE UNA BASE ÚNICA EN LA SALUD Y EL CUIDADO MÉDICO. DE AHÍ, QUE UNO DE LOS PRINCIPIOS FILOSÓFICOS ACTUALES DE LA MEDICINA FAMILIAR, ES UN ÉNFASIS IMPORTANTE SOBRE LA RELEVANCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO MÉDICO PARA EL PACIENTE, POR LO QUE TRES MÉDICOS FAMILIARES REALIZARON UN ESTUDIO PARA VALORAR EL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES SOBRE LA FUNCIÓN FAMILIAR, UTILIZARON EL APGAR FAMILIAR (ADAPTABILIDAD, MATRIMONIO, CRECIMIENTO, AFECTO Y RESOLUCIÓN); LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE EL TRASTORNO MAS FRECUENTE FUE: DISFUNCIÓN FAMILIAR EN CORRELACIÓN CON DISFUNCIÓN SOCIAL Y DEPRESIÓN SEVERA EN BASE AL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD. POR LO TANTO RECOMIENDAN AL CLÍNICO QUE SOPESQUE DISFUNCIÓN FAMILIAR SI IDENTIFICA DEPRESIÓN SEVERA.²⁹

TRABAJO O ESCUELA. AL DEPRIMIDO SE LE HACE IMPOSIBLE O DIFÍCIL LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.⁹ EL RETRASO EN LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO (CONCENTRACIÓN Y MEMORIA) AFECTARÁ DE MANERA ADVERSA LA EFICIENCIA EN ESCUELA O TRABAJO.^{9,10,12} SE REALIZÓ UN ESTUDIO³⁰ SOBRE DETECCIÓN DE ESTRÉS OCUPACIONAL Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES (EDAD PROMEDIO DE 48 AÑOS) BAJO UN MODELO QUE MEDIA DICHSOS PARÁMETROS. LOS RESULTADOS DEMOSTRARON QUE EL ESTRÉS OCUPACIONAL EJERCE UN EFECTO DIRECTO SOBRE LA DEPRESIÓN Y QUE LOS INDIVIDUOS CON CAPACIDAD FUER

TE DE CONTROL POSEEN SISTEMAS DE APOYO BENEFICOS ANTE LA PRESENCIA DE SITUACIONES ESTRESANTES.

PUNTOS DE REFERENCIA ETIOLOGICOS

LA ETIOLOGIA DE LA DEPRESION COMO TODO PADECIMIENTO DE TIPO CRONICO QUE INVOLUCRA LA ESFERA MENTAL ES DE ORDEN MULTIPLE Y COMPLEJO, EN ESTA PRESENTACION SE ABORDARAN DE FORMA ESQUEMATICA LAS REFERENCIAS DE UTILIDAD.^{9,21}

A) PUNTOS DE REFERENCIA ORGANICOS. EN LA DEPRESION SIMTOMATICA DE UNA AFECCION ORGANICA :

- EL SINDROME DEPRESIVO ESTA DOMINADO POR LA ASTENIA.
- A MENUDO EXISTE UN SINDROME CONFUSIONAL DE GRADO VARIABLE.

EL EXAMEN NEUROLOGICO BUSCA :

- LA MENINGITIS TUBERCULOSA.
- LA PARALISIS GENERAL , INFRECIENTE PERO QUE ES PRECISO SOSPECHAR VALIENDOSE DE UN MEDIO SENCILLO : LA INVESTIGCION DEL SIGNO DE ARGYLL ROBERSTON.
- INSUFICIENCIA CIRCULATORIA CEREBRAL (ARTERIOESCLEROSIS).

LOS SIGNOS NEUROLOGICOS EN FOCO :

- TUMOR CEREBRAL , EN PARTICULAR DE LOCALIZACION FRONTAL.
- SINDROME DE PARKINSON.
- SINDROMES ENDOCRINOS ; TIROIDEOS , HIPOFISIARIOS , CORTICO SUPRARRENLES (HIPERCORTISOLISMO), ETC.

UNA INTOXICACION :

- MEDICAMENTOS (RESERPINA , ALFAMETILDOPA).
- MONOXIDO DE CARBOHO.
- ETILICA, CONOCIDO EL EFECTO DEPRESOR DEL ETANOL A NIVEL DEL S.N.C.

SE REPORTA QUE LA RESPUESTA DE LA REACCION DEPRESIVA A UNA ENFERMEDAD FISICA ES PARECIDA A UNA REACCION DE TRISTEZA O UNA DEPRESION SITUACIONAL AGUDA.²¹

EL INFARTO AL MIOCARDIO ESTA ENTRE LAS CAUSAS MAS COMUNES QUE SUELEN DAR POR RESULTADO DEPRESION GRAVE. ALGUNOS INVESTIGADORES VERSADOS EN LA MATERIA CREEN QUE LA DEPRESION, PUEDE SER TAMBIEN UNO DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LOS CAMBIOS ATEROMATOSOS DEL ENDOTELIO DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE DA POR RESULTADO OCLUSION. DESDE LUEGO HAY CIERTA RELACION ENTRE EL METABOLISMO DEL COLESTEROL Y LA TENSION. LA DEPRESION ES A MENUDO PARTE DE LA MISMA.

OPERACIONES MUTILANTES V.GR., PARA ERRADICAR CIERTOS CANCERES COMO LOS DE CARA Y GLANDULA MAMARIA ; AMPUTACIONES POR GANGRENA O LESIONES NO REPARABLES .

UNA DE LAS DEPRESIONES MAS DIFICILES DE TRATAR ES LA QUE ACOMPAÑA A LAS LESIONES MALIGNAS INCURABLES Y A OTRAS ENFERMEDADES TERMINALES. TAMBIEN DEBEMOS TENER EN CUENTA LA PSI_ QUE DEL PACIENTE SOMETIDO A TRANSPLANTES Y LAS REACCIONES DEPRESIVAS QUE A MENUDO COMPLICAN SU RECUPERACION.¹⁵

EN LOS CASOS EN QUE UNA ENFERMEDAD ORGANICA ES LA RESPONSABLE DE LA APARICION DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS SE HABLA DE SINDROME AFECTIVO ORGANICO CON DEPRESION.¹²

B) PUNTOS DE REFERENCIA PSIQUIATRICOS

SE ARREGLAN SEGUN LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DEL PACIENTE Y EL MODO DE RELACION CON EL MUNDO EN TRES CAPITULOS :

- DEPRESIONES PSICOTICAS
- DEPRESIONES NEUROTICAS
- OTRAS DEPRESIONES

DEPRESIONES PSICOTICAS. PUEDEN ESQUEMATIZARSE CON LA ECUACION SIGUIENTE :

DEPRESION PSICOTICA = DEPRESION + DELIRIO

DEPRESION MELANCOLICA. ES LA MAS CARACTERISTICA DE LAS DEPRESIONES Y TIENE COMO PARTICULARIDAD LA IMPORTANCIA DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y LA EXISTENCIA DE DELIRIO. LOS TRASTORNOS DEL HUMOR SON CONSIDERABLES , LA INHIBICION PSICOMOTORA ES MAXIMA ; LAS IDEAS DELIRANTES DE DEPRECIACION DE SI MISMO DOMINAN EL CUADRO. TODOS LOS DEPRIMIDOS ESTAN CONFRONTADOS CON EL SUICIDIO , PERO EN EL MELANCOLICO EL SUICIDIO SE PRESENTA COMO LA UNICA SOLUCION.

DEPRESION EN OTRAS PSICOSIS :

PSICOSIS AGUDA. EL DIAGNOSTICO ES EVIDENTE FRENTE AL DELIRIO POLIMORFO QUE SE CARACTERIZA POR LA VARIABILIDAD DE LOS TRASTORNOS EL HUMOR Y LAS IDEAS DELIRANTES.

ESQUIZOFRENIA. COMIENZO CLASICO DE ALGUNAS ESQUIZOFRENIAS EN LAS CUALES LOS ELEMENTOS SEMIOLOGICOS ATIPICOS, ENTRE ELLOS EL SINDROME DEPRESIVO , LLAMAN LA ATENCION DEL OBSERVADOR (DEPRESION ATIPICA). EL PACIENTE POR LO GENERAL UN ADOLESCENTE ESTA DEPRIMIDO , PERO LA DEPRESION ES CURIOSA , EL CONTACTO ES EXTRAÑO, EL INTERLOCUTOR NO SE SIENTE A SUS ANCHAS , LAS QUEJAS CENESTESICAS SON EXTRAÑAS.

ESTA DEPRESION SIGUE AL EPISODIO DE DISMINUCION DEL RENDIMIENTO ESCOLAR O PROFESIONAL, A LAS PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS , FILOSOFICAS O MISTICAS. LA TENDENCIA AL PENSAMIENTO ABSTRACTO ES RUDIMENTARIA Y A VECES INCOHERENTE EN ESTA ETAPA.

PSICOSIS CRONICA. UNA DEPRESION PUEDE MARCAR EL COMIENZO O PRESENTARSE EN EL CURSO DE LA DIVERSAS PSICOSIS CRONICAS : PARANOIA , PARAFRENIA , PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA.⁹

LA MELANCOLIA DE INVOLUCION (MELANCOLIA INVOLUTIVA)
ES UN ESTADO DEPRESIVO QUE SOBREVIENE CERCA DE LOS 40 AÑOS EN MUJERES Y EN HOMBRES CERCA DE LOS 50 AÑOS. ESTE ES EL PERIODO CUANDO LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y REPRODUCTORAS EMPIEZAN A

SUFRIR UNA DISMINUCION DE SU ACTIVIDAD FUNCIONAL ; O SEA LA EDAD QUE EN GENERAL , SE CONOCE COMO PERIODO INVOLUTIVO. ESTA FORMA FUE SEPARADA POR KRAEPLIN , DE LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA EN 1896 ; PERO POSTERIORMENTE NEGÓ LA AUTONOMIA NOSOLOGICA DE LA MISMA. ACTUALMENTE LA ENFERMEDAD HA SIDO ADSCRITA POR LOS PSIQUIATRAS ALEMANES A LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, MIENTRAS QUE LA MISMA CONSTITUYE UNA ENTIDAD ESPECIFICA PARA LOS AUTORES ANGLOSAJONES.

NO EXISTEN ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DEPRESIVOS O MANIACOS. NO HAY VERDADERA EVOLUCION DEMENCIAL, PERO SI RECAIDAS Y EN OCASIONES EL PASO A LA CRONICIDAD, EN FORMA DE MODIFICACIONES PERMANENTES DEL HUMOR, QUE SE VUELVE TRISTE IRRITABLE ASI COMO TAMBIEN A UNA REDUCCION DE LA ACTIVIDAD .⁹

DEPRESIONES NEUROTICAS

LA DEPRESION EN LA HISTERIA. LA ASTENIA Y LA ANGUSTIA OCUPAN EL PRIMER PLANO. LA ANGUSTIA ES FLOTANTE O FOCALIZADA , NOSOFOBIA , FOBIA DE IMPULSION. LA ASTENIA CONFINA AL ENFERMO AL LECHO (SUELE TRATARSE DE UNA MUJER). LAS QUEJAS SON MULTIPLES (CEFALEAS , PARESTESIAS DE EXTREMIDADES , TEMBLORES). A VECES LAS MANIFESTACIONES EMOCIONALES SON ESPECTACULARES (SOLOZOS , AGITACION). LA CAUSA DESENCADENANTE ES UNA PERDIDA DE AMOR O DE ESTIMACION DEL OTRO.⁹

LA DEPRESION EN EL OBSESIVO. EL SENTIMIENTO DE AUTODEPRECIACION OCUPA EL PRIMER PLANO EN RELACION CON UNA DIFICULTAD FAMILIAR O SOBRE TODO PROFESIONAL POR UNA PERDIDA DE LA ESTIMACION DE SI MISMO. LOS CAMBIOS DE LA ACTIVIDAD DE TRABAJO , PERDIDA DE PRESTIGIO PERO SOBRE TODO PROMOCION PROFESIONAL^{9,15} REQUIEREN DE UN POTENCIAL DE ADAPTACION QUE FALTA EN LA PERSONALIDAD OBSESIVA, YA QUE SE TRATA DE UNA PERSONA RIGIDA , ESCRUPULOSA , METICULOSA CON PREOCUPACIONES HIPOCONDRIACAS Y CON UN FONDO DEPRESIVO DESPERTADO POR EL MENOR ESTIMULO. LA NEUROSIS OBSESIVA ESTRUCTURADA NO ES FRECUENTE.⁹

OTROS SINDROMES DEPRESIVOS

LA DEPRESION POR AGOTAMIENTO. ESTA ENTIDAD CLINICA DISCUTIBLE ESTA CARACTERIZADA POR UN SENTIMIENTO DE TRISTEZA ,IRRITABILIDAD , APATIA , QUE SE PRESENTA BRUSCAMENTE DESPUES DE UNA EXCITACION EMOCIONAL PROLONGADA O REPETIDA.PARECEN ESTAR PARTICULARMENTE EXPUESTAS ALGUNAS PROFESIONES (TELEFONISTAS, MECANOGRAFOS). LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD MUY FRECUENTE ES DE TIPO OBSESIVO. LA DEPRESION POR AGOTAMIENTO ES UNA FORMA PARTICULAR DE LA DEPRESIONES REACTIVAS.⁹

LAS DEPRESIONES REACTIVAS O SECUNDARIAS. SE HA USADO EL TERMINO DEPRESION REACTIVA O REACCIONAL , PARA DESCRIBIR EL TRASTORNO AFECTIVO QUE SE PRESENTA DE INMEDIATO A UNA AGRESION PSICOLOGICA O FISICA . LOS PACIENTES QUE SE DEPRIMEN DE MANERA REACTIVA PERTENECEN AL GRUPO DE INDIVIDUOS CON ESTRUCTURA NEUROTICA DEL CARCTER.

CUANDO ESTAS PERSONAS SE ENFRENTAN A UNA PERDIDA ,APARECE LA TRISTEZA NATURAL CON DUELO Y DESPRECIO HACIA SI MISMO Y ADEMAS , HAY GENERALMENTE ANGUSTIA CULPABLE DEBIDO A QUE LA IRA Y LA AGRESION HACIA LA RELACION CON EL OBJETO PERDIDO , AMENAZAN CON SALIR A LA SUPERFICIE. A VECES , EL ENFERMO DEPRIMIDO TRATA DE VENCER LA ANGUSTIA Y LA TENSION CULPABLES POR MEDIO DE LA INGESTION DE ALCOHOL O DROGAS.

LAS DEPRESIONES REACTIVAS O SECUNDARIAS ,QUE SE PRESENTAN COMO RESPUESTA A ENFERMEDADES MEDICAS GRAVES (CANCER O CARDIOPATIA),REPRESENTAN EL TIPO MAS COMUN DE ENFERMEDAD AFECTIVA QUE SE ENCUENTRA EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA Y SON LAS DEPRESIONES QUE CON MAYOR FRECUENCIA PASAN INADVERTIDAS PARA EL MEDICO GENERAL/FAMILIAR.ES IMPORTANTE RECORDAR QUE PUEDE PRESENTARSE DEPRESION REACTIVA EN UN PACIENTE QUE NUNCA SE QUEJA DE ESTAR DEPRIMIDO.^{2,9,15,21,27}

DEPRESION ENMACARADA.ES UNA VARIANTE DE LA DEPRESION ,YA SEA PRIMARIA O SECUNDARIA. EL PACIENTE SE QUEJA DE SINTOMAS FISICOS , EN FORMA CARACTERISTICA DE DOLOR CRONICO QUE NO -

RESPONDE A LOS ANALGESICOS . EN GENERAL , LOS HALLAZGOS CLINICOS SON NEGATIVOS O NO CONCLUYENTES Y LA DESCRIPCION DEL PACIENTE SOBRE SU MOLESTIA , TIENDE A SER VAGA. LAS DEPRESIONES ENMASCARADAS SE PRESENTAN A MENUDO EN FORMA DE ALCOHOLISMO EPISODICO ,DEPENDENCIA DE DROGAS Y ABUSO DE ELLAS O CONDUCTA " MANIFIESTA " QUE INCLUYE LA CONDUCTA ANTISOCIAL.

AUNQUE NO SEA POSIBLE COMPROBAR NINGUN ACONTECIMIENTO PRECIPITANTE ,EL MEDICO DEBERA CONSIDERAR LA PRESENCIA DE DEPRESION SUBYACENTE CUANDO UN SINTOMA COMO EL DOLOR ,EL CAN - SANCIO FACIL , LA IRRITABILIDAD O EL MALESTAR PERSISTEN SIN EXPLICACION.¹⁵ NOS PREGUNTAMOS SI EN ESTAS CONDICIONES ; EL TERMINO DEPRESION ENMASCARADA , REFLEJA FIELMENTE LA REALIDAD ¿ NO SERIA MAS CORRECTO HABLAR DE "ENMASCARAMIENTO DEL OBSERVADOR" ?.

DEPRESION AGITADA.MUCHOS DEPRIMIDOS NO SON TÍPICOS . EL DEPRIMIDO AGITADO NO PUEDE ESTAR QUIETO.ÁGITA LAS MANOS, PASEA SIN PARAR Y LAMENTA SU SUERTE DE MANERA COMPLICADA .CO_ MO ESTAS ACCIONES SON ESENCIALMENTE INVOLUNTARIAS ,MUCHAS DE ESTAS PERSONAS TORTURADAS NO SE PUEDEN ORGANIZAR AFORTUNADAMENTE PARA LLEVAR A CABO SU PROPIO SUICIDIO.POR LO GENERAL SE ENCUENTRAN EN LA CATEGORIA DE PSICOTICOS DEPRESIVOS.EL ERROR MAS COMUN DEL PROFESIONISTA NO PSIQUIATRA ,CUANDO AFRONTA ESTA SITUACION , ES DIAGNOSTICAR LA AGITACION COMO ANSIEDAD. SI SE ADMINISTRA UN ANSIOLITICO EL RESULTADO ES UN EFECTO - CALMANTE QUE PRODUCE "DEPRESION PURA", EN LA CUAL HAY UN MAXIMO PELIGRO DE SUICIDIO.¹⁰

DIAGNOSTICO

DEBIDO A QUE LA TRISTEZA FORMA PARTE DE LA CONDICION HUMANA , CUALQUIER DISCUSION SOBRE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO, IMPLICA LA BUSQUEDA CONFUSA PARA LA DEMARCAACION ENTRE EL ESTADO DE ANIMO NORMAL Y EL ANORMAL ¿ CUANDO SE TRANSFORMA LA AFLICCION EN DEPRESION ? . SI BIEN ESTE PUNTO RARA VEZ PUEDE SITUARSE EXACTAMENTE , HAY GUIAS PARA EL DIAGNOSTICO. ¹⁵

LA INFORMACION SOBRE LA DEPRESION ,AL IGUAL QUE EN TODOS LOS SINDROMES PSIQUIATRICOS , SE LOGRA DE LA SIGUIENTE FORMA :

1. HISTORIA CLINICA (INTERROGATORIO DIRECTO Y EXPLORACION FISICA).
2. INFORMACION PROPORCIONADA POR LA FAMILIA O AMIGOS CERCANOS.
3. INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION.

DEL PACIENTE Y SU FAMILIA SE OBTIENE QUE ESTE SE HA ESTADO "SINTIENDO MAL", "HA MERMADO SU ESPIRITU" ; ESTA "TRISTE" O "MELANCOLICO", ES "INFELIZ", SE "VE ENFERMO". HA HABIDO UN CAMBIO EN LAS REACCIONES EMOCIONALES DEL CUAL QUIZA NO ESTA ENTERADO EL PACIENTE.

APARECEN EN EL LENGUAJE DEL PACIENTE , LAS PALABRAS "PERDIDA DE LOS ANIMOS", "DEBIL", "CANSADO", "NO TENGO ENERGIA PARA TRABAJAR ", "MI TRABAJO PARECE MAS CANSADO Y DIFICIL". SOBREVIENE EL PESIMISMO. EL PACIENTE ESTA PREOCUPADO Y SUFRE UNA INQUIETUD INCONTROLABLE POR TRIVIALIDADES.

CON ESTA INQUIETUD EXCESIVA SE REDUCE LA CAPACIDAD PARA PENSAR CON LA EFICIENCIA ACOSTUMBRADA. SI EL PACIENTE ES SUSPICAZ DE MANERA NATURAL , ENTONCES SURGIRAN TENDENCIAS PARANOIDES.

CUANDO ES EXAMINADO ; LA EXPRESION FACIAL DEL PACIENTE A MENUDO ES DE PESADUMBRE , PROBLEMAS , DOLOR O AFLICCION . SU ACTITUD Y COMPORTAMIENTO MANIFIESTAN QUE PREDOMINA EL ESTADO

DE DEPRESION , DESALIENTO , ABATIMIENTO. DURANTE LA ENTREVISTA LOS OJOS DEL PACIENTE PUEDEN LLENARSE DE LAGRIMAS O QUIZA LLORE ABIERTAMENTE . EN OCASIONES EL PACIENTE SONREIRA, PERO LA SONRISA MAS BIEN PARECE UN GESTO SOCIAL, QUE LA EXPRESION DE UN SENTIMIENTO. SI SE EXAMINA CON CUIDADO SE OBSERVA QUE EL CONTENIDO DEL LENGUAJE ES ANORMAL. LA CONVERSACION ESTA REPLETA DE PENSAMIENTOS PESIMISTAS , TEMORES Y EXPRESIONES DE INSUFICIENCIA , COMPETENCIA , INFERIORIDAD Y A VECES CULPABILIDAD.

EN LAS DEPRESIONES INTENSAS ,SE OBSERVAN IDEAS EXTRAÑAS O DELIRIOS SOBRE EL CUERPO ("SE SECA LA SANGRE", "EL INTESTINO ESTA TAPADO DE CEMENTO", "ESTOY MEDIO MUERTO").¹⁵

UNA VEZ RECONOCIDO EL SINDROME DEPRESIVO, SE HA DE :

A) PRECISAR EL MODO DE INSTALACION

EL MODO DE COMIENZO SUELE ESTAR CARACTERIZADO POR :

- LA PRECOCIDAD DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO,
- LA PROGRESION DE LA ASTENIA
- LA AGRAVACION DE LA TRISTEZA

LAS CIRCUNSTANCIAS DESENCADENANTES :

- HAY QUE HACER HINCAPIE PARA ENCONTRAR UN TRAUMATISMO AFECTIVO (SEPARACION , DUELO , FRACASO SOCIAL O PROFESIONAL).
- PERO TAMBIEN UN TRAUMATISMO ORGANICO (ENFERMEDAD, TCE).

B) VOLVER A SITUAR EL SINDROME DEPRESIVO EN LA VIDA DEL PACIENTE.

EL SINDROME DEPRESIVO ,DEBE SITUARSE DENTRO DE LA VIDA DEL PACIENTE TENIENDO EN CUENTA LA MODALIDAD DE RELACIONES DEL PASADO (INFANCIA , ADOLESCENCIA, ETC) Y DE LA SITUACION PRESENTE (MEDIO FAMILIAR, PROFESIONAL), MEDIOS DEFENSIVOS , FACULTADES ADAPTATIVAS , POSIBLE EXISTENCIA DE DESCOMPENSACION DEPRESIVA ANTERIOR EN EL SENTIDO PERSONAL O FAMILIAR , ASI COMO POSIBLE CAUSA DESENCADENANTE. ESTOS DIVERSOS DATOS ESTAN

DIRIGIDOS A ENFOCAR LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y CONSTITUYEN UN PRIMER ESBOZO PARA LA EXPLICACION DE LA DESCOMPENSACION DEPRESIVA.⁹

EXISTEN OCHO CRITERIOS QUE FORMAN LA CLAVE PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION, SEGUN LO HA DEFINIDO LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION EN SU DSM III (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS) :

1. POCO APETITO CON PERDIDA DE PESO O AUMENTO DEL APETITO CON AUMENTO DE PESO.
2. INSOMNIO O HIPERSOMNIA.
3. AGITACION O RETRASO PSICOMOTOR.
4. PERDIDA DEL INTERES O DEL PLACER EN LAS ACTIVIDADES COMUNES O DISMINUCION DEL IMPULSO SEXUAL.
5. PERDIDA DE ENERGIA Y SENTIMIENTO DE FATIGA.
6. SENTIMIENTOS DE INVALIDEZ, AUTOREPROCHE O DE CULPA INAPROPIADA.
7. DISMINUCION DE LA CAPACIDAD PARA PENSAR O PARA CONCENTRARSE Y
8. PENSAMIENTOS RECURRENTES DE MUERTE O SUICIDIO.

EL PACIENTE CON CINCO DE ESTOS 8 DATOS ESTA DEPRIMIDO DEFINITIVAMENTE , CON CUATRO PROBABLEMENTE ESTA DEPRIMIDO. DE ACUERDO CON EL DSM-III, EL ESTADO DE DEPRESION DEBERA ESTAR PRESENTE DURANTE UN MES PARA SER CONSIDERADO COMO TAL.¹⁵

LA DEPRESION INFANTIL HA SIDO RECIENTEMENTE BASADA EN LOS CRITERIOS PARA ADULTOS ,DEFINIDOS POR EL DSM-III Y POR EL RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA (RDC).LOS CRITERIOS DEL DSM-III , PARA DEPRESION MAYOR SON LOS MISMOS PARA NIÑOS ,ADOLESCENTES Y ADULTOS .LA UNICA DIFERENCIA ENTRE LA DEPRESION INFANTIL Y DE ADULTOS ES LA CARACTERISTICA SEPARACION DE ANSIEDAD ASOCIADA CON LA PRIMERA.²⁵

INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION

HAY UNA RELACION ESTRECHA ENTRE EL USO DE ESCALAS DE EVALUACION Y EL NIVEL DE LA PRACTICA MEDICA.⁶

EN LA MAYOR PARTE DE LAS INVESTIGACIONES CLINICAS ,SE INCLUYE LA APLICACION DE UNA O VARIAS ESCALAS Y SON BIEN ACEPTADAS POR LOS MEDICOS QUE SE DEDICAN A ESTE TIPO DE INVESTIGACIONES. POR EL CONTRARIO LA GRAN MAYORIA DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA PRACTICA CLINICA NO LAS USAN Y ALGUNOS LAS CONSIDERAN ARTIFICIALES. EL DESARROLLO DE LA PRIMERAS ESCALAS DE EVALUACION PRACTICAS AUN EN USO , COINCIDIO CON EL ADVENIMIENTO DE LA PSICOFARMACOLOGIA Y SU APLICACION SEGURAMENTE FUE ESTIMULADA POR LA NECESIDAD DE TENER UN METODO PRECISO PARA VALORAR LA NATURALEZA DEL PADECIMIENTO QUE LOS ORIGINABA.

EN NUESTROS DIAS ,PODEMOS CONSIDERAR QUE EL USO DE LAS ESCALAS DE MEDICION APENAS SE INICIA EN LA PRACTICA CLINICA, YA QUE ESTAS SIMPLIFICAN EL REGISTRO DE DATOS PARA SU ESTUDIO EN COMPUTADORAS ,PERMITEN RECARBAR EL MAXIMO DE INFORMACION IMPORTANTE Y FACILITAN LA ESTANDARIZACION, QUE DISMINUYE LA VARIABILIDAD Y LA INFORMACION ACERCA DE LOS PACIENTES ; SIN EMBARGO ES PRECISO SEÑALAR QUE EL MEJOR CUESTIONARIO O LA MAS ELABORADA ESCALA DE EVALUACION NO PUEDE SUPLIR A UN BUEN ESTUDIO CLINICO EFECTUADO POR UN MEDICO COMPETENTE.⁶

LA DEPRESION PUEDE SER MEDIDA EN DOS CATEGORIAS BASICAS:

1. **MEDICION COMPRESIVA.** ES AQUELLA QUE INTEGRA INFORMACION DE SISTEMA DE RESPUESTAS MULTIPLES Y PROVEEN UNA DESCRIPCION COMPRESIVA DEL ESTADO EPRESIVO; POR EJEMPLO: ESCALA DE HAMILTON , ESCALA DE ZUNG, ETC.
2. **MEDICION ESPECIFICA.** DESCRIBEN UN INICIO ESPECIFICO DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA ,UTILIZA LA INFORMACION DE UN SISTEMA UNICO DE RESPUESTA .POR EJEMPLO : EL REGISTRO TELEMETRICO DE LA ACTIVIDAD MOTORA.

LOS ESTUDIOS FRECUENTEMENTE UTILIZAN UNA MEDICION COMPREN-

SIVA AISLADA E INFIEREN DE LA MEDICION TODA LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA.³¹

EL NUMERO Y SOFISTICACION DE INSTRUMENTOS DESIGNADOS PARA CUANTIFICAR LOS ESTADOS DEPRESIVOS ; SE HA INCREMENTADO DRAMATICAMENTE EN LOS ULTIMOS 20 AÑOS , FACILITANDO EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS. ACTUALMENTE LAS ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION , MAS CONOCIDAS Y UTILIZADAS SON : EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MAS DE 500 PREGUNTAS) , LA ESCALA DE HAMILTON (MAS DE UNA HORA PARA CONTESTAR), EL INVENTARIO DE BECK, EL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD Y LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ESCALA AMD O DE ZUNG).

EL EMPLEO DEL IPMM , DEL INVENTARIO DE BECK Y DE LA ESCALA DE HAMILTON , IMPLICA UN PROCESO DE CUANTIFICACION COMPLEJO Y SU CUANTIFICACION ES MAS AMPLIA EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION QUE EN EL CAMPO CLINICO ASISTENCIAL.⁶

LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG , PRESENTA NUMEROSAS VENTAJAS ; ES SENCILLA DE FACIL APLICACION , PUEDE SER REALIZADA POR EL MEDICO EN SU CONSULTA (APROX. 10 MIN PARA SU EVALUACION) ; ES CONSIDERADA COMO UNA DE LAS MAS PRECISAS, MEDIANTE ESTA EL EQUIPO DE NEBRASKA , DEMOSTRO QUE LA MAYORIA DE LAS CEFALAS SIN BASE ORGANICA SON DE ORIGEN PSICOGENO.³²

EN 1964 , ZUNG Y DURHAM , REALIZARON UNA INVESTIGACION SOBRE DEPRESION Y EN 1965 PUBLICARON LOS RESULTADOS DE UNA ESCALA QUE REUNIERA LOS SIGUIENTES REQUISITOS :

1. QUE FUERA AUTOAPLICABLE A ENFERMOS CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION O DEPRESION ENMASCARADA , INCLUYENDO LOS SINTOMAS MAS REPRESENTATIVOS DE ESTA ENTIDAD CLINICA.
2. QUE FUERA BREVE Y SENCILLA , DE APLICACION MAS CUANTITATIVA.
3. QUE PUDIERA SER AUTOAPLICADA POR EL ENFERMO , A FIN DE RECARBAR SU RESPUESTA DIRECTA.

LOS ESTUDIOS ESTADISTICOS REALIZADOS ,INDICAN QUE LAS MEDICIONES OBTENIDAS DE ESTA MANERA PUEDEN CORRELACIONARSE DE MANERA SEGURA CON OTRAS ESCALAS DE MEDICION DE LA DEPRESION, QUE REQUIEREN MAS TIEMPO ,QUE ESTAN EN USO ACTUALMENTE.⁶

COMO USAR LA ESCALA AMD (O DE ZUNG)

LA ESCALA COMPRENDE UNA LISTA DE 20 DECLARACIONES.CADA DECLARACION SE REFIERE A UNA CARACTERISTICA ESPECIFICA Y COMUN DE LA DEPRESION. LOS 20 TEMAS ESBOZAN DE MANERA COMPRENSIVA ,LOS SINTOMAS AMPLIAMENTE RECONOCIDOS COMO DESORDENES DE LA DEPRESION. A UN LADO DE LAS DECLARACIONES ,APARECEN CUATRO COLUMNAS CUYOS ENCABEZADOS DICEN : MUY POCAS VECES ,ALGUNAS VECES , LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

SE DA AL PACIENTE EL CUESTIONARIO Y SE LE PIDE QUE PONGA UNA MARCA EN EL RECUDRO MAS APLICABLE A SU CASO,EN EL MOMENTO DE HACER LA PRUEBA. PARA OBTENER LA MEDICION DE LA DEPRESION DEL PACIENTE ,SE ESCRIBE EN EL MARGEN DERECHO EL VALOR PARA CADA DECLARACION Y LUEGO SE SUMA ;ESTA CALIFICACION SE CONVIERTE A UN INDICE BASADO EN 100 (TABLA A). LA ESCALA ESTA PLANEADA DE TAL MANERA QUE UN INDICE BAJO INDICA POCA O NINGUNA DEPRESION Y UN INDICE ALTO SEÑALA UNA DEPRESION DE SIGNIFICACION CLINICA.

EN OCASIONES LOS PACIENTES TENDRAN DUDAS SOBRE CIERTAS DECLARACIONES . A ALGUN PACIENTE SE LE OCURRIRA PREGUNTAR COMO CONTESTAR EL TEMA NO. 5 SIENDO QUE ESTA A DIETA Y EN CONSECUENCIA NO COME IGUAL QUE ANTES ;EN ESTE CASO SE PIDE AL PACIENTE QUE CONTESTE COMO SI NO ESTUVIERA A DIETA. A UN PACIENTE QUE TITUBEE ANTES DE CONTESTAR EL TEMA NO. 6 SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES ,SI NO LAS TIENE , SE LE PREGUNTARA SI DISFRUTA DE ESTAR CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO.

SE HAN INCORPORADO CIERTAS MEDIDAS DE PROTECCION ,COMUNES A TODAS LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS ,EN LOS ENCABEZADOS DE

LAS COLUMNAS DE CALIFICACION. PERO EL PACIENTE NO PODRA DISCERNIR ALGUNA TENDENCIA EN SUS RESPUESTAS ,PORQUE LA MITAD DE LAS DECLARACIONES ESTAN REDACTADAS DE MANERA SINTOMATICAMENTE POSITIVA Y LA OTRA MITAD COMO SINTOMATICAMENTE NEGATIVAS .

POR EJEMPLO ; EL PRIMER TEMA , "ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO " ES POSITIVO . EL SEGUNDO " EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR" , ES UNA DECLARACION NEGATIVA ,QUE REFLEJA LO CONTRARIO DEL ESTADO DE ANIMO DE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS QUE SE SIENTEN PEOR EN LA MAÑANAS. LOS TEMAS REDACTADOS NEGATIVAMENTE SE IDENTIFICAN MEDIANTE LOS ASTERISCOS SEÑALADOS Y LAS PALABRAS CLAVE DE LAS DECLARACIONES NEGATIVAS APARECEN CON LETRAS MAYUSCULAS.

INTERPRETACION DE LAS CLASIFICACIONES EAMD. LA ESCALA AMD NO ESTA DESTINADA A DIFERENCIAR LA DEPRESION COMO ENFERMEDAD DE LA DEPRESION COMO SINTOMA. SIRVE PARA MEDIR CUANTITATIVAMENTE LA INTENSIDAD DE LA DEPRESION , SIN TOMAR EN CUENTA EL DIAGNOSTICO. EN CONSECUENCIA ,LAS CALIFICACIONES ALTAS SON UNA INDICACION DE LA PRESENCIA DE SINTOMAS QUE PUEDEN TENER IMPORTANCIA CLINICA.

LA TABLA B MUESTRA LAS MEDICIONES DE DEPRESION AMD OBTENIDAS CON CONTROLES NORMALES Y CON PACIENTES A LOS QUE SE HABIA DIAGNOSTICADO DEPRESION ,REACCIONES DE ANSIEDAD , DESORDENES DE LA PERSONALIDAD ,ETC. LOS DIAGNOSTICOS FUERON ESTABLECIDOS POR SEPARADO POR OTROS CLINICOS ANTES DE OBTENER LA CALIFICACION DE DEPRESION CON LA ESCALA AMD.

EN TODOS LOS PACIENTES HUBO UNA INTIMA CORRELACION ENTRE LAS MEDICIONES CON LA EAMD Y LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS CON OTROS SISTEMAS DE PRUEBA .

EL INDICE PROMEDIO EN UNA SERIE DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS FUE DE MAS DE 70 Y EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS ,EL INDICE FUE DE MAS DE 60. LAS CALIFICACIONES BAJAS (MENOS DE 40) ,OBTENIDAS CON LOS CONTROLES NORMALES INDICARON QUE NO

HABIA DEPRESION. SE OBTUVIERON INDICES DE MAS DE 50 PACIENTES CON VARIOS DESORDENES EMOCIONALES CONOCIDOS. COMO EN EL CASO DE PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES ; ESAS CALIFICACIONES (QUE EXCEDEN DEL PROMEDIO DE LOS INDICES AMD PARA LOS CONTROLES NORMALES) SUGIEREN LA CONSIDERACION DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION , YA SEA QUE SE TRATE DE UN DIAGNOSTICO PRIMARIO, SECUNDARIO O SOLAMENTE SOMATICO.

RELACION DE LOS SINTOMAS DE DEPRESION CON LOS TEMAS DE LA ESCALA AMD

LAS DECLARACIONES DE LA ESCALA AMD , ESTAN REDACTADAS EN EL LENGUAJE COMUN DE LOS PACIENTES QUE SUFREN DEPRESION. SI BIEN , ESAS PALABRAS SON LAS QUE PUEDE USAR EL PACIENTE, SU SIGNIFICADO IDENTIFICA DE MANERA PRECISA, UN SINTOMA ACEPTADO DE DEPRESION.

LAS DECLARACIONES EAMD DE LA TABLA C , NO ESTAN EN EL MISMO ORDEN DE LA ESCALA ,PERO SE ANOTAN AL LADO DE LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION , ORGANIZADOS EN SU ORDEN AFECTIVO, FISIOLÓGICO O PSICOLÓGICO.

LAS PALABRAS DE LAS DECLARACIONES CON LETRAS MAYUSCULAS INDICAN LO CONTRARIO DE LO QUE DICEN LOS PACIENTES. COMO SE HA DICHO ANTES , ESTAS PALABRAS HAN SIDO CONVERTIDAS EN SINTOMATICAMENTE NEGATIVAS , PARA EVITAR QUE EL PACIENTE DISCIERNA EL PATRON DE SUS RESPUESTAS.^{32,33}

LA EVOLUCION DEL ESTADO DEPRESIVO PUEDE SEGUIRSE DE CERCA SOMETIENDO AL PACIENTE A UN NUEVO TEST, CUANTAS VECES SE ESTIME OPORTUNO.³²

PROTOCOLO DE LA ESCALA DE ZUNG

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTI NUA- MENTE.
1. Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor ⁺	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1	2	3	4
5. Como igual que antes solía hacerlo ⁺	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro ⁺	4	3	2	1
15. Estoy más irritable	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés	4	3	2	1
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	1	2	3	4
20. Todavía disfruto las cosas	4	3	2	1

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

Tabla A.- Forma de convertir la calificación básica al Índice EAMD.

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD	MEDIDA (P-95 %)
CONTROLES NORMALES.....	33	25 - 43
DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS.....	74	63 - 90
DEPRIMIDOS AMBULATORIOS.....	64	50 - 78
REACCIONES DE ANSIEDAD.....	53	40 - 68
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD....	53	42 - 68
REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACION TRANSITORIAS.....	53	38 - 68

TABLA B.

OTRA FORMA DE CALIFICAR SEGUN EL DR. WILLIAM W.K. ZUNG ES EN
BASE SOLO A LA PUNTUACION BASICA.

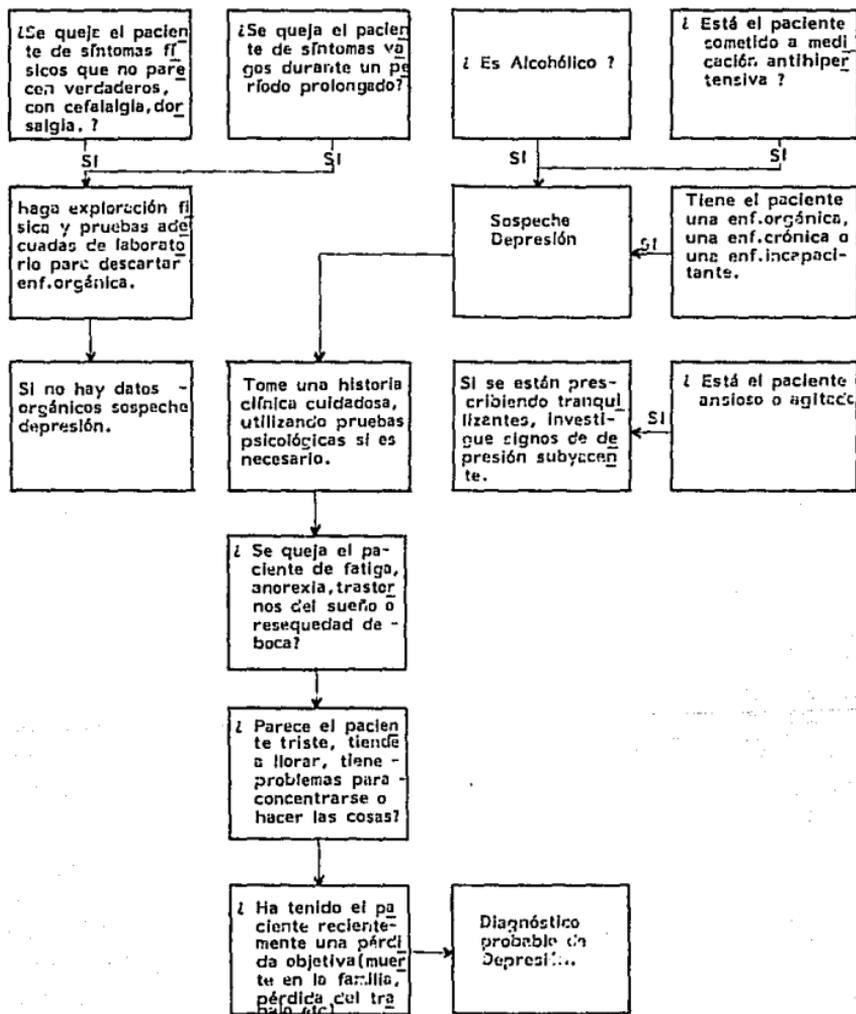
CALIFICACION BASICA	DIAGNOSTICO
MENOR A 40	NORMAL (UMBRAL SUPERIOR)
40 A 47	DEPRESION MODERADA
48 - 55	DEPRESION MARCADA
56 O MAS	DEPRESION GRAVE

TABLA C

Síntomas de los Desórdenes Depresivos	Temas de la Escala AMD	No. del Tema
I. AFECTIVOS PERSISTENTES:		
Deprimido, triste y melancólico	Me siento abatido y melancólico	(1)
Accesos de llanto	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(3)
II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS:		
Variación diurna: Exageración de síntomas en la mañana y alivio conforme avanza el día	En la mañana me siento MEJOR	(2)
Sueño: Despertar temprano o frecuente	Me cuesta trabajo dormirme en la noche	(4)
Apetito: Disminución en la ingestión de alimentos	COMO IGUAL que antes solía hacerlo	(5)
Pérdida de peso: Asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido	Noto que estoy perdiendo peso	(7)
Sexuales: Líbido disminuida	TODAVIA disfruto de las relaciones sexuales	(6)

Gastrointestinales:Constipación	Tengo molestias de constipación	(8)
Cardiovasculares:Taquicardia	El corazón me late más aprisa que de costumbre	(9)
Musculoesqueléticas:Fatiga	Me canso sin hacer nada	(10)
III. EQUIVALENTES PSICOLOGICOS		
Agitación Psicomotora:	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(13)
Retardo psicomotor	Me resulta FACIL hacer las cosas que acostumbro	(12)
Confusión	Tengo la mente TAN CLARA COMO ANTES	(11)
Vacuidad	Mi vida tiene bastante INTERES	(18)
Desesperanza	Tengo esperanza en el futuro	(14)
Indecisión	Me resulta FACIL tomar decisiones	(16)
Irritabilidad	Estoy más irritable de lo usual	(15)
Rumiación Suicida	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	(19)
Devaluación Personal	TODAVIA DISFRUTO con las mismas cosas	(20)

DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE:
RECONOCIMIENTO DE LA DEPRESION.



Esquema de vigilancia para reconocer al paciente deprimido.⁶

ERRORES QUE PRODUCEN FRACASO DEL DIAGNOSTICO

LOS MEDICOS QUE NO HACEN EL DIAGNOSTICO CORRECTO DE DEPRESION COMETEN ESTA FALLA POR UNA DE VARIAS RAZONES .PROBABLEMENTE LA MAS UNIVERSAL ES EL HECHO DE QUE; HASTA HACE POCO , LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA Y EL PERSONAL FACULTATIVO ESTABAN ORIENTADOS PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR LAS ENFERMEDADES QUE SE CONSIDERABAN RESULTADO DE PROBLEMAS ORGANICOS NADA MAS. LOS PACIENTES CON QUEJAS ORGANICAS VAGAS ,SE CONSIDERABAN " PERSONAS FATIGADAS" Y EL MEDICO SE DESHACIA DE ELLAS TAN PRONTO COMO ERA POSIBLE , SI SUS SINTOMAS NO CORRESPONDIAN A LOS DATOS ENCONTRADOS.

ENFERMEDAD FUNCIONAL O ENFERMEDAD ORGANICA.MUCHOS PACIENTES PRESENTAN SINTOMAS QUE PODRIAN SER RESULTADO DE UN PROCESO PATOLOGICO ORGANICO O DE UN TRASTORNO PSICOLOGICO POR LA TENSION DE LA VIDA : UNA ENFERMEDAD FUNCIONAL. LA DISTINCION ENTRE ESTAS DOS ES PROBABLEMENTE EL DIAGNOSTICO MAS IMPORTANTE PARA EL MEDICO. EL "BUEN MEDICO" DEBE ESTAR PREPARADO PARA ATENDER LA ENFERMEDAD , CUALQUIERA QUE SEA .TRATAR UNA ENFERMEDAD FUNCIONAL COMO SI SE DEBIERA A UNA ENFERMEDAD ORGANICA ,CONSTITUYE UN ERROR TAN GRAVE PARA EL PACIENTE COMO LO HARIA LA ACTITUD CONTRARIA.

CUANDO NO ESTA CLARO CUAL DE LOS DOS TIPOS DE ENFERMEDAD AFRONTA EL MEDICO , SE HARA MENOS DAÑO A LA PERSONA QUE PIDE AYUDA ,SI EL MEDICO LE INDICA AL PRINCIPIO QUE CREE QUE EL PROBLEMA PODRIA SER FUNCIONAL. DEBE DEJAR CLARAMENTE ESTABLECIDO QUE LAS ENFERMEDADES FUNCIONALES , SON REALES Y NO IMAGINARIAS. EL PROBLEMA DEL PACIENTE NO ES "LO QUE TIENE EN LA CABEZA". DESDE LUEGO LA EXPLORACION FISICA Y LOS EXAMENES DE LABORATORIO SON IMPORTANTES PARA DESCARTAR LA EXISTENCIA DE ENFERMEDAD ORGANICA , NO ES DIFICIL EXPLICAR EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE, QUIEN DE MANERA INVARIABLE LO ACEPTARA CON FACILIDAD Y SEGUI_

RA LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS INDICADAS. POR OTRA PARTE SI EL TOMA LA ACTITUD CONTRARIA E INDICA AL PACIENTE QUE SUFRE UNA ENFERMEDAD ORGANICA Y DESPUES DE EFECTUAR PROCEDIMIENTOS CAROS Y PELIGROSOS , LE DICE "NO HAY NADA MALO EN USTED", EL PACIENTE NO ACEPTARA POR LO GENERAL DICHO DIAGNOSTICO .PUEDE A CONTINUACION BUSCAR AYUDA EN OTROS MEDICOS , QUE QUIZA SEAN MENOS ASTUTOS Y CONSCIENTES.

POR ESTE MOTIVO , A MENUDO SE EJECUTAN OPERACIONES INNECESARIAS CON EL FIN DE ENCONTRAR UNA ENFERMEDAD ORGANICA QUE EXPLIQUE LOS SINTOMAS . EL PRECIO DEL DIAGNOSTICO ERRONEO DE LA DEPRESION PARA EL MEDICO , PUEDE SER LA PERDIDA DEL PACIENTE QUE SE VA CON OTRO MEDICO , O LA MUERTE POR SUICIDIO O POR PROGRESO DEL PROCESO PATOLOGICO.¹⁰

CONDUCTA NECESARIA

A) LA DEPRESION SINTOMATICA DE UNA AFECCION ORGANICA

IMPLICA EL TRATAMIENTO DE LA AFECCION CAUSAL.

B) LAS DEPRESIONES PSICOTICAS.

DEBEN SER TRATADAS POR EL ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.

C) DEPRESIONES NEUROTICAS.

EL TRATAMIENTO DEPENDE :

- DE LA CALIDAD DEL MEDIO AMBIENTE (ALLEGADOS).
- DEL GRADO DE SINDROME DEPRESIVO ,DE LA EXISTENCIA DE LAS IDEAS DE SUICIDIO Y DE LAS TENTATIVAS ANTERIORES DEL MISMO.
- DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE.

INDICACIONES

- LAS DEPRESIONES NEUROTICAS GRAVES REQUIEREN HOSPITALIZACION EN MEDIO ESPECIALIZADO.

- EN LAS DEPRESIONES DE GRAVEDAD MODERADA , CUANDO NO HAY ALLEGADOS O CUANDO LA ASISTENCIA DE LOS MISMOS ES POCO EFICIENTE SE ACONSEJA LA HOSPITALIZACION.
- LAS DEPRESIONES DE GRAVEDAD MODERADA ,QUE SON LAS MAS FRECUENTES , CUANDO ESTAS ASISTIDAS POR ALLEGADOS EFICACES , PUEDEN SER TRATADAS EN FORMA AMBULATORIA.

D) OTRAS DEPRESIONES

LA DEPRESION REACTIVA O SECUNDARIA (RESPUESTA A LA PERDIDA GENERALMENTE SOLO REQUIERE APOYO PSICOLOGICO.

LA DEPRESION ENDOGENA , AMERITA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.⁹

EN SI , TANTO LA DEPRESION PSICOTICA COMO NEUROTICA DEBEN SER ATENDIDAS POR EL PSIQUIATRA ; EN CAMBIO ,LA DEPRESION SIMPLE PODRIA ADEMAS SER ATENDIDA POR EL MEDICO GENERAL FAMILIAR ,EL INTERNISTA O ESPECIALISTA NO PSIQUIATRA.⁶

LO QUE NO SE DEBE HACER O DECIR A UN DEPRIMIDO

DEL DEPRIMIDO OBSERVAMOS SU ASPECTO DE ABATIMIENTO Y POSTURA ALICAIADA ,NO SE LE APRECIA NADA ESPECIAL.UN POCO PA-LIDO , SIN SIGNOS DE DOLOR FISICO , PUEDE MOVERSE CON LIBER-TAD ,RESPIRA BIEN , RAZONA.....NADA ANORMAL. COMO NADA LE ENCONTRAMOS Y PARECE TAN AFECTADO LE PREGUNTAREMOS A EL QUE ES LO QUE LE OCURRE : NO SABE EXPLICARLO. QUIZA ESTE AMIGO NUESTRO TIENE POCA FACILIDAD DE EXPRESION. REPETIMOS LA PRE-GUNTA AL ESPAÑOL QUE LA DISFRUTO AL MAXIMO ; A LOPE DE VEGA, QUE SUFRIO GRAVES DEPRESIONES. EN UNA DE ELLAS (1610) NOS DICE " SI ME PREGUNTASE A MI MISMO QUE MAL TENGO, NO SABRIA RES- PONDERME POR MUCHO TIEMPO QUE LO PENSASE". ESTE COMENTARIO NOS CONDUCE A REFLEXIONAR SOBRE LO QUE NO SE DEBE HACER O DE- CIR A UN DEPRIMIDO :

NO HAY QUE DECIRLE LO QUE SIEMPRE LE ESTAN DICIENDO ! PERO BUENO ! ¿ ME QUIERES EXPLICAR DE UNA VEZ QUE ES LO QUE TE PASA ? NO PUEDE EXPLICARLO (ACLARANDO QUE HABLAMOS DE LA DEPRESION ENDOGENA).

NO REPETIR LOS ARGUMENTOS ,CON EL VANO EMPENO DE CONVENCER AL PACIENTE DE LA IRREALIDAD O DESPROPORCION DE SUS TEMORES. EN CUANTO SE CURE LO PECIBIRA POR SI MISMO , SIN QUE NADIE SE LO TENGA QUE EXPLICAR. MIENTRAS DURA LA ENFERMEDAD SEGUI- RA IMPERMEABLE A CUALQUIER RAZONAMIENTO SOBRE ESE TEMA. LA INSISTENCIA CONSOLADORA ES CONTRAPRODUENTE , ACABA DESESPER- RANDO AL ENFERMO.....Y A QUIEN LE ESTA TRATANDO DE AYUDAR.

NO ENFADARSE CON EL DEPRIMIDO , ES INDISPENSABLE RECOR- DAR ALGO EVIDENTE , PERO QUE SE OLVIDA : NO ESTA ASI POR SU GUSTO , NI POR LIBRE ELECCION. NO DEPENDE DE SU VOLUNTAD SA- LIR DE ESE INFIERNO . EL HABITUAL COMENTARIO " ANIMATE MUJER, LEVANTA ESE ANIMO " , ES TAN IMPROCEDENTE COMO DECIRLE A UN PACIENTE CON FIEBRE Y VOMITOS : "PERO HOMBRE , NO SEAS TONTO BAJA ESA FIEBRE , DEJA DE UNA VEZ DE TENER NAUSEAS".EL DEPRI- MIDO SE DESESPERA Y AUMENTA SUS SENTIMIENTOS DE CULPA E IN- DIGNIDAD.

REPROCHAR AL DEPRIMIDO, "TIENES QUE PONER DE TU PARTE", "ES QUE NO HACES NADA POR ANIMARTE", Y "SI TU QUISIERAS DE VERDAD CURARTE ".....CARECE DE EFECTO POSITIVO Y LE HUMILLA Y DESEPERA.

EL BLOQUEO DE LA ACTIVIDAD , ESA ESPECIE DE FRENO QUE TIENE EL DEPRIMIDO ,EXPLICA QUE CUALQUIER TAREA RUTINARIA E INSIGNIFICANTE , COMO ESCRIBIR UN CARTA ,ETC.,LE PARECE UNA CARGA ABRUMADORA , LLEVA EL CONSEJO : **NO EMPUJAR AL DEPRIMIDO A UN TIPO DE ACTIVIDAD QUE REQUIERA ESFUERZO.**

EL ERROR DE LA FAMILIA ES PERFECTAMENTE DISCULPABLE.EQUIVOCAN LA INTERPRETACION Y PIENSAN QUE SI LE OBLIGAN A UNA ACTIVIDAD, PONDRAN EN MARCHA LOS MECANISMOS DE RECUPERACION DEL PACIENTE. NO ES ASI. MIENTRAS TANTO ,LO MEJOR ES DEJARLE EN PAZ , ATENDERLE , SUGERIRLE , SIN AGOBIAR.

¿ ASISTIR AL TRABAJO ? ANIMARLE O DISUADIRLE DE ACUDIR AL TRABAJO ES UN DILEMA MUY DELICADO.MUCHAS FAMILIAS SE EMPENAN EN QUE POR NADA DEL MUNDO DEJE LA TAREA PROFESIONAL,"AL TRABAJO , AL TRABAJO , NO HAY MEJOR MEDICINA QUE EL TRABAJO". TAL ACTITUD PUEDE RESULTAR VALIDA MIENTRAS LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION NO SON MUY INTENSOS . EN CASO CONTRARIO,ADEMAS DEL SUFRIMIENTO QUE HEMOS COMENTADO ,DARA MUY MAL RENDIMIENTO LABORAL Y SERA DIFICIL CONVENCER A SUS SUPERIORES DE QUE SU TORPEZA Y FALTA DE INICIATIVA SON TRANSITORIAS. PUEDE DESPRESTIGIARSE Y PUEDE PERDER POR ESTA CAUSA UN EMPLEO QUE CONSERVARA CON UNA SOLICITUD DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD.

OTRO ERROR MUY FRECUENTE ES PRETENDER QUE EL ENFERMO " CAMBIE DE AIRES". "TE VENDRIA MUY BIEN UN VIAJE,UNAS VACACIONES".LAS VACACIONES SI , PERO NO EL VIAJE .ESFUERZO Y GASTO PERDIDOS .LO PRIMERO QUE EL DEPRIMIDO METE EN SU EQUIPAJE ES LA DEPRESION.LA LLEVA A CUESTAS ,LE ACOMPAÑA A CUALQUIER LUGAR QUE MARCHE Y LE IMPOSIBILITA POR COMPLETO PARA DISFRUTAR DEL NUEVO AMBIENTE .

"YA SE TE PASARA SOLO". "EN ESTOS CASOS NO HAY NADA PEOR QUE METERSE EN MEDICOS" ¿ PARA QUE PROLONGAR EL SUFRIMIENTO Y AUMENTAR LOS RIESGOS POR UN PREJUICIO CONTRA LA MEDICINA ?.

" LO QUE TE PASA ES QUE COMO NO TIENES PROBLEMAS IMPORTANTES.....SI TUVIESES ALGO DE QUE PREOCUPARTE DE VERDAD". ESTE COMENTARIO DESAFORTUNADO, ESPECIALMENTE A LAS AMAS DE CASA , LES IRRITA Y DESESPERA. PARA EL DEPRIMIDO CUALQUIER PREOCUPACION , AUNQUE NOS PAREZCA TRIVIAL E INFUNDADA, ES ARRROLLADORA.

"LA DEPRESION ES COSA DE RICOSSI TUVIESES QUE GANARTE EL PAN DE PICAPIEDRERO TE FALTARIAN TIEMPO Y GANAS PARA ESTAS FANTASIAS". Esta INTERPRETACION ALEVOSA DE LA DEPRESION, ES OTRA INJUSTICIA ,AUNQUE EL ENFERMO SEA OPULENTO , CON LA DEPRESION SE CREE ARRUINADO .NO TIENE GANAS DE COMPRAR NI DE POSEER , PRESUMIR NI DE NADA ,YA QUE ESTA TOTALMENTE DESGANADO.

¿ ES CIERTO TODO LO ANTERIOR ? NO EN TODOS LOS CASOS Y DE UNA FORMA ABSOLUTA. LO QUE SE HA MENCIONADO SON ERRORES DE ACTUACION CASI INEVITABLES ,QUE SE VEN EN PERSONAS QUE TIENEN LA MEJOR VOLUNTAD. TODOS PODEMOS REACCIONAR DE ESA FORMA SI NO NOS HAN PREVENIDO.

LA AYUDA MAS VALIOSA CONSISTE EN INDUCIR AL TRATAMIENTO ADECUADO.EL DEPRIMIDO POR SU PESIMISMO Y SU TIPICA CONVICCION DE QUE "NO TIENE REMEDIO", TIENDE A ABANDONAR A SU DESTINO Y NO ACUDIR AL MEDICO O NO HACER LOS TRATAMIENTOS. LA CLAVE DEL MANEJO DEL DEPRIMIDO ESTA EN LA MUESTRA PERMANENTE DE AFECTO , PERO SIN DEJARSE ESCLAVIZAR POR EL.QUE NO TENGA DENTRO DE LO POSIBLE LA SENSACION , NI DE ABANDONO ,NI DE ACOSO Y DE MODO ESPECIAL ABANDONAR LOS REPROCHES INJUSTOS. EN LUGAR DEL EMPEÑO HABITUAL DE ARGUMENTAR SOBRE LA FALTA DE SUS TEMORES ,ES MEJOR EXPONERLE SERENAMENTE QUE ESTA ENFERMO Y QUE LA ENFERMEDAD ES LA QUE LE IMPIDE VER LAS COSAS TAL COMO SON ; QUE EN CUANTO SE CURE,EL MISMO CAMBIARA DE OPINION.

CONVIENE CENTRAR LAS DIFERENCIAS DE OPINION EN ESTE TEMA FUNDAMENTAL, QUE FACILITA CONVENCERLE DE QUE DEBE BUSCAR AYUDA MEDICA.¹²

CURSO Y PRONOSTICO DE LA DEPRESION

ES BIEN SABIDO QUE LA MAYORIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS SON AUTOLIMITADOS CON BUENOS PRONOSTICOS , AUN EN AUSENCIA DE INTERVENCION DE UN TRATAMIENTO. EL PRONOSTICO DE UN SOLO EPISODIO AFECTIVO , ES COMUNMENTE BENIGNO ,PERO NO SON RARAS LAS RECURRENCIAS. EL PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD A LO LARGO DEL TIEMPO , TAMBIEN ES FAVORABLE SEGUN LO HAN CONFIRMADO VARIAS PUBLICACIONES RECIENTES . ES SEGURO AFIRMAR QUE CON EL TRATAMIENTO DE 70 A 85 % DE PACIENTES CON TRASTORNOS AFECTIVOS AGUDOS , TANTO PRIMARIOS COMO SECUNDARIOS ,TIENEN NOTABLES REMISIONES COMPLETAS. ANTES DE 1950 , LA DURACION APROXIMADA DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS AGUDOS ERA DE 6 A 8 MESES.

CON LOS TRATAMIENTOS SOMATICOS ACTUALES ; INCLUYENDO EL MEDICAMENTO , LA ENFERMEDAD AGUDA SE HA REDUCIDO A UNAS CUANTAS SEMANAS. CERCA DEL 15 % DE PACIENTES CON DEPRESION , LLEGA A LA DEPRESION CRONICA.

ESTO TIENDE A OCURRIR A MEDIDA QUE EL PACIENTE ENVEJECE Y TIENE MENOR AYUDA SOCIAL. HAY UN ALTO RIESGO DE RECURRENCIA EN LOS PRINCIPALES TRASTORNOS AFECTIVOS, TANTO PRIMARIOS COMO SECUNDARIOS. CERCA DE LA MITAD DE ESTOS SUJETOS TIENE MAS DE UN EPISODIO DE LA ENFERMEDAD.

DE LOS ENFERMOS BIPOLARES QUE INGRESAN A LOS HOSPITALES DEL ESTADO DEBIDO A TRASTORNOS BIPOLARES , 55 % SON DE PRIMERA ADMISION , CERCA DE 25 % DE SEGUNDA ADMISION , 9 % DE TERCERA Y EL RESTO HA REINGRESADO MAS DE TRES VECES.

OTRO RASGO IMPORTANTE DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES ES EL HECHO DE QUE INCLUSO LOS EPISODIOS REPETIDOS DEJAN HABITUALMENTE INTACTA LA MENTE EN SUS ASPECTOS INTELECTUAL, AFECTIVO , COGNATIVO Y NO VAN SEGUIDOS DE UNA DESORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD. MUCHOS INDIVIDUOS ALTAMENTE PRODUCTIVOS Y RESPETADOS POR LA SOCIEDAD , HAN SUFRIDO ESTE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.

NO OBSTANTE , HAY CASOS EN LOS QUE DESPUES DE UNA SERIE DE ATAQUES , EL ENFERMO MUESTRA ALTERACION EN LA INICIATIVA Y EN EL JUICIO Y SE VUELVE MENOS CAPAZ DE MANEJAR LOS ASUNTOS COTIDIANOS DE LA VIDA.

EL PRONOSTICO SE CONSIDERA MENOS FAVORABLE EN LAS DEPRESIONES QUE MANIFIESTAN UNA HIPOCONDRIA NIHILISTA, ESPECIALMENTE SI ESTA SE ACOMPAÑA DE ANGUSTIA , O CUANDO SE ASOCIA A TENDENCIAS PARANOIDES.^{9,15}

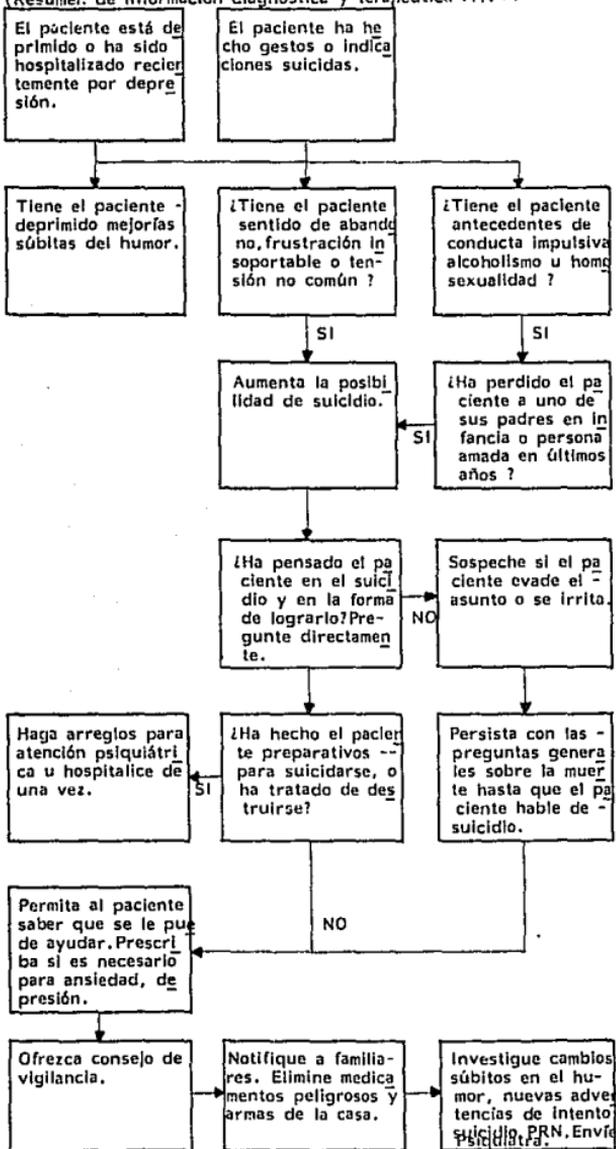
EN ESTA ENFERMEDAD , EL SUICIDIO ES LA PRINCIPAL COMPLICACION. EN EL CURSO DE UNA VIDA DE DEPRESION PRIMARIA O SECUNDARIA , EXISTE 15 % DE POSIBILIDADES DE SUICIDIO .ES UN ERROR PENSAR QUE SI UNA PERSONA HABLA SOBRE EL SUICIDIO ,EL O ELLA SON INCAPACES DE INTENTARLO. CADA AÑO , EN EUA EL SUICIDIO TERMINA AL MENOS CON 25 000 VIDAS. LAS ENFERMEDADES MAS INVOLUCRADAS SON LAS DEPRESIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS. EXISTEN UNAS CUANTAS GUIAS PARA IDENTIFICAR A LA VICTIMA POTENCIAL DE SUICIDIO .

LA MAYORIA DE LOS SUICIDIOS NO SON IMPULSIVOS SINO PLANEAOS. AUN MAS LA INTENCION DEL SUICIDIO , ES MAS A MENUDO COMUNICADA POR LOS PACIENTES DEPRIMIDOS A LOS AMIGOS O A LA FAMILIA. LA DESESPERAZA PARECE SER EL PUENTE ENTRE LA DEPRESION Y EL SUICIDIO. EL SUICIDIO ES TRES VECES MAS COMUN EN EL HOMBRE QUE EN LA MUJER Y MAS FRECUENTE ENTRE LOS ANCIANOS, EN ESPECIAL EN AQUELLOS QUE HAN PERDIDO A SU PAREJA POR LA MUERTE , SEPARACION O DIVORCIO. EL RIESGO PARA LA AUTODESTRUCCION AUMENTA CON EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE SUICIDIO O CON LA EXISTENCIA DE UN INTENTO PREVIO. POR TANTO DEBERAN SERVIR COMO GUIAS , EL JUICIO CLINICO Y EL INDICE DE SOSPECHA EN EL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA.

LA UNICA REGLA GENERAL ES QUE TODAS LAS AMENAZAS DE SUICIDIO DEBERAN TOMARSE CON SERIEDAD Y TODOS LOS PACIENTES QUE AMENAZAN CON MATARSE DEBERAN SER EXAMINADOS POR UN PSIQUIATRA. (15).

DIAGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE: ATENCION DEL SUICIDA POTENCIAL.

(Resumen de información diagnóstica y terapéutica clave)



PREVENCION DE LA DEPRESION

DEL MISMO MODO QUE EL MEDICO FAMILIAR ESTA EN POSICION IDEAL PARA RECONOCER LAS DEPRESIONES DE MANERA TEMPRANA, TAMBIEN ESTA EN POSICION UNICA PARA PREVENIR LA DEPRESION Y TRATAR LOS GRADOS MENOS GRAVES DE ESTE TRASTORNO.

UNA DE LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE DEPRESION ES LA FALTA DE AMOR PROPIO EN EL NIÑO PEQUEÑO, PRODUCIDA POR PADRES MANIFIESTAMENTE CRITICOS, QUE SON NEGLIGENTES DE LAS NECESIDADES DE SU HIJO DE ESTIMULO CONSTANTE O QUE GUARDAN UNA CONDUCTA CONSOLIDADA POR UNA COMBINACION DE ESTOS TRES FACTORES.

AL CORREGIR LAS RELACIONES DEFECTUOSAS ENTRE PADRES E HIJOS MUY AL PRINCIPIO DE LA INFANCIA EL MEDICO FAMILIAR ESTARA EN CONDICIONES DE PREVENIR LAS DEPRESIONES GRAVES DE LA VIDA FUTURA. LAS RELACIONES ENTRE MEDICO Y PACIENTE CONSTITUYEN UN ELEMENTO PODEROSO DEL ARSENAL TERAPEUTICO DEL MEDICO. BASTA CON DEMOSTRAR ENTEREZA EN EL BIENESTAR DE UN PACIENTE DEPRIMIDO E INDICAR LA CONVENIENCIA DE AYUDARLO PARA QUE MEJORE.

EN ATENCION DE LOS PACIENTES GRAVEMENTE DEPRIMIDOS QUE SON SUICIDAS POTENCIALES, EL MEDICO FAMILIAR DEBE TRABAJAR CON UN PSIQUIATRA Y CON LOS OTROS MEDICOS QUE CONVIENE QUE INTERVENGAN. DEBE COORDINAR TODAS LAS PRESCRIPCIONES PARA EVITAR QUE EL PACIENTE MEZCLE DOSIS MORTALES DE MEDICAMENTOS. EL MEDICO FAMILIAR DEBE INCLUIR A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN UNA CONSULTA ADJUNTA E INDICAR EN ELLA SUS PREOCUPACIONES ENFRENTA DEL PACIENTE E INSISTIR EN QUE ESTOS PARTICIPEN EN LA REINTEGRACION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO AMBULATORIO DE LAS DEPRESIONES DE GRAVEDAD MODERADA

EXISTEN DOS GRANDES GRUPOS ANTIDEPRESIVOS DESDE EL NACIMIENTO DE ESTA QUIMIOTERAPIA HACE 20 AÑOS :

- LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS Y
- LOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO).

EN LA ACTUALIDAD CONVIENE AGREGAR A ESTAS DOS GRANDES FAMILIAS , LOS ANTIDEPRESIVOS DE APARICION RECIENTE QUE NO PERTENECEN A LOS IMAO NI A LOS TRICICLICOS Y POR ULTIMO ,LOS MEDICAMENTOS QUE ESTAN EN EL LIMITE DE LA QUIMIOTERAPIA ANTIDEPRESIVA. 9,15,20,22,33

PARA ENTENDER LAS MODIFICACIONES QUE PRODUCEN LOS PSICOFARMACOS (ANTIDEPRESIVOS EN ESTE CASO) EN EL SNC , ES NECESARIO DESCRIBIR BREVEMENTE LOS ACONTECIMIENTOS SINAPTICOS, PRINCIPALMENTE LOS FENOMENOS RELACIONADOS CON LOS NEUROTRANSMISORES LA NORADRENALINA (NA) , LA DOPAMINA (DA) Y LA SEROTONINA (5-HIDROXITRIPTAMINA = 5-HT).

LAS CATECOLAMINAS (NA Y DA) SE DERIVAN DEL AMINOACIDO : TIROSINA (VEASE FIG. A), QUE ES HIDROXILADA POR LA TIROSIN-HIDROXILASA , PARA FORMAR LA DIHIDROFENILALANINA(DOPA) ; ESTA SE DESCARBOXILA PARA FORMAR LA DA ; POSTERIORMENTE ESTA ULTIMA SUSTANCIA ES OXIDADA POR LA DOPAMINA B-OXIDASA PARA FORMAR LA NA.

LA 5-HT PROVIENE DEL AMINOACIDO TRIPTOFANO ,EL CUAL ES HIDROXILADO POR LA ENZIMA TRIPTOFANHIDROXILASA PARA FORMAR EL 5-HIDROXITRIPTOFANO ; ESTE A SU VEZ ES DESCARBOXILADO PARA OBTENERSE LA 5-HT (VEASE FIG. B).

LA DEGRADACION DE TALES SUSTANCIAS TIENEN GRAN INTERES, PORQUE AYUDA A ENTENDER EL EFECTO QUE LOS PSICOFARMACOS EJERCEN EN LOS NEUROTRANSMISORES ,ASI COMO LA POSIBILIDAD DE QUE

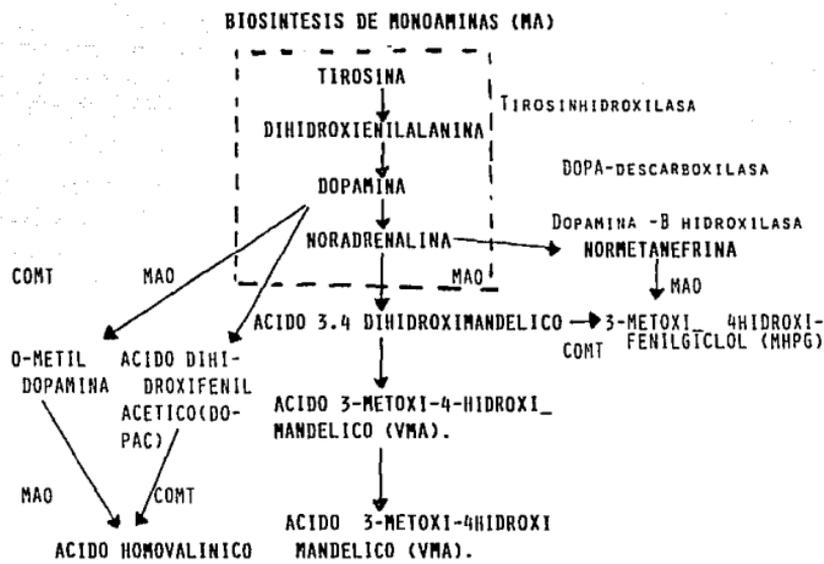


FIGURA A. ETAPAS EN LA TRANSFORMACION METABOLICA DE LAS CATECOLAMINAS. DENTRO DE LA LINEA PUNTEADA SE OBSERVAN LAS ETAPAS QUE LLEVAN A LA ELABORACION DE LOS NEUROTRANSMISORES; FUERA DE ELLAS SE ENCUENTRAN LAS DIFERENTES GUIAS EN SU DEGRADACION BIOLOGICA.

MAO = MONOAMINOOXIDASA

COMT = CATECOL-O- METILTRANSFERASA

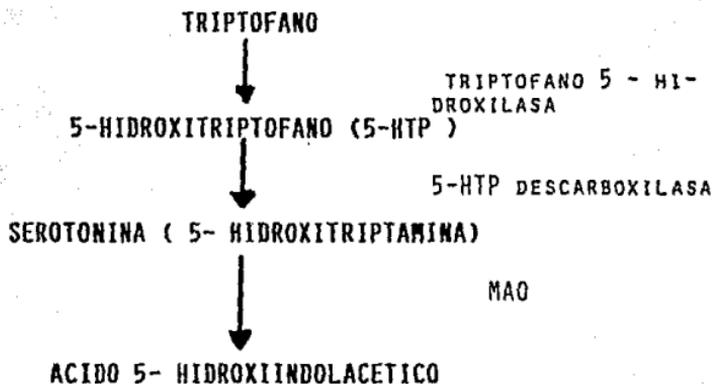


FIGURA B. BIOSINTESIS Y DEGRADACION DE LA SEROTONINA (5-HT).

MAO = MONOAMINOOXIDASA

EXISTA UNA ALTERACION BIOQUIMICA EN LAS ALTERACIONES MENTALES.

LAS ENZIMAS QUE METABOLIZAN TALES NEUROTRANSMISORES SON PRINCIPALMENTE ; LA AMINOOXIDASA (MAO) Y LA CATECOL-O-METIL - TRANSFERASA (COMT), RESULTANDO DE LA NORADRENALINA ,EL 3 METOXI-4 - HIDROXIFENILGLICOL (MHPG) Y EL ACIDO 3 METOXI-4 HI - DROXILMANDELICO (VMA).

DE LA DA RESULTA EL ACIDO HOMOVALINICO (HVA) COMO METABOLITO PRINCIPAL Y DE LA 5-HT SE PRODUCE EL ACIDO 5-HIDROXILINDOLA - CETICO.²²

ACONTECIMIENTOS NORMALES EN LAS SINAPSIS

LA COMUNICACION NEURONAL EN HUMANOS SE REALIZA POR MEDIO DE NEUROTRANSMISORES Y LOS PSICOFARMACOS MODIFICARAN ESA TRANS - MISION , EJERCENDO EN ELLO SUS EFECTOS TERAPEUTICOS Y COLA - TERALES.

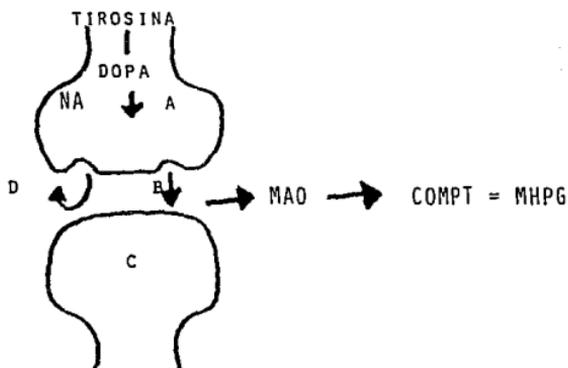


FIGURA C. ESQUEMA DE UNA SINAPSIS NORADRENERGICA . A) VESICU - LAS CON NORADRENALINA (NA). B) LIBERACION EN EL CO - RREDOR SINAPTICO , C) RECEPTOR , D) RECAPTURA DEL NEU - ROTRANSMISOR. E) PROCESO DE DEGRADACION BIOLOGICA DEL NEUROTRANSMISOR.

A NIVEL DE LA TERMINAL PRESINAPTICA SE CONCENTRAN PE - QUEÑAS VESICULAS QUE CONTIENEN EL NEUROTRANSMISOR ,DESPUES

DE HABERSE SINTETIZADO DE LOS AMINOACIDOS YA MENCIONADOS (VEASE FIGURA C). EN EL MOMENTO EN QUE UN ESTIMULO ALCANZA EL BOTON SINAPTICO ; SE LIBERARA UNA PORCION DEL NEUROTRANSMISOR POR EXOCITOSIS , HACIA EL RECEPTOR ; AL LLEGAR A LA MEMBRANA POSTSINAPTICA , ALTERA LA PERMEABILIDAD A LOS IONES Na , K Y Cl OCASIONANDO UNA MODIFICACION EN SU POLARIDAD.

UNA PARTE DEL NEUROTRANSMISOR ES RECAPTURADA POR LA MEMBRANA PRESINAPTICA Y OTRA ES MODIFICADA POR LAS ENZIMAS MAO Y COMT , PRODUCIENDO LOS METABOLITOS INACTIVOS ; A SABER, DE LA Na SE OBTENDRA PRINCIPALMENTE , EL MHPG; DE LA DA , EL HVA DE LA $5-HT$, EL $5-HIAA$, LOS CUALES SE EXCRETARAN POR LAS DIFERENTES VIAS COMO PRODUCTOS DE DESECHO. CUALQUIER MODIFICACION , EN CUANTO A SU SINTESIS , ALMACENAMIENTO , LIBERACION , DESTRUCCION, ETC., PRODUCE UNA ALTERACION EN EL RECEPTOR Y ESTE CAMBIO DESARROLLA UNA MODIFICACION PSIQUICA.

LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS (AT) TIENEN DE COMUN SU FORMULA QUIMICA INTEGRADA POR TRES CICLOS UNIDOS , ENTRE LOS CUALES EL CICLO CENTRAL ESTA FORMADO POR SIETE ATOMOS ; ESTOS MEDICAMENTOS INHIBEN LA RECAPTURA DE Na Y $5-HT$, ELEVANDO LA ESTIMULACION EN LA NEURONA POSTSINAPTICA (VEASE FIGURA D). NO EJERCEN EFECTO ALGUNO EN LA DA . SU ACCION FARMACOLOGICA SE EJERCE A LA VEZ SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) Y EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO (SNA). EN EL PRIMERO LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS EJERCEN UNA ACCION ANTICOLINERGICA Y ESTIMULANTE ADRENERGICA, LO QUE LES CONFIERE UNA CUADRUPLE ACCION : PSICOLEPTICA, ANTIRRESERPINICA, ANTICATALEPTICA Y ANTICOLINERGICA CENTRAL.

EN EL SISTEMA SIMPATICO EJERCEN UN EFECTO SIMPATICOMIMETICO EN DOSIS BAJAS Y ADRENOLITICO (POR BLOQUEO DE LOS RECEPTORES ALFA) EN DOSIS ALTAS. SOBRE EL SISTEMA PARASIMPATICO DESARROLLAN UNA ACCION LITICA (POR BLOQUEO DE LOS RECEPTORES), QUE LES DA UN EFECTO DE CARACTER ATROPINICO.²⁰

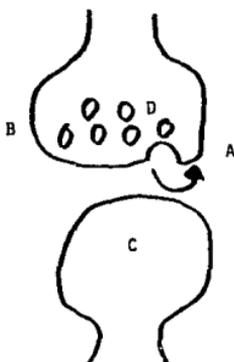


FIGURA D. EFECTOS DE LOS ANTIDEPRESORES EN LAS SINAPSIS

A) EL ANTIDEPRESOR TRICICLICO INHIBE LA RECAPTURA DEL NEUROTRANSMISOR. B) EFECTO DE LOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO). C) RECEPTOR, D) VESICULAS CON EL NEUROTRANSMISOR.¹⁸

SEGUN SUS EFECTOS DEBEN DIFERENCIARSE DOS GRUPOS DE ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS ; LOS TRICICLICOS NO SEDANTES ENCABEZADOS POR LA IMIPRAMINA Y LOS TRICICLICOS SEDANTES ENCABEZADOS POR LA AMITRIPTILINA ,¹⁵ LA ELECCION DEL AT ESTA DETERMINADA EN PARTE POR SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, SEDANTES O ANTICOLINERGICOS.

LA AMITRIPTILINA Y LA DOXEPINA (O DOXEPIN) TIENEN UN ALTO PODER SEDANTE Y ANTICOLINERGICO , SE PRESCRIBEN EN LAS DEPRESIONES CON PREDOMINIO DE NERVIOSISMO, TENSION , INSOMNIO E INESTABILIDAD MOTORA.

CUANDO LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE SE RETRASA Y LA AGITACION NO CONSTITUYE UN PROBLEMA , ENTONCES LA IMIPRAMINA Y LA DESIPRAMINA SON LAS SELECCIONES ADECUADAS YA QUE NO TIENEN EFECTOS SEDANTES.

LA DOSIS TERAPEUTICA PARA TODOS LOS FARMACOS ENUMERADOS OSCILA DE .75 A 300 MG AL DIA. LA DOSIS INICIAL SERA DE 25 MG Y PUEDE AUMENTARSE HASTA 150 MG AL DIA , DOSIS QUE ES ADECUADA EN LA MAYORIA DE LOS CASOS.

CUANDO SE ADMINISTRA UN AT SEDANTE , LA DOSIS TOTAL PUEDE DARSE A LA HORA DE ACOSTARSE . DE OTRA MANERA SE ADMINISTRA EN DOSIS FRACCIONADAS . LA NORTRIPTILINA TIENE UNA EXCELENTE TOLERANCIA EN PARTICULAR EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA .

LOS EFECTOS ANTICOLINERGICOS MAS MOLESTOS SON : TAQUICARDIA , VISION BORROSA , RETENCION DE ORINA , ESTREÑIMIENTO Y SEQUEDAD DE BOCA , PUEDE HABER HIPOTENSION POSTURAL .

DEBIDO A QUE CIERTOS AT PROLONGAN LA CONDUCCION CARDIACA DEBERA TENERSE MUCHA PRECAUCION PARA PRESCRIBIR ESTOS MEDICAMENTOS EN LOS PACIENTES CON ARRITMIAS . EXISTEN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS IMPORTANTES QUE DEBEN RECORDARSE . CUANDO LOS AT SE USAN JUNTO CON ALCOHOL, DISMINUYE EL EFECTO ANTIDEPRESOR Y EL EFECTO SEDANTE SE HACE NOTABLE . CUANDO SE USAN CON LA GUANETIDINA , SE REDUCE EL EFECTO ANTIHIPERTENSOR DE ESTA ULTIMA . LA ADMINISTRACION DE EPINEFRINA EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN UN AT PUEDE PRODUCIR UNA CRISIS DE HIPERTENSION , DEBIDA A LA INHIBICION DE LA CAPTACION DE LAS CATECOLAMINAS .

LOS AT SE METABOLIZAN CON LENTITUD Y TIENDEN A TENER UNA VIDA MEDIA PLASMATICA PROLONGADA . PRODUCEN MEJORIA SIMTOMATICA HASTA UNAS TRES SEMANAS DESPUES . PRIMERO MEJORAN EL INSOMNIO, LA ANOREXIA Y LA DISMINUCION DE LA LIBIDO ; AUNQUE POR LO GENERAL EL PACIENTE NO EXPERIMENTA UNA SENSACION DE BIENESTAR Y NORMALIDAD PSICOLOGICA ANTES DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO CUATRO SEMANAS . UNA VEZ QUE HAN DESAPARECIDO LA MAYORIA DE LOS SINTOMAS DE DEPRESION , LA DOSIS PUEDE REDUCIRSE A LA MITAD Y CONTINUARLA POR SEIS MESES A UN AÑO . HAY PRUEBAS DE QUE LOS PERIODOS LARGOS DE FARMACOTERAPIA PRODUCEN REMISIONES MAS PROLONGADAS UNA VEZ QUE SE SUSPENDE LA MEDICACION . SI UN AT FRACASA DEBERA INTENTARSE OTRO AT . SI ESTOS ULTIMOS FALLAN, ENTONCES SE PUEDE USAR UN IMAO . AL CAMBIARSE DE UN AT A UN IMAO DEBERA OBSERVARSE UN PERIODO SIN MEDICACION , CON OBJETO DE ELIMINAR EL RIESGO DE CRISIS DE HIPERTENSION.15,22,34

LOS I.M.A.O., TIENE COMO ELEMENTO COMUN SU ACCION ESPECIFICA DE INHIBICION DE LA ACCION CATABOLIZANTE DE LA MONOAMINOOXIDASA .LOS METABOLITOS DE LAS CATECOLAMINAS ,DE LA SEROTININA Y DE LA TIRAMINA QUEDAN INTERRUPTIDOS. SE PRODUCE ASI UNA ACUMULACION DE LOS MEDIADORES (DOPAMINA, NORADRENALINA, ADRENALINA Y SEROTONINA), CON DESCENSO MARCADO DE LAS CONCENTRACIONES DE METABOLITOS (ACIDO HOMOVALINICO O H.V.A., ACIDO VANILMANDELICO O V.M.A., ACIDO 5- HIDROXIINDOLACETICO O 5-H.I.A.A.).

LA ACCION FARMACOLOGICA CENTRAL DE ESTOS MEDICAMENTOS PUEDE RESUMIRSE EN UNA ACCION ANTIRRESERPINICA, ANTICATELETICA Y ANFETAMINOIDE (O POTENCIACION DE LAS ANFETAMINAS). SU SINTOMA OBJETIVO-ELECTIVO, ES EL COMPONENTE ASTENICO O APRAGMATICO DEL ESTADO DEPRESIVO, CON UN PLAZO DE ACCION DE 10 A 15 DIAS^{15, 22, 34} Y AUN DE UNA SEMANA SOLO PARA LA MECLOBEMIDA UN NUEVO INHIBIDOR REVERSIBLE.

LOS INHIBIDORES DE LA MAO TIENEN DOS GRANDES VENTAJAS SOBRE LOS AT :

- 1) TIENEN POCOS EFECTOS SECUNDARIOS ANTICOLINERGICOS Y
- 2) NO CAUSAN SEDACION.

HA EXISTIDO UN RECHAZO GENERAL PARA UTILIZAR LOS INHIBIDORES DE LA MAO DEBIDO AL PELIGRO DE INDUCIR UNA CRISIS HIPERTENSIVA , SI SE CONSUMEN ALIMENTOS QUE CONTIENEN TIRAMINA. LA TIRAMINA ESTIMULA LA LIBERACION DE NORADRENALINA, LA CUAL A SU VEZ NO PUEDE SER METABOLIZADA , DEBIDO A QUE ESTAN INHIBIDAS LAS ENZIMAS DE LA MAO , ESTO OCASIONA CRISIS DE HIPERTENSION. POR ESTO LOS PACIENTES DEBERAN INSTRUIRSE EN EL CUIDADO DE EVITAR ALIMENTOS CON UN ALTO CONTENIDO DE TIRAMINA COMO LAS SARDINAS , EL HIGADO DE POLLO ,EL QUESO FERMENTADO , EL VINO ROJO , LA CERVEZA ,CARACOLES , LEVADURA, GRANDES CANTIDADES DE CAFE, FRUTAS CITRICAS , HIGOS ENVASADOS, POROTOS

GRANDES (QUE CONTIENEN DOPA), CHOCOLATE , CREMA O SUS PRODUCTOS^{15, 22, 34} SIN EMBARGO SE ESPERA UN NUEVO PANORAMA CON LA MECLOBEMIDA EN LA QUE A DIFERENCIA DE LOS INHIBIDORES IRREVERSIBLES DE LA MAO SE REPORTA QUE TIENE UN REDUCIDO POTENCIAL DE INTERACCION CON LA TIRAMINA CARECIENDO DE IMPORTANCIA CLINICA LA INGESTA DE ALIMENTOS RICOS EN TIRAMINA EN CONDICIONES NORMALES Y SE TOMA EL PREPARADO AL FINAL DE LAS COMIDAS.

HAY OTRAS PRECAUCIONES CON LOS MEDICAMENTOS QUE DEBEN EVITARSE DEBIDO A LAS INTERACCIONES PELIGROSAS CON LOS INHIBIDORES IRREVERSIBLES DE LA MAO . LA MEPERIDINA ,LOS BLOQUEADORES GANGLIONARES Y LAS AMINAS SIMPATICOMIMETICAS SON EJEMPLOS DE AGENTES QUE DEBE EVITAR EL PACIENTE DEBIDO A LA INTERFERENCIA DE LOS IMAO SOBRE CIERTAS ENZIMAS Y PROLONGAN E INTENSIFICAN LOS EFECTOS DE ESTAS DROGAS E INTERFIEREN EN EL METABOLISMO DE CIERTAS SUSTANCIAS NATURALES. LA ADMINISTRACION SIMULTANEA DE LEVODOPA Y DE UN INHIBIDOR DE LA MAO PRODUCE AGITACION E HIPERTENSION.

PROLONGAN E INTENSIFICAN LOS EFECTOS DE LOS AGENTES DEPRESORES CENTRALES COMO LOS ANESTESICOS GENERALES, LOS SEDANTES , LOS ANTIHISTAMINICOS , EL ALCOHOL Y LOS ANALGESICOS POTENTES Y DE LOS ANTIDEPRESIVOS (ESPECIALMENTE LA IMIPRAMINA Y LA AMITRIPTILINA). DEBIDO A SU TOXICIDAD , SE HA DISMINUIDO LA PRODUCCION Y AUMENTADO EL RETIRO DE INHIBIDORES IRREVERSIBLES DE LA MAO; LAS DROGAS QUE YA NO SE VENDEN INCLUYEN : LA IPRONIAZIDA, LA FENIPRAZINA , Y LA HIALAMIDA. ACTUALMENTE LOS INHIBIDORES DE LA MAO QUE PUEDEN OBTENERSE PARA SER UTILIZADOS CONTRA LA DEPRESION SON : LA ISOCARBOXACIDA ,LA FENELCINA Y LA TRANILCIPROMINA, ESTA ULTIMA SOLO DE VENTA EN E.U.A., ES SUMAMENTE TOXICA , DIFICIL DE MANEJAR Y DOTADA POR ELLO DE UNA CAPACIDAD TIMOANALEPTICA IMPORTANTE.

LA FENELZINA SE ADMINISTRA EN UNA DOSIS DE 15 MG TRES VECES AL DIA Y LA TRANILCIPROMINA DE 20 MG DOS VECES AL DIA.

LA RESPUESTA SINTOMATICA DE LA MISMA ES LA QUE SE OBTIENE CON LOS AT. SE REQUIEREN DE TRES A SEIS SEMANAS PARA LOGRAR UN ALIVIO SINTOMATICO. UNA VEZ QUE SE OBTIENE ESTO ULTIMO SE REDUCIRA LA DOSIS DE MANTENIMIENTO A LA MITAD O A LOS DOS TERCIOS DE LA DOSIS DE INDUCCION. EL TRATAMIENTO SE CONTINUA DURANTE SEIS MESES A UN AÑO Y LUEGO SE REDUCE GRADUALMENTE HASTA EL NIVEL 0, SI EL PACIENTE PERMANECE ASINTOMATICO. ^{15,22,34}

ESTOS MEDICAMENTOS, A VECES OLVIDADOS Y CON FRECUENCIA DESCUIDADOS A CAUSA DE SUS EFECTOS SECUNDARIOS, OFRECEN EN REALIDAD POSIBILIDADES TERAPEUTICAS NO DESPRECIABLES QUE DEBERIAN JUSTIFICAR UNA UTILIZACION MAS AMPLIA DE LA QUE RECIBEN EN LA ACTUALIDAD. ²⁰

CONTRAINDICACIONES

ANTES DE ADMINISTRAR AL PACIENTE INHIBIDORES IRREVERSIBLES DE LA MONOAMINOOXIDASA DEBEN TENERSE EN CUENTA LAS SIGUIENTES CONTRAINDICACIONES :

- A) HEPATOPATIA Y NEFROPATIA
- B) DIABETES
- C) EMBARAZO (PRIMER TRIMESTRE).
- D) HIPERTENSION ARTERIAL .
- E) ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS.
- F) SIMPATICOMIMETICOS
- G) TRASTORNOS CARDIOVASCULARES
- H) CEFALEA VASCULAR (MIGRAÑA).
- I) FEOCROMOCITOMA
- J) ESQUIZOFRENIA LATENTE.

EN LOS ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SE SEÑALAN LAS SIGUIENTES CONTRAINDICACIONES :

- A) TRASTORNOS DE LA CONDUCCION CARDIACA
- B) GLAUCOMA
- C) HIPERTROFIA PROSTATICA

- D) HEPATOPATIA Y NEFROPATIA.
- E) DIABETES Y OTROS TRASTORNOS ENDOCRINO-METABOLICO SEVEROS.
- F) EMBARAZO.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DEPRESION

ANTI-DEPRESIVOS

GRUPO

DOSIS TERAPEUTICA

IMAO

IRREVERSIBLES

IPRONIACIDA'

NIALAMIDA'

IPROCLOCIDA'

TRANILCIPROMINA''

FENELZINA

ISOCARBOXAZIDA

15 - 54 MG

10 - 45 MG

REVERSIBLE

MECLOBEMIDA

150 - 600 MG

TRICICLICOS

SEDANTES

AMITRIPTILINA

TRIMEPRIMINA

NORTRIPTILINA

BUTRIPTILINA

90 - 200 MG

300 - 500 MG

25 - 250 MG

75 - 200 MG

NO SEDANTES

IMIPRAMINA

DESIPRAMINA

CLORIMIPRAMINA O CLOMIPRAMINA

PROTRIPTILINA'

50 - 300 MG

50 - 250 MG

50 - 250 MG

TETRACICLICOS

MAPROTILINA

MIANSERINA

50 - 225 MG

30 - 90 MG

DERIVADOS DIBENZOXEPINICOS

DOXEPIN

50 - 200 MG

OTROS

SALES DE LITIO

SULPIRIDA

600 - 1200 MG

(300 MG = 8.2 mEq.)

100 - 1200 MG

' DESCONTINUADOS DEBIDO A SU TOXICIDAD.

'' NO DE VENTA EN MEXICO

(15,20,22,34,35,36)

I.M.A.O.

ISOCARBOXACIDA

NOMBRE COMERCIAL : MARPLAN.

CLAVE DEL SECTOR SALUD (SS) : 3308

LABORATORIO : PRODUCTOS ROCHE S.A. DE C.V.

PRESENTACION : COMPRIMIDOS DE 10 MG

FORMULA : CADA COMPRIMIDO CONTIENE :

ISOCARBOXACIDA.....10 MG

DOSIS : 30 MG , ES DECIR 3 COMPRIMIDOS AL DIA HASTA LA APACION DE LOS SIGNOS DE MEJORIA QUE EN TERMINO MEDIO SE ALCANZA EN UNA SEMANA(DE 3 DIAS A UNA SEMANA),DES PUES DE 1 A 2 COMPRIMIDOS AL DIA.

FRASCO CON 50 COMPRIMIDOS

FENELZINA

CLAVE DEL SS : 3307

PRESENTACION : GRAGEAS DE 15 MG

FORMULA : CADA GRAGEA CONTIENE :

SULFATO DE FENELZINA15 MG

DOSIS : ADULTOS DE 15 A 45 MG EN 24 HS EN UNA A TRES TOMAS

NOTA : NO APARECE EN LA RELACION DEL DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS PLM 1991.

MECLOBEMIDA

NOMBRE COMERCIAL : AUROREX

LABORATORIO : PRODUCTOS ROCHE S.A. DE C.V.

PRESENTACION : CAJA CON FRASCOS CON 30 Y 60 COMPRIMIDOS

FORMULA : MECLOBEMIDA: P-CLORO-N-(2-NORFOLINOETIL)BENZAMIDA
.....100 MG.

DOSIS : COMO DOSIS INICIAL SE RECOMIENDA 300 MG POR DIA,REPARTIDOS EN TRES TOMAS (1 COMP. C/8 HS).SI EL PACIENTE RESPONDE BIEN ,PUEDE REDUCIRSE LA DOSIS A 150 MG POR DIA.EN LAS DEPRESIONES GRAVES ES POSIBLE ADMINISTRAR HASTA 600 MG DIARIOS.

INTERACCIONES : POTENCIA EL EFECTO EL IBUPROFEN Y DE LOS OPIA-

CEOS. LA CIMETIDINA PROLONGA EL METABOLISMO DE LA MECLOBEMIDA DE AHI QUE DEBA REDUCIRSE A LA MITAD LA POSOLOGIA HABITUAL DE EN ESTOS PACIENTES. NO HAY INTERACCION CON EL ALCOHOL.

DESPUES DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO CON AUREX ,SE PUEDE INICIAR EL TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS O DE OTRO TIPO INMEDIATAMENTE Y SIN NECESIDAD DE UN PERIODO DE ESPERA. TAL ES EL CASO , ASIMISMO A LA INVERSA.

NO ES NECESARIO AJUSTAR LA DOSIS EN LOS ANCIANOS ,NI EN PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA FUNCION RENAL. EN LOS TRASTORNOS GRAVES DEL METABOLISMO HEPATICO ,LA DOSIS DIARIA DE AUREX HA DE REDUCIRSE A LA MITAD O A UN TERCIO PARA ALCANZAR LOS NIVELES PLASMATICOS USUALES.

SE TOLERA BIEN , SU TOXICIDAD ES BAJA Y NO SE HAN OBSERVADO EFECTOS TOXICOS EN EL HIGADO NI EN EL CORAZON.

TAMBIEN DEBE TENERSE PRESENTE EL PRINCIPIO MEDICO DE NO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE LOS PRIMEROS MESES DEL EMBA - SALVO EN EL CASO DE ABSOLUTA NECESIDAD.

OBSERVACIONES ESPECIALES : A LOS PACIENTES DEPRESIVOS EN LOS QUE PREDOMINEN LOS SINTOMAS CLINICOS DE EXCITACION Y AGITACION NO DEBE ADMINISTRARSELES AUREX O DE HACERLO SOLO EN COMBINACION CON UN SEDANTE (POR EJEMPLO ,UNA BENZODIAZEPINA). COMO OCURRE CON OTROS ANTIDEPRESIVOS ,PUEDE DARSE UNA EXACERBACION DE LOS SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS AL TRATAR A PACIENTES DEPRESIVOS CON PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS O ESQUIZOAFECTIVAS. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE DEBE PROSEGUIRSE LA MEDICACION A LARGO PLAZO CON NEUROLEPTICOS.

SE RECOMIENDA A LOS PACIENTES HIPERTENSOS ABSTENERSE DE COGRANDES CANTIDADES DE ALIMENTOS RICOS EN TIRAMINA.

EN GENERAL CON AUREX NO DISMINUYE EL RENDIMIENTO EN ACTIVIDADES QUE REQUIEREN UNA ATENCION ESPECIAL (POR EJEMPLO, CONducir VEHICULOS). SIN EMBARGO EN LA FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO DEBE VIGILARSE LA REACCION DE CADA PACIENTE.

TRICICLICOS SEDANTES

AMITRIPTILINA

NOMBRES COMERCIALES :

1. ADEPSIQUE

LABORATORIO : PSICOFARMA

PRESENTACION : CAJA CON 30 GRAGEAS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA.....0.010 G

DIACEPAM.....0.003 G

PERFENACINA.....0.002 G

EXCIPIENTE C.B.P.....0.200 G

DOSIS : 1 A 4 COMPRIMIDOS AL DIA

2. MUTABON A

LABORATORIO : SCHERAMEX

PRESENTACION : CAJA CON 30 GRAGEAS QUE CONTIENEN :

PERFENAZINA.....4 MG

CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA.....10 MG

EXCIPIENTE C.B.P.....245 MG

DOSIS : 1 GRAGEA C/ 6 A 8 HS

3. MUTABON D

LABORATORIO : SCHERAMEX

CAJA CON 30 GRAGEAS QUE CONTIENEN :

PERFENAZINA.....2 MG

CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA.....25 MG

EXCIPIENTE C.B.P.....245 MG

DOSIS : 1 GRAGEA C/ 6 A 8 HS (3 A 4 AL DIA).

4. ANAPSIQUE

LABORATORIO : PSICOFARMA

CAJA CON 30 COMPRIMIDOS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA.....0.050 G

EXCIPIENTE C.B.P.....0.200 G

DOSIS : 50 A 200 MG DIARIOS ,EN DOSIS FRACCIONADAS EN 2 A TRES TOMAS.

5. TRYPTANOL

LABORATORIO : PROSALUD, S.A. DE C.V.

PRESENTACION : FCO. CON 50 TABS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE AMITRIPTILINA.....25 MG .DOSIS INICIAL 75 MG ,

EN CASO NECESARIO HASTA 150MG. CLAVE DEL SS : 3305

ESTA VEZ NO DEBE
SALIR DE LA FARMACIA

TRIMEPRIMINA

NOMBRE COMERCIAL : SURMONTIL

PRESENTACION : CAJA CON 50 COMPRIMIDOS DE 25 MG
CAJA CON 20 COMPRIMIDOS DE 100 MG
FRASCO CON 30 ML (1 GOTTA = 1 MG).

LABORATORIO : RHONE POULENC

DOSIS : ADULTOS , DOSIS INICIAL ENTRE 150 Y 200 MG DIARIOS. DICHA DOSIS PUEDE ALCANZARSE POR CUALQUIERA DE LAS DOS MANERAS SIGUIENTES :

1. DOSIS UNICA NOCTURNA : INICIAR CON UN COMPRIMIDO (25MG) Y AUMENTAR 25 MG DIARIOS HASTA OBTENER LA RESPUESTA FAVORABLE DEL PACIENTE A TOLERABILIDAD. UNA VEZ ALCANZADA LA DOSIS INICIAL MANTENERLA DURANTE DIAS.
2. ADULTOS , DOSIS DE SOSTEN : FLUCTUA ENTRE 25 Y 75 MG DIARIOS. NIÑOS HASTA 10 AÑOS , PACIENTES DEBILITADOS Y ANCIANOS : INICIAR CON 25 A 50 MG DIARIOS Y AUMENTAR PAULATINAMENTE SIGUIENDO CUALQUIERA DE LOS ESQUEMAS ANTERIORES HASTA LOGRAR UNA DOSIS OPTIMA ENTRE 50 Y 150 MG DIARIOS SEGUN LA RESPUESTA INDIVIDUAL DE CADA PACIENTE.

NORTRIPTILINA

NOMBRE COMERCIAL : MOTIVAL

LABORATORIO : SQUIBB

FRASCO CON 30 GRAGEAS QUE CONTIENEN :
CLORHIDRATO DE NORTRIPTILINA EQUIVALENTE A 10 MG DE LA BASE;
DICLORHIDRATO DE FLUFENECINA, 0.05 MG

EXCIPIENTE C.B.P.....UNA GRAGEA

DOSIS : 1 GRAGEA 3 VECES AL DIA

CLAVE DEL SS : 3306

BUTRIPTILINA

NOMBRE COMERCIAL : EVADYNE

LABORATORIO : WYETH AYERST

PRESENTACION : CAJA CON 40 GRAGEAS DE 25 MG
CAJA CON 40 GRAGEAS DE 50 MG
CAJA CON 40 GRAGEAS DE 10 MG
ENVASE CON 30 GRAGEAS DE 75 MG

DOSIS Y ADMINISTRACION : ADULTOS : LA DOSIS INICIAL HABITUAL ES DE 25 MG TRES VECES AL DIA (75 MG/DIA). EN CASOS SEVEROS Y PACIENTES HOSPITALIZADOS HASTA 50 MG TRES VECES AL DIA (150 MG/DIA). LA DOSIS INICIAL PUEDE AUMENTARSE 25 MG CADA DIA O CADA TERCER DIA, HASTA UN MAXIMO DE 100-150MG.

UNA VEZ QUE SE HA OBTENIDO LA RESPUESTA SATISFACTORIA ,LA DOSIS SE PUEDE REDUCIR GRADUALMENTE PARA LLEGAR A UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO DE 25 MG TRES VECES AL DIA O EN ALGUNOS CASOS 50 MG/DIA.

ADOLESCENTES : SE RECOMIENDAN DOSIS MAS BAJAS : 10 MG TRES VECES AL DIA Y 20 MG AL ACOSTARSE.

NIÑOS : DE 6 A 12 AÑOS : 1 MG/KG DE PESO CORPORAL REPARTIDOS EN TRES TOMAS AL DIA.

CUANDO SE DESEA UN RAPIDO CONTROL DEL SUEÑO O CUANDO EL USO DE DOSIS DIVIDIDAS NO ES PRACTICO , SE PUEDE TOMAR LA DOSIS DIARIA AL ACOSTARSE.

TRICICLICOS NO SEDANTES

IMIPRAMINA

NOMBRES COMERCIALES :

1. TALPRAMIN

LABORATORIO : PSICOFARMA,S.A.

CAJA CON 20 COMPRIMIDOS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA.....50 MG

EXCIPIENTE C.B.P.....150 MG

DOSIS : DE 12:5 A 300 MG DIARIOS.

2. TOFRANIL 10 MG

LABORATORIO : CIBA GEIGY MEXICANA ,S.A. DE C.V.

CAJA CON 60 GRAGEAS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA10 MG

DOSIS : SE DETERMINARA INDIVIDUALMENTE Y SE ADAPTARA AL CUADRO CLINICO.

PEDIATRIA : SE INICIARA CON UNA GRAGEA DIARIA (10MG) Y EN EL CURSO DE 10 DIAS SE INCREMENTARA A DOS GRAGEAS PARA LOS NIÑOS DE 5 A 8 AÑOS, DOS A CINCO PARA LOS DE 9 A 14 AÑOS Y CINCO A OCHO PARA LOS MAYORES DE 15 AÑOS.

GERIATRIA : TOFRANIL 10, SE INICIARA CON UNA GRAGEA DIARIA Y SE AUMENTARA PROGRESIVAMENTE HASTA LA DOSIS OPTIMA DE 3 A 5 GRAGEAS , QUE DEBERIA HABERSE ALCANZADO AL CABO DE UNOS 10 DIAS. LA DOSIS OPTIMA SE MANTENDRA HASTA EL FINAL DEL TRATAMIENTO.

3. TOFRANIL 25

LABORATORIO : CIBA GEIGY MEXICANA ,S.A. DE C.V.

CAJA CON 30 GRAGEAS QUE CONTIENEN :

CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA.....25 MG

DOSIS : ADULTOS , UNA A TRES GRAGEAS AL DIA, QUE SE AUMENTARAN GRADUALMENTE HASTA 6 A 8 DIARIAS. ESTA DOSIS COTIDIANA DEBERA HABERSE ALCANZADO AL TERMINAR LA PRIMER SEMANA Y SE MANTENDRA HASTA CONSEGUIR UNA CLARA MEJORIA.LA DOSIS DE SOSTEN SE DETERMINARA INDIVIDUALMENTE REDUCIENDO CON PRECAUCION LA POSOLOGIA (EN GENERAL DE 2 A 4 GRAGEAS AL DIA).

CLAVE DEL SS : 3302

4. TOFRANIL -PM

LABORATORIO : CIBA GEIGY MEXICANA, S.A. DE C.V.

CAJA CON 16 CAPSULAS DE 75 MG

DOSIS : DEBERA DETERMINARSE INDIVIDUALMENTE .SE DEBERA INICIAR CON 75 MG AL DIA (1 CAPSULA).LA DOSIS SE PODRA ENTONCES INCREMENTAR A 150 MG AL DIA, QUE ES EL NIVEL DE DOSIS EN DONDE SE OBTIENE USUALMENTE UNA RESPUESTA OPTIMA. EN CASO NECESARIO , LA DOSIS SE PODRA INCREMENTAR HASTA 225 MG AL DIA.

DOSIS DE MANTENIMIENTO : USUALMENTE ES DE 75 - 150 MG /DIA.

DESIPRAMINA

NOMBRE COMERCIAL : NORPRAMIN

LABORATORIO : LAKESIDE

PRESENTACION : CAJA CON 30 GRAGEAS DE 25 MG (COLOR AMARILLO).

CAJA CON 15 GRAGEAS DE 50 MG (COLOR VERDE).

CADA GRAGEA CONTIENE :

CLORHIDRATO DE DESIPRAMINA..... 25 MG

50 MG

EXCIPIENTE C.B.P.....UNA GRAGEA

UNA GRAGEA

DOSIS :

ADULTOS , 3 GRAGEAS DE 50 MG AL ACOSTARSE

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS , 2 GRAGEAS DE 50 MG AL ACOSTARSE

NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS , 3 GRAGEAS DE 25 MG AL ACOSTARSE

GENERALMENTE SE PRESENTA UNA RESPUESTA CLINICA DESPUES DE 2 A 5 DIAS DE INICIADO EL TRATAMIENTO.

DESPUES DE DOS A TRES SEMANAS , LA DOSIS DEBERA AJUSTARSE DE DE ACUERDO A LA RESPUESTA CLINICA DEL PACIENTE .SE RECOMIENDA NO SOBREPASAR EL DOBLE DE LA DOSIS PROPUESTA.

CLORIMIPRAMINA

NOMBRES COMERCIALES : ANAFRANIL Y ANAFRANIL RETARD

LABORATORIO : CIBA GEIGY MEXICANA , S.A. DE C.V.

PRESENTACION : CAJA CON 10 AMPOLLETAS DE 2 ML (25 MG).

CAJA CON 30 GRAGEAS DE 25 MG

CAJA CON 10 GRAGEAS DE LIBERACION PROLONGADA DE 75 MG.

DOSIS : SE DETERMINARA INDIVIDUALMENTE Y SE ADAPTARA AL CUADRO CLINICO .LAS GRAGEAS Y LAS GRAGEAS RETARD SE INGERIRAN SIN MASTICARLAS.

A) VIA ORAL : EL TRATAMIENTO SE INSTITUYE CON UNA GRAGEA DE 25 MG DOS O TRES VECES DIARIAS O CON UNA GRAGEA RETARD DE 75 MG UNA VEZ AL DIA (DE PREFERENCIA POR LA TARDE).

EN EL CURSO DE LA PRIMER SEMANA , AUMENTO PROGRESIVO A 4 O 6 GRAGEAS DE 25 MG O DOS GRAGEAS RETARD DE 75 MG .ESTA DOSIS PUEDE ELEVARSE AUN MAS EN LOS CASOS GRAVES .INICIADA LA FRANCA MEJORIA , SE PASARA A LA DOSIS DIARIA DE MANTENIMIENTO DE DOS A CUATRO GRAGEAS DE 25 MG O DE UNA GRAGEA RETARD DE 75

POR TERMINO MEDIO.

B) VIA INTRAMUSCULAR : AL PRINCIPIO UNA A DOS AMPOLLE-
DE 25 MG , AUMENTO DE UNA AMPOLLETA AL DIA HASTA LA DOSIS
DIARIA DE 4 A 6 AMPOLLETAS .CONSEGUIDA LA MEJORIA,REDUCCION
PAULATINA DEL NUMERO DE INYECCIONES Y TRANSICION SIMULTANEA
A LA MEDICACION ORAL (DOSIS DE MANTENIMIENTO).

C) INFUSION INTRAVENOSA : AL PRINCIPIO SE APLICA UNA IN-
FUSION DIARIA DE DOS A TRES AMPOLLETAS (50 A 75 MG) DISUEL-
TAS Y BIEN MEZCLADAS EN 250 - 500 ML DE SOLUCION SALINA ISO-
TONICA O GLUCOSADA QUE DURARA DE HORA Y MEDIA A TRES HORAS.
CUANDO EL ALIVIO SEA EVIDENTE SE CONTINUA EL TRATAMIENTO POR
VIA ORAL PARA MAINTENER EL RESULTADO TERAPEUTICO.

DERIVADOS DIBENZOXEPINICOS

DOXEPIN

NOMBRE COMERCIAL : SINEQUAN

LABORATORIO : PFIZER , S.A. DE C.V.

FRASCO CON 20 CAPSULAS DE 25 MG

CONTIENE : DOXEPIN.....25 MG

ES UNO DE LOS AGENTES PSICOTERAPEUTICOS CONOCIDOS CON EL
NOMBRE DE COMPUESTOS TRICICLICOS DIBENZOXEPINICOS .NO ES UN
ESTIMULANTE DE SNC , NI UN INHIBIDOR DE LA MAO. LA HIPOTESIS
ACTUALMENTE ACEPTADA , SOSTIENE QUE SU EFECTO CLINICO SE DE-
BE CUANDO MENOS EN PARTE A LA INFLUENCIA QUE EJERCE SOBRE LA
ACTIVIDAD ADRENERGICA DE LA SINAPSIS, PREVIENIENDO LA DESAC-
TIVACION DE LA NORADRENALINA POR SU RECAPTACION EN TERMINA -
CIONES NERVIOSAS . No se recomienda su uso en menores de 12
AÑOS.

DOSIS : LA INICIAL EN ADULTOS ES DE 75 MG. SE PODRA AUMENTAR
O DISMINUIR DE ACUERDO A LA RESPUESTA INDIVIDUAL.LA DOSIS OP-
TIMA VA USUALMENTE DE 75 A 150 MG DIARIOS. EN CASO NECESARIO
SE PUEDE AUMENTAR HASTA 300 MG. LA DOSIS DIARIA TOTAL SE PUE-
DE ADMINISTRAR EN UNA SOLA TOMA O VARIAS TOMAS AL DIA.CUANDO
SE EMPLEA UNA SOLA , LA CANTIDAD MAXIMA QUE PUEDE ADMINIS -
TRARSE ES DE 150 MG , QUE SE PODRAN DAR A LA HORA DE ACOSTARSE.

SE CONSIDERA QUE EL DOXEPIN ES EL AT APROPIADO CUANDO EL PACIENTE TOMA GUANETIDINA Y SUS DERIVADOS, DEBIDO A QUE EL RESTO DE LOS AT POSEEN UN FUERTE EFECTO ANTAGONISTA A TALES MEDICAMENTOS. LOS EFECTOS COLATERALES QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTAN AL INICIO SON LA FATIGA Y LA HIPOTESION ARTERIAL.

TETRACICLICOS

MAPROTILINA

NOMBRE COMERCIAL : LUDIOMIL

LABORATORIO : CIBA GEIGY MEXICANA, S.A. DE C.V.

PRESENTACION : CAJA CON 10 GRAGEAS DE 75 MG

CAJA CON 30 GRAGEAS DE 25 MG

CAJA CON 50 GRAGEAS DE 10 MG

CADA GRAGEA CONTIENE :

CLORHIDRATO DE MAPROTILINA 10,25 Y 75 MG

DOSIS : LAS HABITUALMENTE RECOMENDADAS SON :

ADULTOS : 75 MG AL DIA, DE PREFERENCIA POR LA TARDE O 25 MG TRES VECES AL DIA.

NIÑOS Y ANCIANOS : TRES GRAGEAS DE 10 MG AL DIA.

LA POSOLOGIA SE DETERMINARA INDIVIDUALMENTE Y SE ADAPTARA AL CUADRO CLINICO.

EN UN ESTUDIO SE COMPARO LA MAPROTILINA CON LA IMIPRAMINA , RESPECTO A LOS EFECTOS COLATERALES Y SE LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE PRODUCE MENOR FRECUENCIA EN EXCITACION, TAQUICARDIA Y SUDORACION Y PRODUCE MAYOR SOMNOLENCIA.

EL TEMBLOR ES EL EFECTO COLATERAL NEUROLOGICO MAS FRECUENTE QUE PRODUCE LA MAPROTILINA.

MIANSERINA

NOMBRE COMERCIAL : TOLVON

LABORATORIO : ORGANON MEXICANA ,S.A. DE C.V.

PRESENTACION : CAJA CON 30 TABS DE 10 MG

CAJA CON 12 TABS DE 30 MG

CAJA CON 30 TABS DE 60 MG

FORMULA : CADA GRAGEA CONTIENE :

CLORHIDRATO DE MIANSERINA 10,30 Y 60 MG.

DOISIS : ADULTOS , EL TRATAMIENTO DEBERA INICIARSE CON 30 A 40 MG AL DIA Y LA POSOLOGIA SE AJUSTARA DE ACUERDO CON LA RESPUESTA CLINICA .LA DOSIS EFECTIVA SE SITUA ENTRE 30 Y 90 MG (GENERALMENTE 60 MG) AL DIA.

ANCIANOS : NO MAS DE 30 MG AL DIA INICIALMENTE ,AUMENTANDO LENTAMENTE LA DOSIS BAJO ESTRECHA SUPERVISION.UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO INFERIOR A LA NORMAL PUEDE SER NECESARIA.

EN NIÑOS NO ES POSIBLE DAR UN ESQUEMA POSOLOGICO, YA QUE NO SE DISPONE DE EXPERIENCIA CLINICA.

NOTA : LA DOSIS DIARIA PUEDE SER TOMADA FRACCIONADA O PREFERIBLEMENTE EN VISTA DEL EFECTO FAVORABLE SOBRE EL SUEÑO, COMO DOSIS UNICA POR LA NOCHE. ES VENTAJOSO MANTENER EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO DURANTE VARIOS MESES DESPUES DE HABERSE OBSERVADO LA MEJORIA CLINICA.

CONTRAINDICACIONES : MANIA.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES : DURANTE EL TRATAMIENTO CON TOLVON SE HA INFORMADO DE SOBREDEPRESION DE LA MEDULA OSEA ,QUE SUELE PRESENTARSE EN FORMA DE GRANULOCITOPENIA O AGRANULOCITOSIS. POR LO GENERAL ESTAS REACCIONES OCURRIERON 4 - 6 SEMANAS DESPUES DE INICIADO EL TRATAMIENTO Y FUERON REVERSIBLES AL INTERRUMPIRSE EL MISMO.

OTROS

CARBONATO DE LITIO

NOMBRE COMERCIAL : LITHEUM 300

LABORATORIO : VALDECASAS , S.A.

FRASCO CON 50 TABLETAS QUE CONTIENEN :

CARBONATO DE LITIO.....300 MG

INDICACIONES : PSICOSIS MANIACODEPRESIVAS (TRATAMIENTO DE LAS FASES Y PROFILAXIS DE LAS RECAIDAS).

PRECAUCIONES : DETERMINAR FUNCIONAMIENTO CARDIACO Y RENAL ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS : CON EL HALOPERIDOL PUEDE PRODUCIR ENCEFALOPATIA CON DAÑO CEREBRAL.PUEDE PROLONGAR EL EFECTO DE LOS BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES .EVITASE EL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES O DIURETICOS.

VIA DE ADMINISTRACION : ORAL.

DOSIS : LA DOSIS MEDIA ES DE 600 A 1200 MG DE CARBONATO DE LITIO EN 24 HS (2 A 4 TABS).

LAS SALES DE LITIO SE HAN UTILIZADO DESDE 1949³⁴ ES EL MEDICAMENTO DE ELECCION PARA LA HIPOMANIA Y LA MANIA AGUDA, ASI COMO PARA EL CONTROL DE LA MANIA RECURRENTE , LA ENFERMEDAD BIPOLAR Y EN ALGUNOS CASOS PARA LA DEPRESION UNIPOLAR. NECESITA DE UNA A DOS SEMANAS PARA ACTUAR ,EL PACIENTE DEBE HOSPITALIZARSE , PUESTO QUE EL LITIO NO ES UN MEDICAMENTO ANTIDEPRESOR DE MANERA ESPECIFICA ,LA DEPRESION DEBERA CONTROLARSE CON MEDICACION ANTIDEPRESORA O MEDIANTE LA TEC (TERAPIA ELECTROCONVULSIVA), ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON LITIO.

SULPIRIDA

NOMBRE COMERCIAL : DOGMATIL CARNOTPIRID

LABORATORIO : LABORATORIOS CARNOT PRODUCTOS CIENTIFICOS S.A.

PRESENTACION : FRASCO CON 30 Y 60 CAPSULAS DOSIFICADAS A 50 MG

INDICACIONES : DEPRESIONES REACTIVAS -INHIBICIONES CON ASTENIA Y CENESTOPATIAS.

CONTRAINDICACION : FEOCROMOCITOMA(EXCEPTO COMO TEST DE PROVOCACION). GLAUCOMA , HIPERTROFIA PROSTATICA ,EMBARAZO,LACTANCIA , MENORES DE 6 AÑOS , HIPERSENSIBILIDAD AL MEDICAMENTO EN ENFERMOS EN ESTADO DE COMA DE CUALQUIER ETIOLOGIA.

EFFECTOS SECUNDARIOS : LOS DE LOS NEUROLEPTICOS :SINDROMES EXTRAPIRAMIDALES QUE SE CORRIGEN FACILMENTE POR LOS ANTIPARKINSONIANOS HABITUALES.RAROS CASOS DE AMENORREA,GALACTORREA,AUMENTO PONDERAL. PUEDEN PRESENTARSE EFECTOS PARADOJICOS.

PRECAUCIONES DE EMPLEO : EN LA INSUFICIENCIA RENAL GRAVE SE DEBE REDUCIR LA POSOLOGIA Y PRESCRIBIR TRATAMIENTOS DISCONTINUOS,COMO CON TODOS LOS NEUROLEPTICOS ,LA ADMINISTRACION DE DOGMATIL EN LOS EPILEPTICOS Y PARKINSONIANOS NECESITA UNA VIGILANCIA PARTICULAR.

SOBREDOSIS : NO SE HA OBSERVADO NINGUNA LETALIDAD DESPUES DE LA ABSORCION ACCIDENTAL CON FINES SUICIDAS.EL TRATAMIENTO ES SOLO SINTOMATICO.

POSOLOGIA : SEGUN LAS INDICACIONES 1 A 2 CAPSULAS , TRES VECES AL DIA.

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (TEC).En 1938, CERLETTI ELABORA ESTA TECNICA . SE CONSIDERAN CANDIDATOS PARA LA TEC, LOS PACIENTES RESISTENTES A LOS MEDICAMENTOS O LOS QUE TIENEN AGUDAS IDEAS SUICIDAS .SU PRINCIPAL DESVENTAJA ES UNA PERDIDA TEMPORAL DE LA MEMORIA. LA MAYORIA DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS RESPONDEN A UNA SERIE DE 5 A 12 ELECTROCHOQUES DURANTE UN PERIODO APROXIMADO DE UN MES. EL PACIENTE SUELE REINTEGRARSE A SU TRABAJO EN UNAS SEIS SEMANAS. NO HAY PRUEBAS CIENTIFICAS DE CAMBIOS ORGANICOS PERMANENTES EN EL CEREBRO DE NINGUN PACIENTE QUE HAYA RECIBIDO ELECTROCHOQUES.

PSICOTERAPIA. ADEMAS DE LAS ENTREVISTAS REGULARES ,EN ALGUNOS PACIENTES DEBE CONSIDERARSE LA INDICACION DE UNA PSICOTERAPIA Estricta. INDUDABLEMENTE ES UTIL UNA RELACION DE AYUDA PARA CONDUCIR AL PACIENTE EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD,PERO NO SE HA COMPROBADO AUN LA TEORIA DE QUE LA PERCEPCION INTERIOR DEL PROBLEMA TENGA UN VALOR CURATIVO ESPECIFICO. EL USO DE UNA RELACION PSICOTERAPEUTICA JUNTO CON LA QUIMIOTERAPIA PARECE , CON MUCHO SER LA APLICACION MAS VALIOSA DE UNA BUENA ATENCION MEDICA.^{9,15}

UNA BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE , CONSTITUYE EL 50 % DEL EXITO EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO DEPRIMIDO.DEBEMOS RECORDAR QUE LA MAYORIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS TARDAN DE DOS A TRES SEMANAS PARA QUE SE PUEDA APRECIAR LA MEJORIA Y QUE UNA CORRECTA COLABORACION DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES ES INDISPENSABLE EN ESTE LAPSO CRITICO , EN QUE LA MEDICINA SINTOMATICA NO ACTUA MAS QUE EN LOS CASOS DE ANGUSTIA REAL QUE SON LOS MENOS FRECUENTES.6

ESTE APOYO EMOCIONAL MUY UTIL PARA TODOS LOS ENFERMOS, ES ESPECIALMENTE SIGNIFICATIVO PARA UN DEPRIMIDO , POR LO GENERAL INCOMPRENDIDO , EN ALGUNOS CASOS MAL ATENDIDO POR MEDICOS Y FAMILIARES Y ADEMAS PESIMISTA , INSEGURO Y TEMEROSO DE TODO Y DE TODOS. CORRESPONDE AL MEDICO GENERAL FAMILIAR , DESEMPEÑAR UN ROL MUY IMPORTANTE EN LA EDUCACION DEL PACIENTE EN TORNO AL SIGNIFICADO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD MENTAL, EN RELACION A SU CONSERVACION , FOMENTO Y FORMAS DE RECUPERARLA. 6

COMO PODRA APRECIARSE POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, LA RELACION MEDICO - PACIENTE PUEDE SER EL MEJOR TRATAMIENTO QUE RECIBA EL ENFERMO . GRACIAS A ELLA RECUPERA SU DESEO DE LUCHAR, SU INTERES POR LA VIDA Y PUEDE ESPERAR EL TIEMPO NECESARIO PARA QUE LA FARMACOTERAPIA ACTUE EN FORMA EFECTIVA.

FALTARIA UN ULTIMO PUNTO POR TRATAR, Y ES EL QUE SE REFIERE AL AMOR QUE HAY QUE BRINDARLE AL ENFERMO ; SIN EMBARGO ESTO ES ALGO QUE NO SE PUEDE ESTUDIAR EN LIBROS, APRENDER EN CLINICAS , NI COMPRAR EN FARMACIAS. ES SOLO ESO , AMOR , PERO ES UN INGREDIENTE INDISPENSABLE EN CUALQUIER FORMULA TERAPEUTICA QUE SE QUIERA BRINDAR AL PACIENTE , QUIEN ANTE TODO ES UN SER HUMANO QUE SUFRE Y QUE ANDA EN BUSCA NO SOLO DE UN MEDICO , SINO TAMBIEN DE UN AMIGO. 6

IV PROBLEMA

EN NUESTRA PRACTICA DIARIA HEMOS OBSERVADO QUE EXISTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA, UN BAJO CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA. EN LA MAYORIA DE REPORTES BASADOS EN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA ; DENTRO DE LAS ENTIDADES NOSOLOGICAS , SE OBSERVA UNA BAJA FRECUENCIA DE DESORDENES PSIQUIATRICOS EN GENERAL Y DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PARTICULAR. LOS TRASTORNOS MENTALES SON HABITUALMENTE INFRAVALORADOS , YA QUE LAS ENFERMEDADES ORGANICAS OCUPAN EL LUGAR PRINCIPAL EN EL PENSAMIENTO Y EN LOS REGISTROS CLINICOS DE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA , CON UNA ORIENTACION BASICAMENTE BIOLOGICISTA.³

LA INVESTIGACION DENOMINADA : DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN NUEVA YORK Y EN LONDRES , DEMOSTRO QUE LA BAJA TASA DE FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS DEPRESIVOS QUE HABIA EN NUEVA YORK EN RELACION CON LONDRES ; OBEDECIA MAS QUE A UN HECHO REAL , A QUE LOS PSQUIATRAS AMERICANOS TENDIAN A DIAGNOSTICAR MENOS CUADROS DEPRESIVOS QUE SUS COLEGAS INGLESSES.²⁴

SEGUN LAS TABLAS PUBLICADAS POR EL ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS EN 1977, SOBRE LA MORBILIDAD ESPERADA EN UN AÑO DE CONSULTAS SOBRE UNA POBLACION DE 2 500 PERSONAS , VEMOS QUE CABE ESPERAR LA APARICION DE 80 DEPRESIONES "MENORES" Y 10 DEPRESIONES "MAYORES". AUNQUE ESTOS DATOS , PUEDEN EXPLICARSE POR LAS CARACTERISTICAS PROPIAS QUE INFLUYEN EN LA DEMANDA Y EN LA PROPIA ENFERMEDAD ; TAMBIEN ES CIERTO QUE OTROS FACTORES , COMO EL DIAGNOSTICO INADECUADO , CONTRIBUYEN A LA BAJA FRECUENCIA OBSERVADA.³⁷

EN UN ESTUDIO RECIENTE³⁸ SE OBSERVO QUE CERCA DE LA MITAD DE LOS PACIENTES AFECTADOS DE DEPRESION SEVERA QUE ACUDIAN A SU MEDICO DE CABECERA , NO ESTABAN DIAGNOSTICADOS COMO TALES.

OTRO ESTUDIO³⁹ COMPARO LA EVALUACION DE DEPRESION EN BASE A INSTRUMENTOS DE MEDICION COMPRESIVA , CON LA PRACTICA

DE RESIDENTES DE 2o. Y 3er. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR. SU DIAGNOSTICO , EVALUACION Y MANEJO FUERON COMPARADOS CON EL FORMATO ESTANDARIZADO. LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE LOS RESIDENTES NO CAPTARON UN GRAN NUMERO DE ASPECTOS RELEVANTES EN LA EVALUACION DE LA HISTORIA FAMILIAR Y PERSONAL DEL PACIENTE. TAMBIEN SE OBSERVO QUE EN SU METODOLOGIA DIAGNOSTICA NO APRECIARON LA IMPORTANCIA DEL POTENCIAL PSICOSOMATICO EN LOS HALLAZGOS FISICOS , PARAMETROS ANORMALES DE LABORATORIO Y LA INGESTA DE DROGAS COMUNES ; DATOS QUE FUERON IDENTIFICADOS CON EL INSTRUMENTO UTILIZADO.

UN REPORTE⁴⁰ MENCIONA A LOS SINTOMAS SOMATICOS COMO UNA CARACTERISTICA COMUN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS ,DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD ; SIENDO DIFICIL LA DISTINCION ENTRE ESTOS CUANDO LOS SINTOMAS DE PRESENTACION SON DE PREDOMINIO SOMATICO. EL ESTUDIO COMPARO LAS CARACTERISTICAS Y CONSISTENCIA DIAGNOSTICA EN PACIENTES IDENTIFICADOS POR MEDICOS FAMILIARES CON ALGUNO DE ESTOS TRES TRASTORNOS. LOS RESULTADOS DEMOSTRARON QUE LOS TERMINOS DIAGNOSTICOS : HISTERIA E HIPOCONDRIASIS (NO INCLUIDOS COMO TRASTORNOS SOMATOMORFOS) SON INFRECUENTEMENTE REGISTRADOS Y POBREMENTE DIFERENCIADOS DE DEPRESION Y ANSIEDAD.

EL ESTUDIO POR DAVIDSON Y COLS.,⁴¹ EN PACIENTES MEDICOS Y QUIRURGICOS MOSTRO CON FRECUENCIA , USO INAPROPIADO Y NO SISTEMATICO DE DROGAS PSICOTROPICAS , ESPECIALMENTE DROGAS ANTIPSICOTICAS Y ANTIDEPRESIVAS. EN VISTA DE ESTOS HALLAZGOS SE INTENTO EVALUAR EN LA PRACTICA DE LOS MEDICOS FAMILIARES SU CONOCIMIENTO RESPECTO A PROBLEMAS PSIQUIATRICOS COMUNES Y SU FARMACOTERAPIA , CON ESPECIAL ENFASIS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA . FUERON COMPARADAS LAS RESPUESTAS DE PREGUNTAS SOBRE LAS BASES PRINCIPALES DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA ; PARTICULARMENTE EL USO DE ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS , CON LAS RESPUESTAS DE 17 ESPECIALISTAS PSIQUIATRAS . LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE LOS MEDICOS FAMILIARES ESTAN ENTERADOS DEL TRATAMIENTO CORRECTO PARA LA DEPRESION ENDOGENA , PERO TIENDEN A PRESCRIBIR DOSIS INADECUADAS

DE TRICICLICOS Y DAN UN TRATAMIENTO CORTO EN RELACION A LOS PSQUIATRAS , CONCLUYENDO QUE LOS MEDICOS FAMILIARES NECESITAN ESTAR MEJOR INFORMADOS ACERCA DE LAS DOSIS ADECUADAS DE TRICICLICOS Y DE LOS ESQUEMAS TERAPEUTICOS.

EN LA CLINICA ORIENTE DE MEXICO , D.F., Y EN LAS CLINICAS DEL ISSSTE DE PUEBLA,PUE., Y ACAPULCO, GUERRERO ; SE DESCONOCE LA FRECUENCIA POR DEMANDA DE ATENCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL SINDROME DEPRESIVO EN PARTICULAR. EN SU MAYORIA LOS PROBLEMAS EN ESTA AREA NO SON DETECTADOS , DEBIDO A LA ORIENTACION BIOLOGICISTA DEL MEDICO Y A QUE EL PACIENTE OBSTACULIZA SU DETECCION AL NO INFORMAR DE SUS SINTOMAS YA QUE PIENSA QUE PADECERLOS ES HASTA CIERTO PUNTO NORMAL.

EL DESCONOCIMIENTO QUE MUESTRAN LOS PACIENTES , AFECTA SU MODO DE VIVIR COTIDIANO. EL MEDICO AL NO DETECTAR LA PARTICIPACION EMOCIONAL EN LA GENESIS O PROLONGACION DE LOS SINTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE Y NO OFRECERLES LA TERA-PIA ADECUADA PROPICIA QUE ESTOS CONTINUAMENTE DEMANDEN ATENCION MEDICA , CON EL CONSIGUIENTE AUMENTO DE COSTOS POR PARTE DE LA INSTITUCION Y DISMINUCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION , AL SOBRESATURAR LOS SERVICIOS MEDICOS, DE TAL MANERA QUE ESTOS PACIENTES UTILIZAN LOS SERVICIOS DE SALUD APROXIMADAMENTE DOS VECES MAS QUE AQUELLOS SIN DIAGNOSTICO DE TRASTORNO MENTAL , LLEGANDO A REPRESENTAR UN 30 % DEL TOTAL DE LAS VISITAS REALIZADAS EN ATENCION PRIMARIA.³

CLINICAMENTE LA DETECCION SE OBSTACULIZA DEBIDO A LA SUBJETIVIDAD Y SOMATIZACION FRECUENTE EN EL CASO DEL SINDROME Y EN LAS UNIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN EL MOMENTO MUCHOS MEDICOS DESCONOCEN Y/O NO UTILIZAN SISTEMATICAMENTE ESCALAS O INSTRUMENTOS DE MEDICION COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO.

JUSTIFICACION

LOS PROBLEMAS PSIQUIATRICOS ESPECIALMENTE LA DEPRESION SON COMUNES EN EL CAMPO DE LA PATOLOGIA PSIQUIATRICA^{39,40} SE ESTIMA QUE ES LA ENTIDAD CLINICA MAS COMUN QUE CONDICIONA AL PACIENTE A ATENCION MEDICA. LA DEPRESION PUEDE EN SU MAYORIA SER TRATADA SATISFACTORIAMENTE POR EL MEDICO FAMILIAR SI SE REALIZA EL DIAGNOSTICO.

EL HECHO DE QUE UN 10 % DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL MEDICO GENERAL PRESENTEN TRASTORNOS DEPRESIVOS Y QUE DE ELLOS SOLO UNA PEQUEÑA PARTE SEAN REMITIDOS AL PSIQUIATRA, REALZA LA NECESIDAD DE MEJORAR EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO INTEGRAL DE ESTOS PACIENTES EN LA ATENCION PRIMARIA.

LOS MEDICOS FAMILIARES DEBEN ESTAR ENTERADOS QUE LA DEPRESION ES FRECUENTEMENTE ENMASCARADA POR SINTOMAS SOMATICOS (42) Y QUE PUEDEN AUXILIAR A SU DIAGNOSTICO CLINICO, INSTRUMENTOS O ESCALAS DE MEDICION. UN ESTUDIO DE MOORE Y COLS., INVESTIGO UN METODO PARA QUE LOS MEDICOS FAMILIARES IDENTIFICARAN LA DEPRESION. SE UTILIZO LA ESCALA AMD O DE ZUNG, EN PACIENTES DE UN CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR.

LA INFORMACION DE LA ESCALA INCREMENTO SIGNIFICATIVAMENTE EL RECONOCIMIENTO DE DEPRESION POR EL PACIENTE.⁴³

EN EL EXTRANJERO SE HA INCREMENTADO LA INVESTIGACION SOBRE DEPRESION EN MEDICINA FAMILIAR, COMO EL ESTUDIO MULTINSTITUCIONAL DE DEPRESION, REALIZADO POR PROGRAMAS DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR EN TRES LUGARES DIFERENTES DESCRIPTIVA Y GEOGRAFICAMENTE.⁴⁴

EN NUESTRO MEDIO ES PRECISO INCREMENTAR LA PARTICIPACION SE VERAN OBSTACULIZADAS FUTURAS INVESTIGACIONES A MENOS QUE LOS MEDICOS FAMILIARES SE CONDICIONEN A MEJORAR EL ENTRENAMIENTO EN LA PRACTICA DE LA NO ESTIGMATIZACION DEL SIGNIFICADO Y REGISTRO DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS.⁴⁰

AUNQUE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS ESTAN INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR ; EN EL MOMENTO MUCHOS MEDICOS DURANTE SU PRACTICA , NO HAN RECIBIDO EDUCACION ADECUADA EN ESA AREA Y TENDRAN QUE SUPERAR LA DEFICIENCIA A TRAVES DE PROGRAMAS DE EDUCACION MEDICA CONTINUA, LEYENDO Y ESCUCHANDO ACERCA DE DEPRESION Y CONSULTANDO LA EXPERIENCIA DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO Y USO DE ANTIDEPRESORES TRICICLICOS , INCLUYENDO LA IMPORTANCIA DEL ESFUERZO PARA MAYOR AGUDEZA DIAGNOSTICA , EVALUACION DEL RIESGO DE SUICIDIO , DROGAS CONVENIENTES PARA EL PACIENTE , INICIO CON DOSIS BAJAS E INCREMENTO GRADUAL Y MANTENER UN CONTACTO CON EL PACIENTE. ⁴⁵

LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD DE DEPRESION PUEDE DISMINUIR POR EL MEDICO FAMILIAR ALERTA QUE PROPORCIONE TANTO UN TRATAMIENTO CUIDADOSO CON ANTIDEPRESORES TRICICLICOS , COMO UNA PSICOTERAPIA INICIAL DE APOYO EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD. ⁴⁰

EN EL CASO CONCRETO DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN ATENCION PRIMARIA , LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO SOBRE DEPRESION ; SERIA UNA HERRAMIENTA UTIL QUE AUMENTARIA ADEMÁS NUESTRO GRADO DE SENSIBILIZACION ANTE EL PROBLEMA.

ASIMISMO , Y DEBIDO A LA FRECUENCIA ANTERIORMENTE SEÑALADA ES PRECISO QUE EL RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO SEA ASUMIDO POR EL MEDICO GENERAL/FAMILIAR DE LA MISMA FORMA QUE LO HA HECHO CON ALGUNAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS.

ES PRECISO POTENCIAR LA DOCENCIA YA EXISTENTE EN EL CAMPO DE LA PSIQUIATRIA ; DE TODOS LOS MEDICOS FAMILIARES , A FIN DE MEJORAR NUESTRA CAPACIDAD DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL. ⁴⁶

VI

OBJETIVO (S)

1. GENERAL :

IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN RELACION A LOS DE PATOLOGIA ORGANICA EN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA , EN UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.

2. ESPECIFICOS :

A) IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN BASE A ESCALA DE ZUNG, EN UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN LOS ESTADOS DE PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.

B) UTILIZAR LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ESCALA AMD O DE ZUNG) COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN EL CONSULTORIO DEL MEDICO GENERAL/FAMILIAR.

VII

METODOLOGIA

LA INVESTIGACION SE REALIZO SIMULTANEAMENTE EN LAS CIUDADES DE MEXICO, D.F., PUEBLA PUE., Y ACAPULCO GUERRERO; SE -LECCIONANDOSE COMO UNIDADES DE ESTUDIO, UNA CLINICA DEL ISSSTE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION PARA CADA LUGAR. LAS UNIDADES ESTUDIADAS INCLUYERON PARA EL DISTRITO FEDERAL A LA CLINICA ORIENTE , UNIDAD ACADEMICA SITUADA EN LA ZONA ORIENTE DE LA CIUDAD DE MEXICO Y PARA PUEBLA Y ACAPULCO ,LAS CLINICAS INTEGRADAS A SUS HOSPITALES DE ZONA.

SE INCLUYERON 606 DERECHOHABIENTS DEL ISSSTE (202 PARA CADA LUGAR) QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA POR CUALQUIER PADECIMIENTO , DE AMBOS SEXOS Y CON EDADES ENTRE LOS 15 Y 70 AÑOS , EN LOS MESES DE NOVIEMBRE DE 1987 A FEBRERO DE 1988. SE EXCLUYERON LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES ORGANICAS QUE IMPEDIAN OBTENER LA INFORMACION.

PARA LA MEDICION DE LA DEPRESION SE UTILIZO LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ESCALA AMD O DE ZUNG), CON PEQUEÑAS MODIFICACIONES EN LA ESTRUCTURA DE SUS DECLARACIONES CON OBJETO DE CLARIFICAR SU CONTENIDO, EN BASE A LOS - RESULTADOS DE LA PRUEBLA PILOTO, PERO SIN MODIFICACION DE SU CALIFICACION BASICA (ANEXO).

EL INSTRUMENTO FUE APLICADO POR LOS INVESTIGADORES RESPONSABLES Y POR COMPAÑEROS MEDICOS PREVIAMENTE INFORMADOS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION. ADEMÁS DE LA FICHA DE IDENTIFICACION , SE ESPECIFICO EL DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNTIVO PARA CORRELACIONAR FRECUENCIA POR DEMANDA DE ATENCION DE PATOLOGIA ORGANICA Y POR TRASTORNO MENTAL, DICHO DIAGNOSTICO NO FUE ORIENTADO SISTEMATICAMENTE A LA BUSQUEDA DE DEPRESION O DE OTROS TRASTORNOS MENTALES.

EL AREA DE APLICACION FUE EL CONSULTORIO, AUTOLLENADO BAJO ASESORIA DEL ENTREVISTADOR , SOLO SE APLICO DIRECTAMENTE EN CASO DE PACIENTES ANALFABETAS Y AQUELLOS QUE LO SOLICITARON POR PROBLEMAS DE AMETROPIA.

PARA LA CALIFICACION DE LOS CUÉSTIONARIOS SE UTILIZO SOLO LA PUNTUACION BASICA DE LA SIGUIENTE FORMA :

MENOR A 50.....	NORMAL
40 - 47	DEPRESION MODERADA
48 - 55.....	DEPRESION MARCADA
56 O MAS	DEPRESION GRAVE

SE PRESENTAN LOS RESULTADOS EN CUADROS Y GRAFICAS. DE LOS RESULTADOS SE EXCLUYO LA RELACION DE LAS DIVERSAS ENFERMEDADES ORGANICAS DIAGNOSTICADAS CLINICAMENTE POR NO SER EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS SE APLICO LA PRUEBA DE χ^2 (JI CUADRADA). PARA LOS GRUPOS DE EDAD SE FORMARON TRES GRUPOS CON LA POBLACION TOTAL (606) : 15-34 , 35-54 Y 55-70. ASIMISMO PARA OBTENER LA RELACION DE ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL SE APLICO LA χ^2 EN BASE A LA MUESTRA TOTAL.

LA MUESTRA NO FUE OBTENIDA DE POBLACION GENERAL POR LO QUE LOS RESULTADOS SON VALIDOS SOLO PARA LA POBLACION ESTUDIADA , SE ESTABLECEN ALGUNAS COMPARACIONES ENTRE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS ESTUDIADAS QUE DEBEN TOMARSE CON RESERVA YA QUE LA MUESTRA NO ES ALEATORIA Y NO SE INTENTA DETERMINAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS DIFERENTES FRECUENCIAS ENCONTRADAS DEL SINDROME DEPRESIVO.

EN LA RELACION DE RESULTADOS SE MENCIONA EN LUGAR DE Cd. DE MEXICO A SU CAPITAL DISTRITO FEDERAL PARA UNA MEJOR UBICACION GEOGRAFICA Y EVITAR CONFUSION CON NUESTRO PAIS MEXICO.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DETECCION OPORTUNA DE DEPRESION

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____

CLINICA _____ FECHA _____

DOMICILIO _____ COL. _____ CD _____

PORQUE MOTIVO VINO A CONSULTA ? _____

1. SEXO : M () F ()

2. EDAD _____ AÑOS

3. ESTADO CIVIL :

A) SOLTERO B) CASADO C) DIVORCIADO D) UNION LIBRE E) VIUDO

4. ESCOLARIDAD

A) NULA (ANALFABETA).

B) PRIMARIA : () COMPLETA () INCOMPLETA

C) SECUNDARIA : () COMPLETA () INCOMPLETA

D) PREPARATORIA : () COMPLETA () INCOMPLETA

E) PROFESIONAL : () COMPLETA () INCOMPLETA

CUAL ? _____

5. OCUPACION ACTUAL : _____

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

DIAGNOSTICO MEDICO PRESUNTIVO : _____

DIAGNOSTICO (S) FINAL (ES) : _____

NOMBRE DEL MEDICO _____

COLOQUE EN EL PARENTESIS UNA CRUZ EN LA RESPUESTA QUE USTED
CREA CONVENIENTE

	NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO.	()	()	()	()
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR	()	()	()	()
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR	()	()	()	()
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE	()	()	()	()
5. MI APETITO ES COMO SIEMPRE	()	()	()	()
6. DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES	()	()	()	()
7. ESTOY PERDIENDO PESO	()	()	()	()
8. TENGO MOLESTIAS DE ESTREÑIMIENTO	()	()	()	()
9. EL CORAZON ME LATE MAS APRI- SA QUE DE COSTUMBRE	()	()	()	()
10. ME CANSO SIN HACER NADA	()	()	()	()
11. TENGO LA MENTE CLARA	()	()	()	()
12. ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO	()	()	()	()
13. ME SIENTO INTRANQUILLO	()	()	()	()
14. TENGO ESPERANZA EN EL FU- TURO	()	()	()	()
15. ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL	()	()	()	()
16. ME RESULTA FACIL TOMAR DE- CISIONES	()	()	()	()
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NE- CESARIO	()	()	()	()
18. MI VIDA TIENE BASTANTE IN- TERES	()	()	()	()
19. CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIENDOME	()	()	()	()
20. DISFRUTO LAS COSAS	()	()	()	()

VIII

RESULTADOS

EN EL PRESENTE ESTUDIO DE DIAGNOSTICO DE DEPRESION POR EL MEDICO FAMILIAR ; EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE , SE IDENTIFICO CLINICAMENTE UNA FRECUENCIA DE PATOLOGIA ORGANICA EN PUEBLA DE 92.1 % (186/202) ; EN ACAPULCO DE 95.1 % (192/202) Y EN EL DISTRITO FEDERAL DE 95.1 % (192/202) EN COMPARACION CON LAS FRECUENCIAS DE 7.9 % , 4.9% Y 4.9 % POR TRASTORNO MENTAL RESPECTIVAMENTE.(CUADRO I).

DE LA PATOLOGIA POR TRASTORNO MENTAL ; EN PUEBLA SE DIAGNOSTICO CLINICAMENTE UN 62.5 % DE DEPRESION (10/16) Y UN 37.5 % , DE TRASTORNO DE ANSIEDAD (6/16) , PARA ACAPULCO UN 100 % DE DEPRESION (10/10) Y PARA EL DISTRITO FEDERAL UN 100 % A A TRASTOPNO DE ANSIEDAD (CUADRO II).

UTILIZANDO COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (AMD O DE ZUNG), LA FRECUENCIA DE DEPRESION PARA PUEBLA FUE DE 31.6 % (64/202) ; EN ACAPULCO DE 46 % (93/202) Y EN EL DISTRITO FEDERAL DE 43 % (87/202).GRAFICA 1.

SE BUSCARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS TRES POBLACIONES ESTUDIADAS , EXISTIENDO DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICON $\chi^2 = 9.64$ (G.L.) Y $P = .008$. EL PORCENTAJE MAYOR DE DEPRESION FUE DETECTADO EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE EN ACAPULCO (46 %) Y EL MENOR EN LA DE PUEBLA (31.6%),DEBIENDOSE A DICHS PORCENTAJES LA DIFERENCIA OBSERVADA (CUADRO III).

EN EL CUADRO IV , SE MUESTRA LA FRECUENCIA EN BASE A LA ESCALA DE ZUNG DE LOS TIPOS DE DEPRESION, OBSERVANDO PREDOMINIO EN LA CLASIFICACION DE DEPRESION MODERADA.

EN CUANTO A LA DISTRIBUCION DE DEPRESION POR SEXO (GRAFICA 2) FUERON : EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE PUEBLA , 60 MUJERES (93.7 %) Y 4 VARONES (6.3 %) ; DE ACAPULCO , 66 MUJERES (71 %) Y 27 VARONES (29 %); EN EL DISTRITO FEDERAL 65 MUJERES (74.8 %) Y 22 VARONES (25.2 %); CON UNA RELACION DE 15 : 1 , 2.4:1 Y 2.9:1 RESPECTIVAMENTE. EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA (P.001) DADA POR LA FRECUENCIA MAYOR EN EL SEXO FEMENINO (CUADRO V).

EN LA DISTRIBUCION POR EDADES NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LAS TRES POBLACIONES ESTUDIADAS(P = .1) CUADRO VI , GRAFICA 3.

LA RELACION DE DEPRESION CON EL ESTADO CIVIL SE MUESTRA EN LA GRAFICA 4, CORRESPONDIENDO UN 60% A VIUDOS(14/23), UN 58 % A DIVORCIADOS (10/17), UN 57 % A UNION LIBRE (11/19);UN 38 % A CASADOS (170/442) Y UN 37 % A SOLTEROS (39/105).SE ENCONTRO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA (P.04) DADA POR EL PORCENTAJE MAYOR CORRESPONDIENTE A VIUDOS (60 %) Y EL MENOR A SOLTEROS (37 %).

LA GRAFICA 5, MUESTRA LA RELACION DEL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES SIN DEPRESION, CORRESPONDIENDO UN 40 % A VIUDOS (9/23) ; UN 42% A DIVORCIADOS (7/17) ; UN 43% A UNION LIBRE (8/19) ; UN 6 % A CASADOS (272/442) Y UN 66 % A SOLTEROS (66/105).

EL CUADRO VII , MUESTRA UNA FRECUENCIA DE DEPRESION DEL 40.2 % EN POBLACION TOTAL (244/606) DE LAS TRES ENTIDADES INVESTIGADAS.

EL GRADO DE ESCOLARIDAD EN RELACION A DEPRESION ,SE MUESTRA EN LA GRAFICA 6, SE BUSCO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS DIFERENTES GRADOS DE ESCOLARIDAD, ENCONTRANDO QUE ES ALTAMENTE SIGNIFICATIVA ($p = .0000019$) DADA POR EL PORCENTAJE MAYOR ENCONTRADO EN ANALFABETAS (73 %) Y EL MENOR EN PROFESIONISTAS (26.5 %) .CUADRO VIII

CUADRO I. DIAGNOSTICOS CLINICOS DE PATOLOGIA ORGANICA Y POR TRASTORNO MENTAL. PRIMER NIVEL DE ATENCION.PUEBLA ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.

ENTIDAD	DIAGNOSTICO				
	TRASTORNO MENTAL		PATOLOGIA ORGANICA		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
PUEBLA	16	7.9	186	92.1	202
ACAPULCO	10	4.9	192	95.1	202
DISTRITO FEDERAL	10	4.9	192	95.1	202
TOTAL	36	5.9	570	94.1	606

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

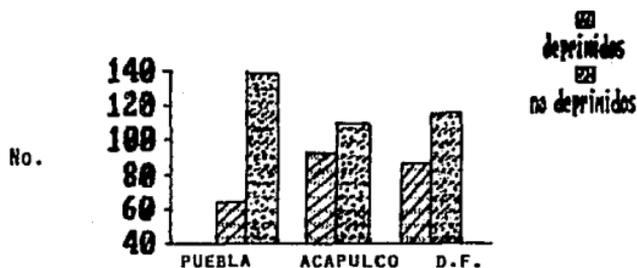
CUADRO II . DIAGNOSTICO CLINICO DE PATOLOGIA POR TRASTORNO MENTAL. PRIMER NIVEL DE ATENCION : PUEBLA, ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.

NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988

ENTIDAD	DIAGNOSTICO CLINICO DE TRASTORNO MENTAL				
	DEPRESION		ANSIEDAD		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
PUEBLA	10	62.5	6	37.5	16
ACAPULCO	10	100	0	0	10
DISTRITO FEDERAL	0	0	10	100	10
TOTAL	20	55.5	16	44.5	36

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

GRAFICA 1. FRECUENCIA DE DEPRESION EN BASE A ESCALA DE ZUNG, EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION. CLINICAS ISSSTE : PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.



FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

CUADRO III. DIFERENCIAS DE DEPRESION ENTRE LAS TRES ENTIDADES
 FEDERATIVAS ESTUDIADAS: PUEBLA ,ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.
 I.S.S.S.T.E., PRIMER NIVEL DE ATENCION.
 NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.

	PUEBLA		ACAPULCO		DISTRITO FEDERAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CON DEPRESION	64	31.6	93	46	87	43
SIN DEPRESION	138	68.4	109	54	115	57
TOTAL	202	100	202	100	202	100

$$\chi^2 = 9.6462722$$

$$P = .008$$

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

CUADRO IV
TIPOS DE DEPRESION EN BASE A ESCALA DE ZUNG
PRIMER NIVEL DE ATENCION : PUEBLA , ACAPULCO Y
DISTRITO FEDERAL.
NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988

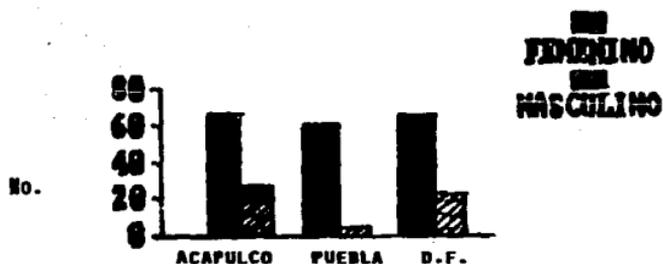
ENTIDAD	TIPOS DE DEPRESION			TOTAL
	MODERADA	MARCADA	GRAVE	
PUEBLA	46	18	0	64
ACAPULCO	69	20	4	93
D.FEDERAL	64	15	8	87

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE DEPRESION POR SEXO.

PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.

NOVIEMBRE A FEBRERO , 1987 - 1988.



FUENTE : POBLACION DERECHAHABIENTE ISSSTE.

CUADRO V. DISTRIBUCION DE DEPRESION POR SEXO. PRIMER NIVEL DE ATENCION : PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.

ENTIDAD	DEPRESION POR SEXO				
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
PUEBLA	60	93.7	4	6.3	64
ACAPULCO	66	71	27	29	93
DISTRITO FEDERAL	65	74.8	22	25.2	87
TOTAL	191		53		244

P = .001

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

CUADRO VI. GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON Y SIN DEPRESION EN BASE A ESCALA DE ZUNG. PRIMER NIVEL DE ATENCION : PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.

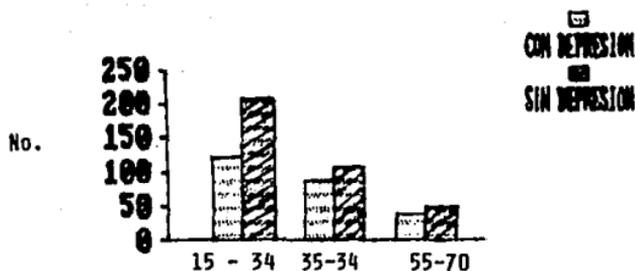
GRUPOS DE EDAD	CON DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
15 - 34	121	36.6	209	63.4	330
35 - 54	87	44.8	107	55.2	194
55 - 70	36	44	46	56	82
TOTAL	244	40.2	362	59.8	606

$$\chi^2 = 3.9197558$$

$$P = .1408755$$

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

**GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD
 DIAGNOSTICO POR ESCALA DE ZUNG.PRIMER NIVEL DE ATENCION
 PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.NOVIEMBRE A FEBRERO
 1987 - 1988**



FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

GRAFICA 4. RELACION DE ESTADO CIVIL Y DEPRESION EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION. PUEBLA, ACAPULCO Y
DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987-1988.

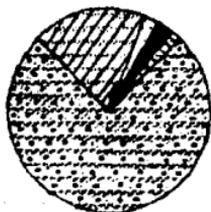


-  SOLTEROS
-  CASADOS
-  DIVORCIADOS.
-  UNION LIBRE
-  VIUDOS

con depresion

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

**GRAFICA 5. RELACION DE ESTADO CIVIL EN PACIENTES
SIN DEPRESION. PRIMER NIVEL DE ATENCION. PUEBLA
ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO
1987 - 1988.**



SOLTEROS

CASADOS

DIVORCIADOS

UNION LIBRE

VIUDOS

sin depresion

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

CUADRO VII. RELACION DE ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON Y SIN DEPRESION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION : PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988.

ESTADO CIVIL	CON DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
SOLTEROS	39	37	66	63	105
CASADOS	170	38	272	62	442
DIVORCIADOS	10	58	7	42	17
UNION LIBRE	11	57	8	43	19
VIUDOS	14	60	9	40	23
TOTAL	244	40.2	362	59.8	606

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

GRAFICA 6. GRADO DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON DEPRESION Y SIN DEPRESION. PRIMER NIVEL DE ATENCION .PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL.NOVEMBRE A FEBRERO 1987 - 1988



FUENTE : POBLACION DERECHAHABIENTE ISSSTE

CUADRO VIII. GRADO DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON Y SIN DEPRESION. PRIMER NIVEL DE ATENCION ; PUEBLA, ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL. NOVIEMBRE A FEBRERO 1987 -1988.

ESCOLARIDAD	CON DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL
	No.	%	No.	%	
ANALFABETAS	19	73	7	27	26
PRIMARIA	89	48.6	94	51.4	183
SECUNDARIA	64	42.9	85	57.1	149
PREPARATORIA	22	36.6	38	63.4	60
PROFESIONAL	50	26.5	138	73.5	188
TOTAL	244	40.2	362	59.8	606

FUENTE : POBLACION DERECHOHABIENTE ISSSTE

IX

ANALISIS DE RESULTADOS

EN LA ACTUALIDAD ; EL INCREMENTO DE LA DEPRESION , SU TENDENCIA A VIOLAR IMPULSOS INSTINTIVOS BASICOS - COMO EL DE LA PROPIA CONSERVACION , EL GREGARIO , EL MATERNAL Y SU EFECTO BLOQUEADOR DE NECESIDADES BIOLÓGICAS (HAMBRE ,SUEÑO,LIBIDO)- HAN HECHO QUE UN GRAN NUMERO DE INVESTIGADORES SUME SUS ESFUERZOS A FIN DE CONOCER MEJOR ESTE PROBLEMA.⁶

SU DIFÍCIL CLASIFICACION COMO PROBLEMA MORBOSO ,SU EFECTO NEGATIVO EN LA RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES , SU INFLUENCIA EN LA DESVALORIZACION DE LA PROPIA PERSONALIDAD Y EL ENORME CONTRASTE ENTRE LA IMAGEN QUE EL PACIENTE DEPRIMIDO TIENE DE SI MISMO Y LA REALIDAD , HA HECHO QUE SE LE CONSIDERE COMO LA ENFERMEDAD DE LAS PARADOJAS.⁶

LOS REPORTES INTERNACIONALES ACERCA DE LA PREVALENCIA DE LA DEPRESION COINCIDEN CON LOS DE MEDICOS GENERALES/FAMILIARES , PSIQUIATRAS Y OTROS ESPECIALISTAS DE NUESTRO MEDIO, EN ANOTAR UN CONSTANTE INCREMENTO DE ESTE SINDROME EN LOS ULTIMOS AÑOS.⁶

A FIN DE APORTAR DATOS QUE CONTRIBUYAN AL CONOCIMIENTO CIENTIFICO DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE ESTE PADECIMIENTO EN MEXICO , SE LLEVO A CABO UNA INVESTIGACION DE LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN UNIDADES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL ISSSTE EN : PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL ; UTILIZANDO COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO , LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION O ESCALA DE ZUNG. EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE LA FRECUENCIA DE DEPRESION ENTRE LA POBLACION DERECHAHABIENTE DE LAS TRES CLINICAS DEL ISSSTE ESTUDIADAS, DADA POR EL PORCENTAJE MAYOR QUE CORRESPONDIO A LA DE ACAPULCO (46%) Y EL MENOR QUE CORRESPONDIO A LA CLINICA DEL ISSSTE DE PUEBLA (31.6%).

LA ETIOLOGIA DEL SINDROME DEPRESIVO ES MULTIFACTORIAL, QUIZA EN ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL, DONDE SE REGISTRARON LAS FRECUENCIAS MAYORES INFLUYAN LAS TENSIONES DE LA VIDA DIARIA, LA MIGRACION DE PERSONAS A ESAS CIUDADES Y PARA EL ULTIMO ADEMÁS, LA CONTAMINACION AMBIENTAL; QUE COMO SE REPORTA EN LA LITERATURA⁶ AUN NO SE CONOCE LA IMPORTANCIA QUE PUEDA TENER EN EL INCREMENTO DE LA DEPRESION, PERO QUE QUIZA ESTUDIOS POSTERIORES LO ACLAREN.

LO QUE LLAMA LA ATENCION ES LA GRAN DIFERENCIA DE FRECUENCIA DE DEPRESION POR DIAGNOSTICO CLINICO EN RELACION A LA DE PATOLOGIA ORGANICA; ESTO APOYA LO REPORTADO EN LA LITERATURA DE QUE EL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA, TIENE UNA ORIENTACION BASICAMENTE BIOLOGICISTA.³ ASIMISMO, SE HACE NOTABLE EL INCREMENTO EN EL RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO MEDIANTE LA ESCALA DE ZUNG QUE A DIFERENCIA DE OTROS INSTRUMENTOS DE MEDICION, ES SENCILLA DE APLICAR Y LOS RESULTADOS QUE PROPORCIONA SON SIMILARES A LOS DE PRUEBAS MAS ELABORADAS Y DE EVALUACION COMPLEJA³¹, ESTO NOS DEMUESTRA QUE EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN NUESTRO MEDIO ES INFRECUENTE PORQUE NO LO ESTAMOS IDENTIFICANDO.

EN CUANTO A LA DISTRIBUCION DE DEPRESION POR SEXO; LA DIFERENCIA ES ALTAMENTE SIGNIFICATIVA, PREDOMINANDO EL SEXO FEMENINO DE ACORDE CON LO DESCRITO EN LA LITERATURA.^{10,15,24} LA DEPRESION SE PRESENTA SIN PREDOMINIO DE EDAD, EN NUESTRO ESTUDIO NO HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD CLASIFICADOS. EN RELACION AL ESTADO CIVIL, LA FRECUENCIA MAYOR CORRESPONDIÓ A LOS VIUDOS, DE ACORDE CON LO DESCRITO EN OTROS REPORTES,⁶ LA FRECUENCIA MENOR FUE PARA SOLTEROS.

EN NUESTRO MEDIO SE OBSERVA QUE LA FRECUENCIA DE DEPRESION ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL AL GRADO DE ESCOLARIDAD; CORRESPONDIENDO LA FRECUENCIA MAYOR PARA LOS ANALFABETAS, POSTERIORMENTE EN PACIENTES CON ESTUDIOS DE PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA Y PROFESIONAL RESPECTIVAMENTE AL IGUAL QUE REPORTES PREVIOS.⁶

PUEDE DECIRSE QUE LA MAYORIA DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS NO SON MAS QUE LA RESULTANTE DE UNA ALTERACION ORGANICA A NIVEL BIOQUIMICO DE UN SER HUMANO QUE HA ESTADO SOMETIDO A MULTIPLES TENSIONES EN SU PROCESO DE VIVIR Y QUE ESTA AMPLIAMENTE DETERMINADO POR LA ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA EN QUE ESTE PROCESO SE DESARROLLA.

SU SOLUCION NO ES LA PSICOFARMACOLOGIA ,SINO ADEMAS ESTUDIAR LAS RELACIONES QUE EXISTEN ENTRE LA PATOLOGIA MENTAL Y CARACTEROLOGICA Y LA ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE LA SOCIEDAD EN QUE EMERGEH.¹⁸

CONCLUSIONES

1. SE DETERMINO LA FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN RELACION A LOS DE PATOLOGIA ORGANICA EN LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA ; EN UNA UNIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN PUEBLA , ACAPULCO Y DISTRITO FEDERAL ; IDENTIFICANDO QUE EL DIAGNOSTICO CLINICO DE DEPRESION POR EL MEDICO FAMILIAR ES INFRECUENTE Y QUE LAS ENFERMEDADES ORGANICAS OCUPAN EL PRIMER LUGAR EN LA ATENCION Y REGISTRO CLINICO DE LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA.
2. EL MEDICO GENERAL/ FAMILIAR AL UTILIZAR LA ESCALA DE ZUNG COMO AUXILIAR DIAGNOSTICO DE DEPRESION , INCREMENTA EN FORMA IMPORTANTE LA DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO.
3. EL MEDICO FAMILIAR BIEN ADIESTRADO , EXPERIMENTADO Y SENSITIVO QUE HA DESARROLLADO UNA BUENA RELACION ENTRE EL SU PACIENTE Y LA FAMILIA DE ESTE AL PROPORCIONAR UNA ATENCION BIOPSIOSOCIAL ESTA EN POSICION PRIVILEGIADA. NO SOLO PUEDE RECONOCER LA DEPRESION EN SU INICIO, SINO QUE EN MUCHOS CASOS ESTA EN MEJORES CONDICIONES DE PREVENIRLA O DE DISMINUIR SU INTENSIDAD , ALIVIANDO ASI AL QUE SUFRE DE SUS EFECTOS DESVASTADORES CON IGUAL EFICACIA QUE EL ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.
4. LA DEPRESION NO ES UNA CONSECUENCIA DE LOS TIEMPOS MODERNOS , ESTA ENFERMEDAD ES CONOCIDA DESDE LOS COMIENZOS DE LA HISTORIA. EL AUMENTO VERTIGINOSO DE CONSULTAS ES INNEGABLE , PERO NO SIGNIFICA QUE HAYA INCREMENTADO EL NUMERO DE ENFERMOS , SINO QUE LA MAYORIA DE LOS DEPRIMIDOS NO LLEGABAN A DIAGNOSTICARSE

5. ES NECESARIO QUE EL MEDICO GENERAL/ FAMILIAR , INCREMENTE LA INVESTIGACION SOBRE DEPRESION EN MEDICINA FAMILIAR IYA QUE DEBIDO A SU IDENTIFICACION EN AUMENTO , ES PRECISO LA SELECCION DE REFERENCIA AL 2o. NIVEL DE ATENCION Y QUE AL DIAGNOSTICARLA OPORTUNAMENTE DISMINUYA LA DEMANDA DE ATENCION MEDICA AL PROPORCIONAR TRATAMIENTO INTEGRAL Y OPORTUNO.

SUGERENCIAS

1. ES NECESARIO REFORZAR EL PAPEL CENTRAL DEL MEDICO FAMILIAR EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES, PARA ELLO DEBE CONOCER Y UTILIZAR , INSTRUMENTOS DE MEDICION COMO AUXILIAR.
2. LOS PROGRAMAS DE FORMACION DE MEDICINA FAMILIAR DEBEN SEGUIR PROPORCIONANDO UNA ADECUADA PREPARACION PARA DESEMPEÑAR UNA ATENCION "BIOPSIOSOCIAL".
3. EL MEDICO FAMILIAR DEBE INTENTAR INCIDIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE SOBRE AQUELLOS FACTORES QUE ALEJAN AL PACIENTE CON TRASTORNOS PSICOLOGICOS DE LOS SISTEMAS DE ATENCION SANITARIA.
4. POR ULTIMO , INSISTIR UNA VEZ MAS EN EL PAPEL CENTRAL DEL DEL MEDICO FAMILIAR EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOPATOLOGICOS. POR TODO ESTO PARECE RAZONABLE PROPONER LA DIVISION DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN DOS NIVELES SEMEJANTES A LOS DE LOS RESTANTES ELEMENTOS DE LA ATENCION :
 1. UN NIVEL PRIMARIO DESARROLLADO CONJUNTAMENTE POR LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y LOS ELEMENTOS DE APOYO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE LOS MISMOS.
 2. UN NIVEL SECUNDARIO REPRESENTADO POR LOS HOSPITALES Y CENTROS DE INTERNAMIENTO.

UN PSIQUIATRA PROMINENTE SEÑALO HACE POCO²³ QUE EN EL FUTURO LA PARTE PRINCIPAL DE LA ATENCION PSIQUIATRICA SERA PROPORCIONADA POR EL MEDICO FAMILIAR Y EL PAPEL DEL PSIQUIATRA SE CONVERTIRA CADA VEZ MAS EN PROFESOR Y CONSULTOR.

BIBLIOGRAFIA

1. ALCALA C.ELVIA, SOTOMAYOR S.C., MARQUEZ M.V.: DEPRESION: DIAGNOSTICO POR EL MEDICO FAMILIAR EN BASE A ESCALA DE ZUNG EN POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE EN PUEBLA, ACAPULCO Y CIUDAD DE MEXICO Nov - Feb., 1987-1988.
2. HARVEY, JHONS, OWENS, ROSS.: TRATADO DE MEDICINA INTERNA, EDIT. INTERAMERICANA, 1426-1427 ; 1459-1461 ; DECIMONOVENA EDICION 1978.
3. MIRO B.I. Y ZURRO M. : PSICOPATOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA, VOL. 3(1), 44-45, 1986.
4. HIRSCHSFELS RMA Y CROSS CK.: EPIDEMIOLOGY OF AFFECTIVE DISORDERS, ARCH GEN PSYCHIATRY 39 ; 35-45, 1982.
5. CUBIR R., ARGIMON J.M., BOADA J.M. : LA DEPRESION COMO PROBLEMA DE SALUD EN ATENCION PRIMARIA, ATENCION PRIMARIA VOL 3, 65-66 1986.
6. CALDERON N.G.: DEPRESION ; CAUSAS , MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO. EDITORIAL TRILLAS, 1A. EDICION 1984, 2A. REIMPRESION 1987.
7. SELECCIONES DEL READER'S DIGEST. GRAN DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO, VOL 2, PAG. 142, 2A. EDICION 1974.
8. RAMON GARCIA PELAYO Y GROSS. PEQUEÑO LAROUSSE. EDITORIAL PELAYO NOGUER , BARCELONA, PAG. 299, 1975.
9. FERRERI M.D., DEL PR. ALBY, HOSPITAL SAINT ANTOINE, PARIS FRANCIA. ESTADOS DEPRESIVOS - CRISIS DE MELANCOLIA, PRAXIS MEDICA , VOL VII, FASCICULO 7.810, NEUROLOGIA-PSIQUIATRIA 1983.
10. SHAFER D.W. Y BLANCHARD L.B.: DEPRESION EN : CONN, MEDICINA FAMILIAR , EDITORIAL INTERAMERICANA, 1979.

11. CAMMER L. DR. : SALGAMOS DE LA DEPRESION. EDITORIAL JAVIER VERGARA, 1A. EDICION 1969 ,REIMPRESION MAYO DE 1987.
12. VALLEJO - NAGERA J.A. DR.: ANTE LA DEPRESION.EDITORIAL PLANETA SA , BARCELONA. EDICION 1989, TERCERA REIMPRESION MEXICO , ENERO 1990.
13. VALLE G.A., BARAJAS G.R.,SENTIES V.R.,ZURITA C.R.:MANUAL DE MEDICINA GENERAL.EDITORIAL TRILLAS, ISSSTESALUD 1A. EDI - CION , PAGS. 246 - 247 , 1986.
14. ANTHONY J.E.: DEPRESION Y EXISTENCIA HUMANA.THERESE BENEDEK SALVAT EN : MODULO DE PSICOLOGIA MEDICA.PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL. FACULTAD DE MEDICINA ,UNAM,1985-1986.
15. HARRISON ET AL.: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA.EDITORIAL Mc GRAW HILL , TOMO II,DECIMA EDICION (6A.EDICION EN ESPAÑOL) 3077 - 3084 , 1986.
16. LOLAS S.F.: LA INVESTIGACION PSICOFISIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.SALUD MENTAL VOL 6(1), 27-83,PRIMAVERA 1983.
17. GERSH F.S. ,FOWLES D.C.: NEUROTIC DEPRESSION : THE CONCEPT OF ANXIOUS DEPRESSION. IN : DEPUE R.A.(ED).THE PSYCHOLOGY OF
18. KENDELL R.E.: THE CLASSIFICATIONS OF DEPRESSIONS : A REVIEW OF CONTEMPORARY CONFUSION. BRIT J PSYCHYAT 129 : 15-28,1976.
19. DEPUE R.A., MONROE S.M.: THE UNIPOLAR-BIPOLAR DISTINCTION IN THE DEPRESSIVE DISORDERS : IMPLICATIONS FOR STRESS ONSET INTERACTION. EN : DEPUE R.A.(ED.).THE PSYCHOBIOLOGY OF THE DEPRESSIVE DISORDERS. IMPLICATIONS FOR THE EFFECTS OF STRESS. ACADEMIC PRESS , 23-25, NEW YORK,1977.
20. CAROLI F., OLIE J.P.: ANTIDEPRESIVOS.HOSPITAL HENRI ROOSELLE , PARIS FRANCIA. PRAXIS MEDICA , VOL II, FASCICULO 7.960 NEUROLOGIA - PSIQUIATRIA 1984.

21. FREEDMAN A.M., KAPLAN H.I., SADPCK B.J.: COMPENDIO DE PSIQUIA-
TRIA. EDITORIAL SALVAT, 389-391 ; 2A.REIMPRESION,1983.
- 22.VICTOR URIARTE. PSICOFARMACOLOGIA.EDITORIAL TRILLAS.1A.EDI-
CION , PAGS. 14-43, 1978.
23. ZEPINE J.P.: PRUEBA DE LA DEXAMETASONA Y SU EMPLEO EN LAS
DEPRESIONES. PRAXIS MEDICA , VOL VII,NEUROLOGIA-PSIQUIATRIA
FASCICULO 7.960 CLAVE 4-09-09,1984.
24. CAMPILLO S.C., CARAVEO J.A.: EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION.
TRABAJO PRESENTADO EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA(25
DE ENERO, 1979).
- 25.TERRY C. DAVIS,PHD.R.HUNTER J.,MD.,NATHAN M.M.,AND BAIRNS_
FATHER L.E.: CHILDHOOD DEPRESSION ; AN OVERLOOKED PROBLEM IN
FAMILY PRACTICE. THE J OF FAMILY PRACTICE,VOL.25(5),451-457,
1987.
- 26.IMES 8110-12.LA DEPRESION INFANTIL : ASPECTOS CLINICOS,BOLE-
TIN MENSUAL DE INFORMACIONDE ENCYCLOPEDIIE MEDICA QHIRURGICALE
Y PRAXIS MEDICA , No. 10 , 1981.
27. KOLB L.C.,BROEDIE H.K.: PSIQUIATRIA CLINICA.10A.EDICION
INTERAMERICANA : 444 -491, 1985.
28. DAVID J.D.,USAF M.C.: CHRISTMAS AND DEPRESSION IN FAMILY
PRACTICE.JOURNAL OF FAMILY PRACTICE VOL 17(6).1083-1086,1985.
29. MC.NABB R.MD.MPH.: FAMILY FUNCTION AND DEPRESSION.JOURNAL
FAMILY PRACTICE VOL 17(6) PAGS. 169-170,1983.
- 30.REVICKI DENNIS A., MAY H.J.: OCUPATIONAL STRESS,SOCIAL SU-
Pपोर्ट AND DEPRESION. HEALTH PSYCHOLOGY, VOL 4(1) 61-67,1985.
- 31.HUCHES J.R.MD., MICHAEL W.J. AND RHEM LP.PHD : MEASUREMENT
OF DEPRESSION IN CLINICAL TRIALS ; AN OVIERRVIEW. J.CLINIC
PSYCHIATRY 43 : 3 , 85-88 , 1982.

32. DUANE SHERWIN , WILLIAM W.K. ZUNG : LA MAYOR PARTE DE LAS CEFALEAS REBELDES SIN BASE ORGANICA SON DE ORIGEN DEPRESIVO. TRIBUNA MEDICA , TOMO XLII, No.2, ENERO 1982.
33. ZUNG W.W.K.: LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION. ARCH GEN PSCHIAT VOL 12 : 63 , ENERO 1965.
34. GOODMAN Y GILMAN. LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA. EDIT PANAMERICANA , 419-437, 6A. EDICION, 1982.
35. DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS , PLM 1991.
36. SECTOR SALUD. CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS. Pags. 436-446 1984.
37. FRY J. SCIENTIFIC FOUNDATION OF FAMILY MEDICINE. EILLIM HEI, NEMANN MEDICAL BOOK , LTD , LONDON 1978.
38. JOHNSON D.: TREATMENT OF DEPRESSION IN GENERAL PRACTICE. Br. Med. J. 11 : 18 - 20, 1983.
39. TOLLEFSON , GARY ET. AL.: DEPRESSIVE SYNDROME IN A PRIMARY SETTING : EVALUATION , CLASSIFICATION AND OUTCOME. COMPREHENSIVE PSYCHIATRY. MARCH - APR VOL. 24 (2), 144-153, 1983.
40. OXMAN T.E.; HARROGAN J.: DIAGNOSTIC PATTERNS OF FAMILY PSY- SICIANS FOR SOMATOFORM , DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS. J. OF FAMILY PRACTICE, SEP VOL 17(3), 439-446, 1983.
41. KETAI R.MD.: FAMILY PRACTICIONERS KNOWLEDGE ABOUT TREAT- MENT OF DEPRESSIVE ILLNESS. JAMA. JUN 14 , VOL 235(24), 2600- 2603, 1976.
42. WIDMER R.D., CADORET R.J.: DEPRESSION: THE GREAT IMITATOR IN FAMILY PRACTICE. J. OF FAM. PRACTICE, SEP. VOL 17(3), 485- 505, 1983.

43. MOORE J.T., SILIMPIERE D.R., BOBURA J.A.: RECOGNITION OF DEPRESSION BY FAMILY MEDICINE RESIDENTS : THE IMPACT OF SCREENING. J. OF FAM.PRACTICE , SEP VOL 7(3),509-513,1987.
- 44.SHEILA M.B.MD, DAVID J.B.PHD AND BYARSW D.MD.: A MULTI-INSTITUCIONAL STUDY OF DEPRESSION IN FAMILY PRACTICE. J. OF FAM. VOL 16 (1), 83-87, 1983.
45. GILLETE R.D., OXMAN T.E.: TRICYCLIC ANTIDEPRESSANT DRUGS IN THE AMBULATORY TREATMENT OF DEPRESSION. J.OF. FAM.PRACTICE AUG. VOL 17 (2) , 342- 344 , 1983.

FE DE ERRATAS

PAGINA	REGLON	DICE	DEBE DECIR
3	1	CONLUIR	CONCLUIR
5	22	ASCLPIADES	ASCLEPIADES
6	8	MANIFETACIONES	MANIFESTACIONES
27	23	MANIFESTCION	MANIFESTACION
30	19	AOMPAÑAR	ACOMPAÑAR
34	15	INVESTIGCION	INVESTIGACION
46	26	ENMACARADA	ENMASCARADA
45	14	RECUADRO	RECUADRO
57	21	PECIBIRA	PERCIBIRA
50	6	REACIONES	REACCIONES
64	24	AMIOACIDO	AMINDACIDO
64	26	DESARBOXILADO	DESCARBOXILADO
67	1	ALTERACIONS	ALTERACIONES