



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“EL ABORDAJE TERAPEUTICO DE LOS
TRASTORNOS DEPRESIVOS A TRAVES
DE UN ESTUDIO DE MERCADO”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
PATRICIA MEDINA FONG

ASESOR DE TESIS:
MTRO. JAIME GRADOS ESPINOSA
DIRECTOR DE LA FACULTAD:
MTRO. JAVIER URBINA SORIA

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

1.- GENERALIDADES	3
2.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION.....	7
2.1.- TEORIAS DE LA DEPRESION.....	36
2.2.- CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS.....	39
2.3.- SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA.....	48
2.4.- ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA DEPRESION.....	53
2.5.- EL MERCADO DE ANTIDEPRESIVOS EN MEXICO.....	59
3.- EL PROCESO DE LA ENTREVISTA.....	62
3.1.- DEFINICION.....	64
3.2.- LA ENTREVISTA EN LA INVESTIGACION MERCADOLÓGICA.....	68
3.3.- ENTREVISTA MEDICA, PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA.....	82
3.4.- TIPO Y TECNICAS DE LA ENTREVISTA MEDICA.....	87
3.5.- LA ENTREVISTA PSICOLOGICA.....	93
4.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION	
4.1.- ANTECEDENTES.....	95
4.2.- PROBLEMA.....	98
4.3.- PROCEDIMIENTO.....	103
4.4.- SUJETOS.....	105
4.5.- MUESTRA.....	106
4.6.- TECNICA UTILIZADA.....	107
4.7.- INSTRUMENTOS.....	109
4.8.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	114

5.- RESULTADOS

5.1.-	POTENCIAL POR ESPECIALIDADES EN EL MERCADO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, TANTO EN PACIENTES NUEVOS Y BAJO CONTROL.....	116
5.2.-	CLASIFICACION EN LA PRACTICA DE LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	121
5.3.-	COMPORTAMIENTO DIAGNOSTICO DE LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS ANTE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	128
5.4.-	GRADO DE RECONOCIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS ANTE OTRAS PSICOPATOLOGIAS U OTRAS ENFERMEDADES EN LA REALIZACION O NO DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	137
5.5.-	MOTIVOS MAS IMPORTANTES PARA LA ADOPCION DE UN NUEVO ANTIDEPRESIVO.....	146
5.6.-	ATRIBUTOS QUE DEFINEN AL ANTIDEPRESIVO IDEAL.....	151
5.7.-	PAPEL QUE JUEGA EL PSICOLOGO EN EL DIAGNOSTICO, LAS DECISIONES Y APOYO TERAPEUTICO DEL PACIENTE DEPRESIVO.....	153
5.8.-	CONCLUSIONES.....	161
	BIBLIOGRAFIA.....	166

1.- GENERALIDADES

La depresión es en la actualidad un cuadro clínico muy frecuente, aunque ha representado un problema médico de siglos. Cada vez llegan más pacientes con trastornos depresivos a los consultorios médicos en general. Situación que la saca del tradicional marco psiquiátrico para colocarla en el campo de la medicina general y de la salud pública.

Se considera actualmente que de cada diez pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno de ellos se encuentra en estado deprimido y la mitad de las veces que los pacientes consultan al médico se debe a la existencia de una depresión abierta o enmascarada.

Las causas más importantes del aumento de los trastornos depresivos tienen su origen, por un lado, en la prolongación de la esperanza de vida "la depresión acompaña regularmente a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventajas de la vida". (1) En consecuencia aumenta la aparición de depresiones involutivas y por el otro lado: " La mayor incidencia de los trastornos depresivos son especialmente en lo que respecta a los de origen ambiental o social que se han correlacionado con la creciente tecnificación que conlleva la vida moderna y con los aspectos negativos de la excesiva urbanización a los que tienen que enfrentarse los

(1) SALOMON PHILLIP, VERNON; D. PATCH; 1976, Manual de Psiquiatría 2a. Edición. Manual Moderno, p. 37.

habitantes de los grandes núcleos de población. (2)

De esta manera el médico se ve constantemente confrontado con problemas que según su concepto requerirían mayor conocimiento especializado de tipo psiquiátrico, ya que desde un punto de vista estrictamente médico, se ha de diferenciar la depresión de las sensaciones de infelicidad, abatimiento, desmoralización, desánimo; que se presentan en el transcurso de la vida de los individuos y pertenecen a sus reacciones o estados vivenciales normales.

En los últimos años, el diagnóstico de los trastornos depresivos ha sido mejorado considerablemente gracias a las clasificaciones y descripciones que de los trastornos depresivos han realizado las diversas organizaciones o instituciones de salud mundial, no obstante estas clasificaciones actuales tienden a delimitar el cuadro clínico de la depresión a nivel puramente descriptivo y hacen a un lado o no consideran el problema de la inclusión de criterios etiológicos, ya que estos no están del todo claros.

"Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la Psiquiatría; por lo tanto deben estar al alcance de médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina. Esto facilita un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado que evitarían al paciente y a sus familiares muchos años

2.- SARASON G. IRWIN; 1981, Psicología Anormal; Edit. Trillas México, Cap. 13 y 15.

de sufrimiento y de inestabilidad económica y social". (3)

Esta realidad epidemiológica se traduce en la práctica en un aumento considerable del número de pacientes deprimidos que acuden a la consulta del médico y que requieren un tratamiento terapéutico adecuado, lo que reviste entre una amplia gama de intereses y preocupaciones, una oportunidad mercadológica.

Este trabajo pretende desde este aspecto mercadológico conocer el comportamiento diagnóstico del médico general, del psiquiatra y otros especialistas, y como realizan el abordaje terapéutico tanto farmacológico como psicoterapéutico del síndrome depresivo considerando, por lo tanto, al médico como un "consumidor" ya que en este abordaje terapéutico, que culmina en la prescripción de medicamentos, confluyen los hábitos, actitudes, motivaciones y conocimientos que dirigen este comportamiento. Además de la influencia que ejerce la información suministrada por diversos elementos de comunicación, publicidad y promoción que impactan de cierta forma el entorno médico-paciente-medicamento.

Para contar con un marco referencial se revisarán los antecedentes históricos de la depresión, las clasificaciones existentes y se hará un bosquejo de las características de los fármacos utilizados en la terapéutica medicamentosa y su posicionamiento en el mercado farmacéutico.

(3) CALDERON NARVAEZ GUILLERMO; 1987, Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento; Edit. Trillas, México; p. 11.

En virtud de que la entrevista es el instrumento fundamental de investigación utilizado en este trabajo se analizará en el punto No. 3, su importancia y utilidad como técnica de investigación ya sea científica o para satisfacer necesidades prácticas.

Considerando que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica, porque inevitablemente intervienen en todo tipo de entrevista factores o dinamismos psicológicos. (4)

En este Tercer punto se analizará la técnica de la entrevista como herramienta en la investigación mercadotécnica comparativamente con la práctica de la entrevista en la clínica médica y psicológica.

(4) BLEGER JOSE; 1980; Temas de Psicología (entrevista y grupos) Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, P. 9.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION.

Los términos de Melancolía y Depresión se han referido por más de dos mil años a una serie de estados de aflicción, se han utilizado para indicar un estado emocional no usual molesto y de cierta duración, pueden también referirse a un temperamento o carácter con un determinado tono no patológico. En otras ocasiones puede significar una forma de sentir de duración relativamente corta, de tono infeliz pero que no es enfermiza. Para todo ser humano alguna de estas experiencias resulta familiar o conocida ya que es parte de los sentimientos humanos y no supone una enfermedad mental.

Solo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a verse como patológicos e incluso tendrán que ir acompañados de otros síntomas para que sean clasificados como tales.

Estos términos dentro del campo de la medicina han evolucionado en su esquema conceptual, precisamente para explicarlos y definirlos como estados clínicos y es de esta forma que entra en juego la historia de la fisiología y de la enfermedad y la influencia de los sistemas de creencias fuera de la Medicina para explicar y tratar estos estados emocionales.

Debido a la amplitud que implica la revisión histórica de estos términos como tales y como esquemas conceptuales, y ante la imposibilidad de plasmarla en su totalidad, en este punto solo se

hará mención de los momentos más importantes al respecto.

El término de melancolía significaba en la Grecia clásica un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión y se utilizaba en el lenguaje popular para "denotar una conducta loca o nerviosa". (5)

Etimológicamente melancolía se deriva de la raíz griega melaina que significa negro y de chole - bilis, que se tradujo al latín como bilis negra "esta bilis negra, uno de los cuatro humores de la teoría humoral, se pensaba que era el factor fundamental de la melancolía. Había otra serie de desórdenes que se creían causados por la bilis negra a los que se llamó enfermedades melancólicas. La bilis negra se conocía como humor melancólico. El temperamento o carácter que se creyó consecuencia de la bilis negra y al que en los escritos de Aristóteles se le concede una categoría especial, se le llamó temperamento melancólico" (6)

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su primera formulación con Hipócrates (460-370 A.C.) cuyos seguidores apoyaban el principio de la Medicina Griega clásica acerca de que los desórdenes mentales eran reflejos psicológicos de desórdenes fisiológicos e insistían en que el lugar de estos desórdenes estaba en el cerebro.

(5) JACKSON, STANLEY W., 1989; Historia de la Melancolía y la Depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna; Edit. Madrid Turner. Col. Turner.

(6) JACKSON, STANLEY W., Op. Cit., P. 16.

El punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico y en sus escritos se encuentran referencias que "sugieren que la melancolía era una enfermedad de las varias catalogadas como enfermedades melancólicas, que la bilis negra era un factor causal clave, que el otoño era la estación en la que la persona tenía un especial riesgo de sufrir los efectos de este humor, que la bilis negra era de naturaleza viscosa y estaba asociada a las cualidades de frialdad y sequedad y que este síndrome, con sus desordenes mentales, era sin duda el resultado de una afección cerebral. (7)

Cabe mencionar que en la medicina clásica griega y romana se reconocían 3 tipos de locuras que sugieren categorías nosológicas bien definidas: Frenitis que según la teoría humoral la causaba la bilis amarilla, sus características eran el delirio y la fiebre y se consideraba una enfermedad aguda. La Melancolía y la Manía por la bilis negra, en estas dos existía el cuadro delirante sin fiebre y se veían como padecimientos crónicos.

Los cuatro humores eran: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. La salud se daba por el equilibrio de estos humores y la enfermedad era el desequilibrio de los mismos. La teoría humoral fué un esquema precursor de muchos sistemas de tipos caracterológicos que se desarrollaron posteriormente.

(7) STANLEY, JACKSON W.; Op. Cit. p. 38

Hipócrates subrayó la sintomatología somática de la melancolía caracterizándola "por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia". (8)

Las opiniones de Aristóteles (384-322 a.C.) acerca de la melancolía tuvieron importancia e influyeron en la medicina del mundo clásico ya que sugería una predisposición a la enfermedad melancólica o depresiva en aquellos sujetos a los que se les adjudicaba un temperamento melancólico. En éstos el riesgo era mayor ya que argumentaba que "...había personas normales que si tienen bilis negra, pero en cantidades proporcionadas, y una minoría que tiene un evidente exceso de bilis negra en un equilibrio relativamente estable. (9)

Fue él quien empezó a hacer referencias a la tendencia al suicidio de los sujetos que poseían este temperamento y se considera que con sus planteamientos al respecto se tiene un ejemplo importante de la finísima línea de separación entre la naturaleza y la enfermedad melancólica o depresiva.

Celso (30 D.C.) enciclopedista romano ofreció la siguiente descripción médica de la melancolía: "La enfermedad de la bilis negra sobreviene en casos de desánimo prolongado, desánimo con miedo e insomnio también prolongados (10)

8) POLAINO LORENTE, AQUILINO; 1985; La Depresión; Edit. Martínez Roca, S.A., España, P. 13.

(9) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 39

(10) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 40

Entre las recomendaciones que dá Celso para el tratamiento, agrega a las terapéuticas físicas acostumbradas que consistían en sangrías y evacuaciones de impurezas y excesos por distintos métodos, sugerencias psicológicas como "...incitar en cambio a la esperanza; buscar el entretenimiento por medio de historias contadas y juegos, especialmente aquellos que atraían al paciente cuando estaba sano; su trabajo si hace alguno, habrá de ser alabado y exhibido ante sus propios ojos". (11)

Otro romano ilustre que aportó material importante acerca de las enfermedades mentales fué Sorano de Efeso quien trabajó en Alejandria y en Roma durante los años 98 y 138. Describe la melancolía y la manía como enfermedades crónicas sin fiebre y las contraponen a la frenitis pero las tres eran formas de locura.

Como signos de la melancolía enunciaba "angustia mental, aflicción, silencio, animosidad hacia los miembros de la familia, a veces un deseo de vivir y otras veces un deseo vehemente de morir; sospechas por parte del paciente de que se está tramando algo contra él, llanto sin razón, murmullos incomprensibles y de nuevo jovialidad ocasional". (12)

Incluía en su descripción de la enfermedad melancólica síntomas somáticos que se reconocen en la actualidad como característicos de la depresión como son: dolor agudo en el corazón o el esófago,

(11) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 41

(12) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 41

pesadez de cabeza, indigestión, así como la descripción física de los pacientes deprimidos; debilidad, cuerpo delgado. Hizo también observaciones en cuanto a que la "enfermedad es más frecuente entre los hombres, sobre todo de edad madura, raramente aparece en mujeres y es poco frecuente en otras edades". (13)

Con respecto de esta última observación, Rufo de Efeso, contemporáneo de Sorano de Efeso, amplió este parecer en el sentido de que en caso de padecerla las mujeres era más grave y que en ocasiones aparecía en jóvenes de sexo masculino y en niños de ambos sexos, consideraba también que la melancolía podría considerarse uno de los rasgos intrínsecos de la vejez.

Sus opiniones sobre la melancolía influyen no solo en Galeno sino que además fueron utilizadas como autoridad por los grandes especialistas árabes del siglo IX. De tal forma influyó que puede decirse que "abrió el camino en lo respectivo a la concepción médica de la melancolía durante más de mil quinientos años". (14)

Consideraba que el exceso de actividad intelectual conjuntado con la mucha tristeza producían melancolía, insistió en que cuanto más tiempo continuaran los síntomas de la melancolía, más se fijaban y se volvían más difícil de tratarlos. Así pues era

(13) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 43

(14) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p.43

importante reconocer la enfermedad en su comienzo y tratarla inmediatamente.

Fué Ruso de Efeso quien introdujo la hipocondría como uno de los orígenes de la melancolía.

En el año 150 de nuestra Era, Areteo de Capadocia hizo una descripción más detallada de la sintomatología de la melancolía y la manía estableciendo probablemente por primera vez una relación entre ellas; al respecto decía: "Me parece que la melancolía es el comienzo y una parte de la manía" (15). Dió también descripciones de otra sintomatología física sobre todo gastrointestinal, que relacionaba con la "región hipocondríaca", que probablemente en la actualidad se identifique como manifestaciones de ansiedad.

En los delineamientos que ofrecía de otros padecimientos o estados de aflicción parecidos a la melancolía y con la que se podían confundir como un estado de aflicción profunda, se percibe "La sugerencia de que en algunos casos, los factores etiológicos fundamentales eran psicológicos, en contraste con las teorías somatogénicas de su época". (16)

Otra figura de gran relevancia en la historia de la medicina

(15) AYUSO, JOSE LUIS y SAIZ, JERONIMO; 1981; Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas. Editorial Interamericana, p. 19

(16) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 47

clásica romana fué Galeno quien en el segundo siglo de nuestra Era dedicó un capítulo a la melancolía en "De las partes afectadas" libro III que trata de las funciones y enfermedades del cerebro y la espina dorsal.

Continuó desarrollando la teoría humoral de la que derivó la teoría de los temperamentos que habían de ser conocidos con los nombres de sanguíneo, colérico, melancólico y flemático, "Galeno lo utilizaba en el sentido de carácter corporal o tendencias físicas características de un individuo determinado. Por otro lado, estos diversos temperamentos o constituciones se creía que determinaban las enfermedades, así como la conducta y emociones a que se inclinaria". (17)

Galeno consideraba la melancolía como una enfermedad fría y seca en la que el factor etiológico esencial era la bilis negra que afectaba directamente a "la substancia del cerebro" en la que se centraban las funciones psíquicas.

Clasificó en tres variedades distintas a la melancolía, una de estas localizada esencialmente en el cerebro. En las otras dos el cerebro es afectado en forma secundaria. En una de estas formas secundarias la sangre es la afectada y en la otra la afección se localiza en la región abdominal (región hipocondriaca), en la que por acción de los vapores que ascendían al cerebro se producían síntomas melancólicos que tornaban a la

(17) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 49

gente "desesperada, desconfiada y triste". (18)

Durante la Edad Media, las ideas acerca de qué era la melancolía y como se explicaba no cambiaron, persistieron las teorías hipocráticas y de Galeno durante esta época, la profesión médica se desmoronó debido probablemente a la desintegración del Imperio Romano y otros factores contribuyentes como el surgimiento de la Iglesia y su énfasis en varias formas de curación espiritual así como el nacimiento de los monasterios y las escuelas catedralicias como centros de saber médico.

Este período histórico se caracteriza por la prevalencia del pensamiento mágico y la tendencia a la interpretación demonológica de la enfermedad mental; "el estado depresivo se nos presenta como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable" (19)

La medicina árabe es una parte importante de la historia de la medicina medieval. Ishaq Ibn Imran (principios siglo X) oriundo de Bagdad fue un médico árabe que escribió en forma significativa un tratado sobre melancolía. A pesar de demostrar la influencia de Rufo de Efeso y Galeno afirmaba que "...la melancolía puede tener causas puramente psíquicas. Miedo, aburrimiento o ira, que se dan en el alma animal, pueden cooperar en la melancolía. De manera que la pérdida de un ser querido o de una biblioteca

(18) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; p. 50

(19) AYUSO, J.L.; Y SAIZ, J.; Op. Cit.; p. 19

insustituible pueden producir una tristeza y aflicción tales que tengan como resultado la melancolía". (20)

De esta forma colocaba los factores psicicos en un lugar de importancia poco usual como causas de la enfermedad melancólica. Pensaba que la melancolía podía ser innata o adquirida y en el cuadro clínico consideraba aspectos somáticos como la pérdida de peso y sueño o la aparición de erupciones en la piel.

Otros médicos árabes que hicieron aportaciones importantes en la medicina y dieron una importancia especial al estudio de la melancolía fueron Constantino el Africano (1020-1087) y Avicena (980-1037) cuyas teorías sobre la melancolía, influenciadas por el Galenismo, continuaron durante los restantes siglos de la Edad Media y los primeros del Renacimiento.

En la Edad Media, debido al oscurantismo y estancamiento de la ciencia, prosperó el estado de acedia que se definía como: "Una preocupación o tristeza del corazón, semejante a la aflicción y especialmente dura para los solitarios" (21); esta descripción de la acedia es un matiz especial del síndrome depresivo que se presentaba sobre todo en las personas entregadas a la vida monástica y cuya vivencia fundamental era la del vacío dada la monotonía persistente de su forma de vida.

(20) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 61

(21) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; p. 67

Este estado se caracteriza, según el asceta Evagrio Pontico (349-399 A.C.), "...por el agotamiento, la apatía, la tristeza o aflicción, la intranquilidad, la aversión a la vida ascética y conventual y los anhelos de la familia y la vida anterior". (22)

La transición de la Edad Media al Renacimiento no supuso ningún cambio fundamental en las descripciones, explicaciones y tratamientos de la melancolía aunque se empiezan a hacer críticas a las posturas imperantes tales como atribuir causas sobrenaturales a los desordenes mentales.

Paracelso (1493-1541) fué uno de los iniciadores de esta actitud y aunque sus referencias a la melancolía son pocas, rechazó en principio, la teoría de los humores. Tendencia que modificó las explicaciones de la melancolía en el siglo siguiente.

Entre los médicos de esa época que nos legaron trabajos importantes sobre la melancolía, se encuentran Timothy Bright (1586) quien en su "Tratado sobre la Melancolía" constituye la primera monografía, que describe los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión y detalle y se supone que esta obra fué una importante fuente de información para Shakespeare. Otorgaba a la melancolía una "clase natural que tenía importantes similitudes y diferencias con la conciencia oprimida por el sentido del pecado" (23) forma en que la habían

(22) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; p. 68

(23) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 84

calificado los teólogos y filósofos de la Edad Media.

Con Robert Burton (1557-1640) se aglutinan en su "La Anatomía de la Melancolía" (1621) todos los conocimientos que en el Renacimiento se tenían acerca de la melancolía, presentando el conjunto de las ideas médico-psicológicas imperantes acerca de esta enfermedad. Ofreció en su obra los primeros esquemas multifactoriales de las posibles causas de la melancolía en las que se reconocen la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando, la herencia, la falta de afecto en la infancia, la vejez, frustraciones y pérdidas afectivas. Con respecto de las sugerencias para el tratamiento entre otras, "reconocía que la melancolía es una enfermedad difícil de curar, pero no imposible incluso aquel más gravemente afectado, si quiere, puede ser ayudado". Como consejo contra la melancolía instaba "Nada de estar solitarios, nada de estar ociosos" (24) hace referencias también a la alternancia de accesos de "locura" (manía) y melancolía.

Durante los siglos XVII y XVIII, la melancolía se seguía describiendo con los mismos términos que ya nos son familiares; como un delirio sin fiebre que se acompañaba de miedo y tristeza; para explicar la fisiología de la enfermedad se utilizaban las teorías científico médicas de moda, tal como fué la explicación química que modificó la teoría humoral en el siglo XVII y cuyo principal exponente fué Thomas Willis (1621-1675) quien aún en el

(24) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. P. 95

siglo XVIII era considerado una autoridad en enfermedades mentales y nerviosas. Sus teorías químicas fueron rápidamente desplazadas por las explicaciones mecanicistas que surgieron gracias a las aportaciones especialmente de Boyle y Newton en el campo científico.

Durante esta época las diferenciaciones entre las enfermedades mentales se fueron haciendo más precisas. Se patentizó que la manía y la melancolía estaban íntimamente ligadas y una podía convertirse fácilmente en la otra. Generalmente se reconocían como desórdenes diferentes y a partir de esos momentos se consideró que la manía era una exacerbación de la melancolía y en los periodos más tranquilos de la enfermedad el paciente se mostraba melancólico. Así mismo la hipocondría se empezó a considerar como una enfermedad diferente y se asoció con la histeria, no obstante estos padecimientos podían desembocar en una "melancolía sintomática".

Fué durante el siglo XVIII que se postularon las bases de la transmisión nerviosa, fundamentándose en el descubrimiento de la electricidad, que fué ocupando un lugar cada vez más importante en la explicación fisiológica médica y en la terapéutica.

Con toda la influencia científica de la época sobre la terminología y las formulaciones teóricas, la descripción clínica del síndrome se mantuvo sin cambio alguno en lo esencial, "continuó siendo descrita como una forma de locura y una enfermedad crónica sin fiebre. Seguí implicando normalmente un

estado de aflicción y de temor sin causa aparente y con alguna idea ilusoria fija como rasgo común. Insomnio, irritabilidad, inquietud y estreñimiento seguían siendo los rasgos más normales. (25)

En lo que respecta a la terapéutica, esta continuaba fijada en las bases de la psicología fisiológica del síndrome que se creía ligada a una fisiología alterada por una razón u otra, de tal forma que continuaba la práctica de la terapéutica galénica, consistente en la aplicación de sangrias, purgas, evacuaciones y desintoxicación general del cuerpo.

En esta época nació una orientación psicósomática que influyó en la terapéutica haciéndoles pensar a las autoridades médicas que las medidas psicológicas podrían cambiar esta enfermedad.

A finales del siglo XVIII durante el periodo de la Ilustración* "La definición de la melancolía es fundamentalmente intelectual" (26). Las descripciones clínicas giraban en torno a que en esta enfermedad predominaba una idea o delirio exclusivo.

Philippe Pinel (1745-1826) es un exponente de esta teoría. En 1801 presentó un esquema muy simplificado de los desórdenes

* Ilustración.- movimiento ideológico que culminó en el siglo XVIII y propugnaba la secularización de la cultura.

(25) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P.125

(26) AYUSO, J.L. Y SAIZ, J.; Op. Cit.; P.20

mentales formado por manía, melancolía, demencia e idiotismo en su obra "Tratado Médico-Filosófico sobre la Alienación Mental" en el capítulo titulado 'Melancolía o delirios fijados exclusivamente en un solo tema'; considera este padecimiento como una enajenación parcial.(27)

Adicional a los síntomas que ya han descrito otros autores hacia la observación siguiente: " Los melancólicos están frecuentemente absortos con una sola idea a la que continuamente vuelven en su conversación y parece ocupar toda su atención", reconoce "dos formas opuestas de melancolía con delirio que se distingue por un exaltado sentimiento de autoimportancia asociado a quiméricas pretensiones de poderes ilimitados o riquezas inextinguibles. Otras veces se caracteriza por una gran depresión del espíritu, aprensiones pusilánimes e incluso una absoluta desesperación (28). Incluye en sus descripciones la posibilidad de que la melancolía puede degenerar en manía así como las inclinaciones suicidas en algunos casos.

Sugirió que las causas esenciales de la enfermedad eran morales e identificaba "...cuatro causas excitantes básicas: Las desgracias domésticas... Obstáculos a enlaces matrimoniales que se han deseado ardientemente... Acontecimientos relacionados con la revolución... Y fanatismo religioso". (29)

(27) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P.141

(28) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 141

(29) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 142

Estos planteamientos los argumentaba sobre su experiencia en virtud de que conforme con las numerosas disecciones cerebrales que había realizado, no detecto en algún caso lesiones orgánicas. En consecuencia el tratamiento usual se modifica y dá más importancia a un "programa de tratamiento moral y remedios tonificantes en lugar de los acostumbrados evacuativos desintoxicantes.

En el siglo XIX los nombres más importantes de la historia nosológica de la melancolía son entre otros Esquirol, Griesenger y Falret. Emil Kraepelin (1856-1926) aunque vivió la mayor parte de su vida en el siglo XIX su influencia en los temas sobre melancolía y depresión se hizo más patente durante el siguiente siglo.

A lo largo de la historia de la melancolía muchos autores observaron que en algunos casos de melancolía se transformaban en manía y viceversa; fué Esquirol, (1772-1840) discípulo de Pinel, quien separó "un grupo minoritario de estados monodelirantes con exaltación del humor" (30) e introdujo el término de monomanía para denotar una enajenación en que el delirio es parcial, permanente, ya sea alegre o triste, pero propone su uso unicamente para la melancolía complicada con manía y para el estado de tristeza permanente o melancolía con delirio; de Pinel, acuñó el término de Lypemania que definía como "Una enfermedad cerebral caracterizada por delirio parcial crónico, sin fiebre y

30) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. P. 353

sostenido por una pasión de carácter triste debilitante u opresivo".

Entre las causas de la melancolía citó como más frecuente la predisposición hereditaria y aquellas situaciones críticas que en la actualidad generan las depresiones reactivas, consideró también como causas los partos y la menopausia. Al igual que su maestro Pinel consideró como más adecuado el tratamiento moral.

Fué tal la influencia de las conjeturas de que en la primera mitad del siglo XIX se empezaron a dar cambios en el contenido descriptivo de la melancolía, de tal forma que conjuntos enteros de síntomas asociados con la melancolía pasaron a formar otra categoría nosológica, como el conjunto de síntomas conocidos como hipocondríaco y el de los que se agrupan bajo el diagnóstico de manía.

Aunque durante este siglo la melancolía se asociaba comúnmente con los delirios, estos cada vez se iban haciendo a un lado en la descripción clínica y se hacía más énfasis en las perturbaciones afectivas como elemento esencial de la descripción.

Greisinger (1817-1868) en sus teorías sobre la depresión y la melancolía refleja la influencia de la teoría de la psicosis unitaria en la que las diversas formas de enfermedad mental eran en esencia estadios de un único proceso. Introdujo el término de depresión mental como sinónimo de melancolía a partir de aquí el uso descriptivo de depresión para indicar estado de ánimo se

hizo más común, pero el término básico de diagnóstico seguía siendo el de melancolía.

Para él la depresión mental era el estadio melancólico inicial de la inmensa mayoría de las enfermedades mentales, que eran debidas básicamente a un trastorno funcional cerebral "Los sentimientos depresivos podían ser parte de cualquier síndrome o fase subsiguiente".

Hace una clasificación de estados de depresión mental ordenados de menor a mayor gravedad e identifica las siguientes variedades:

- Hipocondria.
- Melancolía simple.
- Melancolía con estupor.
- Melancolía con tendencia destructiva (suicidio y homicidio).
- Melancolía con persistente excitación de la voluntad.

(31)

Ofreció también un cuadro etiológico de la enfermedad bajo la idea de que hay implicados múltiples factores causales que dividió en "factores de predisposición y factores precipitantes". En los de predisposición el principal es la herencia y la crianza de la persona, hace mención de las disposiciones mentales que pueden ser secuelas de una enfermedad física.

(31) AYUSO, J.L. Y SAIZ, J.; Op. Cit. P. 21

Los factores precipitantes los dividió en tres apartados: psíquicos, mixtos y físicos.

Las causas psíquicas son las más frecuentes y se consideran en este apartado las situaciones emocionales adversas, desagradables o depresivas, estableciendo la diferencia entre la melancolía y la tristeza de ánimo de la siguiente forma: "en la primera el paciente no puede abandonar su humor enfermo porque éste se ha convertido en fijo por mediación de fenómenos orgánicos anormales" (32). En las causas mixtas incluye las adicciones o excesos, principalmente menciona el alcohol y el sexo y en las causas físicas incluye estados patológicos funcionales como traumatismos, aspectos constitucionales, embarazo, parto y lactancia.

Sobre el tratamiento de la melancolía, lo toca dentro del contexto de la locura en general, "destaca la importancia de una intervención temprana y resuelta siempre que esto sea posible, además de que el tratamiento tiene que ser individualizado". (33)

Jean Pierre Falret (1794-1870) y Jules Baillarger (1809-1890) en 1854 describen la existencia de una enfermedad claramente diferenciada con fases maníacas y fases melancólicas,

(32) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 157

(33) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 157

caracterizada por períodos regulares de tanto una como otra. Falret le dió el nombre de "Folie circulaire" y Baillarger el de "Folie á double forme". Este padecimiento se añadió al esquema de insania mental conformado con la monomanía, la melancolía y la manía. Estos dos autores ejercieron una muy fuerte influencia durante el resto del siglo XIX y su idea básica ha perdurado, aunque con modificaciones.

A comienzos del siglo XX Emile Kraepelin (1856-1926) acuñó el concepto de "Insania maniaco-depresiva" (34) como una entidad nosológica independiente, los síntomas que enunció para describir el cuadro clínico de la depresión y que consideraba que no todos estaban necesariamente presentes en un caso determinado eran: Insomnio, pérdida de peso, estreñimiento, pérdida del interés sexual, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, preocupaciones de desvalorización inclinaciones suicidas, delirios.

Su trabajo se encaminó al establecimiento de enfermedades diferentes y de un nuevo sistema nosológico, en el que se nota aún la influencia de las teorías psiquiátricas en boga de agrupar en una sola enfermedad los estados melancólicos. En consecuencia incluyó en el concepto de insania maniaco-depresiva la totalidad de la psicosis que hasta entonces se habían conocido como periódicas y circulares, manía simple y gran parte de los casos diagnosticados como melancolía.

(34) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 353

Posteriormente sustituyó el término por "psicosis maniaco-depresivas para referirse a los estados melancólicos pero con una nueva agrupación que denominó "estados maníacos, estados depresivos y estados mixtos" (35), la melancolía involutiva la consideraba como una enfermedad aparte.

Con respecto de la melancolía involutiva a la que incluyó en la categoría de psicosis involutivas que comprendían la insania delirante presenil y la demencia senil, la describió como una depresión uniforme con miedo, varias ideas delirantes de autoacusación, persecución y de naturaleza hipocondriaca, con moderado obnubilamiento de la conciencia y perturbaciones del flujo de pensamiento; derivando en gran número de casos, tras prolongado curso, a un moderado deterioro mental (36). Este padecimiento lo limitaba a determinados estados de depresión que aparecen durante el período de involución, su pronóstico, según Kraepelin, no era favorable ya que "Solo una tercera parte de los que la padecen se recuperan y las dos terceras restantes sufren deterioros mentales"; "los cambios anatómicos descubiertos hasta el momento son los de la arteriosclerosis" (37).

En la octava edición de su tratado *Psychiatrie* que apareció entre 1909 y 1915, haciendo caso a las críticas de George Louis Dreyfus (1849-?) incluye la melancolía involutiva en el grupo de los

(35) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 178

(36) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 195

(37) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 182

desórdenes maniaco-depresivos (estados mixtos) ya que el pronóstico de esta enfermedad era menor de lo que se había dicho hasta entonces.

Para Kraepelin todos estos cuadros son manifestaciones de la misma psicosis, basándose en el carácter hereditario, sintomatología afectiva, la presentación alternada o periódica de fases maníacas o melancólicas y la uniformidad en el pronóstico.

Fué precisamente el pronóstico la principal característica nosológica de estas psicosis, mismo aspecto que reconsideró a lo largo de su tratado; específicamente en el campo de la melancolía la categoría general de Kraepelin de las enfermedades maniaco-depresivas se fué reduciendo. Se separaron los desórdenes depresivos no psicóticos y, posteriormente, las psicosis esquizo-afectivas. Recientemente el tradicional desorden afectivo bipolar y los que tienen perturbaciones recurrentes solo de naturaleza depresiva se dice que sufren un desorden afectivo unipolar.

La dicotomía etiológica de endógeno y exógeno se introdujo aproximadamente a finales del siglo XIX como base para la clasificación de los desórdenes psiquiátricos. En ese entonces, las enfermedades endógenas se concebían como constitucionales y de predisposición hereditaria. Las enfermedades exógenas tenían su origen en los traumatismos, toxinas, y otros agentes etiológicos específicos que se patentizaban en cambios identificables en la autopsia.

Emil Kraepelin (1896) adoptó estos términos, interpretándolos de la siguiente forma: Externo ó exógeno como exterior al cerebro esto pasó a referirse a causas identificables y frecuentemente mensurables por lo que se consideró también cualquier condición somática dentro de esta clasificación. Lo endógeno pasó a significar predisposiciones hipotéticas, intangibles o fuerzas hereditarias que podían conjeturarse pero no demostrarse.

Otra personalidad influyente en la psiquiatría del siglo XX fué, Adolf Meyer (1846-1950), quien en 1905 propuso el uso del término depresión y eliminar el de melancolía ya que en éste último se incluía toda una gama de enfermedades que en el cuadro clínico consideraban a la depresión mental como rasgo dominante.

Posteriormente abogó por el uso de un esquema de "reacciones como parte de una respuesta a una demanda" (38) y establecer los tipos de reacción en lugar de los entes de enfermedad de Kraepelin, quizás influido por las teorías psicoanalíticas de su contemporáneo Freud (1856-1939) destacaba la importancia de la historia de toda la vida de la persona para comprender su experiencia con la enfermedad y concibe los desórdenes psiquiátricos como reacciones de mala adaptación y dependientes de la constitución y la experiencia vivida:

(38) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 186

" Desde este punto de vista desarrolló 6 tipos de reacción o desórdenes:

- Reacciones de desórdenes orgánicos.
- Estados delirantes.
- Reacciones esencialmente afectivas.
- Desarrollos paranoicos.
- Desarrollos sustitutivos del tipo de la histeria y la psicastenia.
- Tipos de defecto y deterioro". (39)

Dentro de los tipos de reacción afectiva incluyó tipos de reacción maniaco depresiva, el tipo de ansiedad cuya característica era la serie de nerviosismo - inquietud - ansiedad y las depresiones simples que eran más o menos excesos de la depresión normal.

Otra aportación importante la hicieron David K. Henderson (1884-1965) y Robert D. Gillespie (1897-1945) quienes en 1927 publicaron en Gran Bretaña un libro de texto muy importante sobre psiquiatría; su influencia fué decisiva durante varias décadas. Igual que Meyer emplearon la idea de tipos de reacción y clasificaron como tipos de reacción afectiva los variados desórdenes depresivos con dos subcategorías principales: Las Psicosis maniaco depresivas y la melancolía involutiva.

Al tratar la subcategoría de las psicosis maniaco-depresivas lo

(39) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 186

hacen siguiendo la influencia Kraepeliana de tres variedades a lo largo de un continuo de gravedad que son: hipomanía, manía aguda y manía delirante. De igual forma tratan los estados depresivos como retardación simple que después denominaron depresión simple, depresión aguda y estupor depresivo, subrayando los tres síntomas básicos de Kraepelin: depresión, dificultad de pensamiento y retardación psicomotriz.

También mencionan otras formas más leves de depresión que con frecuencia se enmascaran con síntomas que llevan al paciente a consulta médica en donde no se encuentra nada que pueda justificar esos síntomas. A estos casos los autores les nombran psicógenos en los que la remisión es espontánea.

La segunda subcategoría de los tipos de reacción afectiva, es la melancolía involutiva; "...tiene determinados rasgos propios que son depresión sin retardación, ansiedad, sensación de irrealidad e ideas hipocondriacas o nihilistas, estas últimas en los campos alo, somato y autopsíquico". (40)

En 1929 Gillespie en su estudio "La diferenciación Clínica de las Depresiones" distingue dos grupos de depresiones; autónomas y reactivas. En las depresiones reactivas existe un factor precipitante de las circunstancias que derivaba en una variabilidad del estado afectivo como reacción a los estímulos intercurrentes. En las depresiones autónomas no se presenta esta

(40) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 197

reactividad y eran muy semejantes a las endógenas de Kraepelin.

En este estudio Billespie incluye dentro de las depresiones autónomas (endógenas) una subdivisión que denominó "depresiones involutivas", con hipocondria, afectos poco pronunciados y pronóstico malo". (41)

La dicotomía endógena - reactiva es la que ha persistido en la clasificación de las depresiones que incluye el que las causas sean congénitas o ambientales.

En esta época hizo aparición la terapia de electroshock o electroconvulsiva con lo que la dicotomía endógena - reactiva adquirió más validez, ya que las depresiones endógenas tendían a responder a esta terapéutica y las depresiones reactivas no.

El creador del psicoanálisis Sigmund Freud (1856-1939) también hizo una importante aportación en lo tocante a la melancolía y la depresión con su ensayo Duelo y Melancolía, que publicó en 1917. En este estudio Freud presenta sus puntos de vista al respecto así como algunas observaciones de su colega Karl Abraham (1877-1925).

Freud utiliza en sus escritos anteriores el término de melancolía para referirse a todos los estados clínicos que el psiquiatra moderno identifica como depresión, pero otras veces se refiere

(41) JACKSON, STANLEY W.: Op. Cit.; P. 197

tan solo a lo que hoy se denominaría depresión psicótica. A veces utilizó el término de depresión como sinónimo de melancolía, pero más frecuentemente como término descriptivo más que como diagnóstico.

Las reacciones que se han establecido durante el siglo XX entre tristeza, duelo y melancolía clínica o depresión parecen surgir a partir del trabajo de Freud. Quien describió estos estados de la siguiente forma:

"Los rasgos distintivos de la melancolía son aflicción profunda, abandono de todo interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición ante cualquier tipo de actividad y disminución del sentimiento de autoestima hasta el punto de autorreproche y el autovituperio que culmina en una delirante expectativa de castigo... Con una sola excepción, estos mismos rasgos los encontramos en el duelo. Está ausente únicamente la perturbación del sentimiento de autoestima pero todas las características son las mismas. La tristeza profunda como reacción ante la pérdida de alguien querido representa el mismo cuadro mental de dolor, la misma pérdida de interés por el mundo exterior -siempre y cuando no recuerde al ser perdido-, la misma pérdida de la capacidad de adoptar un nuevo objeto de cariño (lo que significaría sustituirla), y el mismo desinterés por cualquier actividad que no esté relacionada con pensar en ella. Es fácil darse cuenta de que esta inhibición y circunscripción del ego es expresión de una exclusiva dedicación al duelo que no deja resquicio alguno para otros propósitos u

otros intereses. Sólo porque sabemos explicarnosla esta actitud no nos parece patológica". (42)

Después surgieron teorías psicoanalíticas desarrolladas y revisadas por ilustres personalidades como son Karl Abraham ya mencionado y Sandor Rado (1890-1972).

Otto Fenichel (1898-1946) en 1948, hizo una revisión de las teorías expuestas por estos psicoanalistas en su obra "Teoría Psicoanalítica de las Neurósis". Introduce el tema de la depresión comentando que en "pequeño grado la depresión aparece en practicamente todas las neurósis (al menos bajo la forma de sentimientos de interioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado de la melancolía". (43)

Fenichel destaca en especial la faceta narcisista dependiente que hace a algunas personas especialmente vulnerables a los desórdenes depresivos y coloca la pérdida de la autoestima en el centro del proceso patógeno.

La conceptualización de los términos de melancolía y depresión a lo largo de la historia ha generado distintas hipótesis y teorías que tratan de explicar la etiología del síndrome depresivo que a su vez determinan las medidas terapéuticas.

(42) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 296

(43) FENICHEL, OTTO; 1966; Teoría Psicoanalítica de las Neurosis; Ed. Paidós; Argentina; P. 438

Al mismo tiempo surge la necesidad de definir los límites de los trastornos depresivos originándose las clasificaciones de la enfermedad, que apoyan las teorías y correlacionan o dirigen el tratamiento.

En los tres siguientes incisos, se describen las teorías que han surgido en el presente siglo así como las clasificaciones y síntomas de los estados depresivos, aspectos que son sustantivos en el conocimiento médico para facilitar la realización de un diagnóstico acertado o más cercano a la realidad.

2.1.- TEORIAS DE LA DEPRESION:

Durante el siglo XX han surgido una gran cantidad de hipótesis etiológicas y secuencias patógenas para explicar la melancolía y la depresión. La mayoría de estas explicaciones están frecuentemente basadas en datos psicoanalíticos y psicoterapéuticos. Las explicaciones psicológicas pasaron a ocupar un lugar más importante del que habían ocupado en el pasado, estas explicaciones van desde el desarrollo de la personalidad durante la crianza que trae consigo predisposiciones y problemas de pérdida o disminución de la autoestima. A través de exhaustivos estudios sobre conducta infantil de los que han surgido teorías importantes sobre depresión infantil, hasta estudios con animales que se han aplicado a los desórdenes depresivos de los humanos.

También se han dado argumentos de factores socioculturales como promotores en el desarrollo de la depresión utilizándose para explicar la variación de los desórdenes depresivos, la diferente incidencia en las diferentes culturas y sexos.

Las teorías basadas en la biología han tenido un papel muy importante a lo largo de la historia para explicar los desórdenes depresivos. Durante el siglo XX las investigaciones genéticas han reforzado el argumento del factor hereditario. En décadas recientes ha habido numerosos estudios que sugieren la asociación de diversos cambios endócrinos con los desórdenes depresivos al igual que el campo del metabolismo de los electrolitos como el

sodio, el potasio y el calcio, observándose que la retención del sodio es mayor durante las depresiones que después de la recuperación del episodio depresivo. Especialmente importante han sido los temas relacionados con la hipótesis de la aminobiogena que sugieren que la depresión se asocia con un déficit funcional de una o más aminas neurotransmisoras; se han estudiado ampliamente las catecolaminas (epinefrina, norepinefrina y dopamina) y las aminas indol (serotonina e histamina) y muchas cosas hacen pensar que están seriamente implicadas en la patofisiología de la depresión. Algunos otros investigadores reconocidos como autoridades en este campo concluyen que "Los desórdenes nerviosos parecen ser un grupo de desórdenes neuroendocrino-metabólicos interrelacionados". (44)

Las investigaciones funcionales y orgánicas que han tomado auge en épocas recientes y que ya se mencionaron han puesto de manifiesto un gran número de alteraciones físicas en la depresión pero se considera que estas anomalías son de dudoso significado para explicar la etiología de la depresión. Algunos psiquiatras defienden que ésta es primariamente física y que los factores psicológicos son secundarios aunque pueden determinar el contenido mental de los síntomas y por lo tanto no son la causa.

Apoyan esta hipótesis somatogénica en tres argumentos:

- 1.- El patrón hereditario de las psicosis maniaco depresivas.

(44) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 356

- 2.- La presencia de antecedentes de la depresión antes o coincidiendo con la enfermedad física.
- 3.- La frecuente aparición de la depresión intensa sin precipitante psíquico definido.

A través de la brevisima reseña histórica de la depresión se hace patente la necesidad de dar explicación al comportamiento humano, en este caso a un estado tan común y conocido por todo ser humano. En estas explicaciones se mezclan un sinnúmero de factores que enteractúan para favorecer y determinar un cuadro patológico. Estos factores se han apoyado en forma fraccionada dependiendo de las épocas, modas, influencias socioculturales, corrientes filosóficas, intereses individuales y grupales.

Se ha generado a lo largo de la historia un desfile de teorías para explicar las enfermedades en general y los desórdenes mentales derivando de estas teorías un sinnúmero de medidas terapéuticas para devolver al estado de equilibrio el desequilibrio, es decir alcanzar el principio homeostático.

2.2.- CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS:

La proliferación de categorías clínicas en los trastornos afectivos tiene como principio los antecedentes históricos de la enfermedad y los intentos que se hicieron para clasificarlos y diferenciarlos de otras patologías.

Las bases sobre las que se sustenta la clasificación de los estados depresivos son las distinciones entre lo endógeno y lo reactivo, lo psicótico y lo neurótico, lo fisiológico y lo psicológico, lo vital y lo personal, secundaria y primaria.

En los últimos 30 años la clasificación de los trastornos afectivos del humor o ánimo ha sido uno de los temas que ha provocado mayor polémica. Esta se inició a raíz de los trabajos de Sir Aubrey Lewis (1900-1975) sobre la melancolía a finales de la década de los treinta.

Este investigador sostuvo que las diversas maneras de diferenciar las depresiones eran básicamente equivocadas y que era preferible la perspectiva unitaria. Constató tras un análisis detallado de 61 pacientes que tanto las circunstancias desencadenantes como la sintomatología clínica no permitían la distinción de tipos bien delimitados de la enfermedad depresiva.

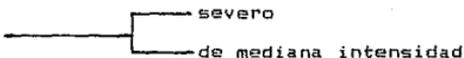
Hoy día la polémica se ha atenuado considerablemente frente a las evidencias genéticas, biológicas y terapéuticas de determinados trastornos afectivos clásicamente denominados endógenos. A

pesar de todo, las formas de clasificar estos trastornos varían dependiendo del poder científico de determinadas escuelas y siguiendo la vieja práctica de atacar e intentar echar abajo el trabajo de sus predecesores, por ejemplo, las distintas escuelas estadounidenses agrupadas en la American Psychiatric Association (APA) ha adoptado el concepto de depresión mayor en lugar del término endógeno, argumentando su escasa operatividad.

En contraparte, las escuelas británicas persisten en su utilización. La OMS en el ICD-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades 10a. versión, 1990) utiliza el término de: Severidad al referirse a las de probable origen biológico y buena respuesta a fármacos antidepresivos y/o terapia electroconvulsiva. Esta clasificación se publica cada 10 años y cada una de ellas es una revisión.

En ésta se da la siguiente clasificación de los trastornos afectivos o del humor; que a pesar de que se inició como una clasificación local, ha demostrado una considerable validez internacional:

1 Episodio maniaco

2 Episodio depresivo 

- 3 Trastorno afectivo bipolar — {
 - maniaco
 - depresivo
 - mixto

- 4 Trastorno depresivo recurrente — {
 - severo
 - de mediana intensidad
 - variable

- 5 Estados afectivos resistentes — {
 - ciclotimia
 - distimia

- 6 Trastornos esquizoafectivos — {
 - tipo maniaco
 - tipo depresivo

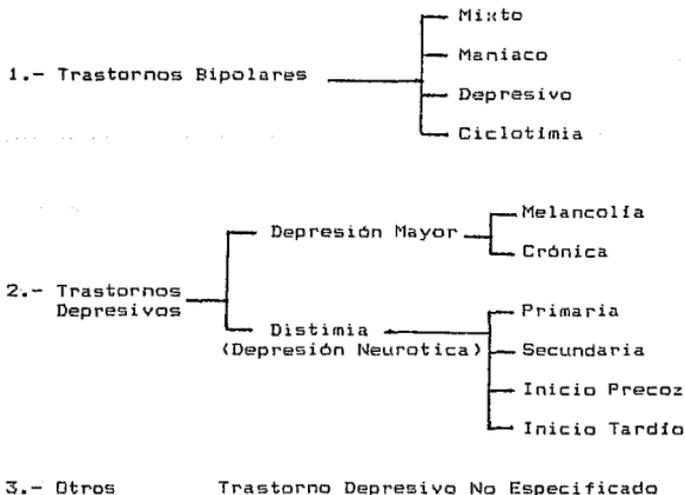
- 7 Otros

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la APA (American Psychiatric Association) ha propuesto 3 clasificaciones de los trastornos mentales, en 1952, 1968 (DSMII) y en 1980 (DSMIII). En su última edición la DSMIII-R corresponde, según lo menciona el Dr. Pierre Pichot Coordinador General de las traducciones española, francesa e italiana, a la propuesta de "Numerosas modificaciones que son relativamente menores y persiguen corregir imperfecciones técnicas y lógicas" (46). En esta edición se mantiene el enfoque general en la clasificación "...de utilizar la etiología como eje de

(46) MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES 3a. Ed. Revisada para la Edición Española; 1a. Edición 1988, Julio; Masson, S.A., Barcelona

clasificación sólo en el caso de que existan pruebas convincentes. En ausencia de tales pruebas, las categorías se agrupan si comparten rasgos clínicos descriptivos importantes". (47)

Se pretende en esta edición, entre otros objetivos, mantener la compatibilidad con los códigos de ICM (International Code of Medicine), evitar nueva terminología y conceptos que rompan con la tradición y evitar los términos que han perdido su utilidad, es por esto que los trastornos afectivos se han denominado trastornos del estado de ánimo y se modificaron criterios diagnósticos como en el caso de la melancolía, quedando la clasificación del DSMIII-R a los trastornos del estado de ánimo de la siguiente forma:



(47) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit.; P. 204

Al margen de la terminología utilizada en las clasificaciones presentadas existe unanimidad en el reconocimiento de formas clínicas de depresión y manía (trastorno bipolar) y se acepta la existencia de dos formas básicas de trastornos del estado de ánimo, el unipolar y el bipolar, la depresión unipolar se suele subclasificar a su vez en tres formas:

- 1.- Depresión mayor (endógena, severa, autónoma) cuya forma más típica sería la melancolía
- 2.- Depresión neurótica o distimia.
- 3.- Depresión atípica (concepto británico) que conjuga síntomas de depresión y ansiedad.

El término psicótico se ha reservado para las depresiones que presentan síntomas delirantes y/o alucinatorios. Cuando la depresión mayor se presenta de forma regular durante un período del año en particular (por ejem. primavera-otoño) se denomina depresión estacional (o patrón estacional).

Los conceptos de primario y secundario aunque poseen escaso valor taxonómico y han desaparecido de las clasificaciones, hacen referencia a la ausencia o presencia, respectivamente, de otras alteraciones psiquiátricas o médicas junto al trastorno del estado de ánimo.

A continuación y con el objeto de ampliar los conceptos y términos presentados en los párrafos anteriores se comentan algunas de las características de los subtipos señalados en la clasificación actual de el DSMIII-R.

1.- Depresiones tipo primario: Depresiones que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica.

1.1.- Depresiones tipo secundario: Se trata de depresiones que están relacionadas con otra psicopatología crónica preexistente diagnosticable como pueden ser toxicomanías, estados de ansiedad, trastornos orgánicos cerebrales de deterioro reversible o irreversible. En todos estos casos existe la necesidad de efectuar un diagnóstico diferencial mediante la utilización de parámetros clínicos, psicométricos, electrofisiológicos y radiológicos apropiados. Puede estar también ligada a enfermedades médicas más o menos sistematizadas como al uso de fármacos depresógenos (corticoesteroides, contraceptivos, hipotensores, barbitúricos) y otras patologías como procesos infecciosos (hepatitis, neumonías), enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson o Huntington), endocrinopatías, enfermedades metabólicas, tumores intracraneales, carcinoma de páncreas, dolor crónico.

2.- Depresiones unipolares y bipolares: Esta división corresponde no únicamente a un criterio clínico ya considerado desde la antigüedad al hablarse de "locura circular" o "locura de doble forma", esta diferencia se basa en la observación de parámetros biológicos y de respuesta terapéutica.

En las denominadas bipolares hay uno o más episodios maniacos; en los que se da una situación de euforia, excitación, hiperactividad, etc.) alternándose con episodios de depresión

mayor. La duración de estas fases varía entre los individuos, dándose la posibilidad de que existan intervalos libres de síntomas entre las fases o bien que se pase de una a otra con rapidez.

La ciclotimia consiste en una alteración crónica en la que también se presenta la alternancia de episodios hipomaniacos y depresivos que no revisten la duración ni la gravedad de la anterior descripción. Los rasgos clínicos son retardo e inhibición psicomotriz de comienzo precoz, es decir aparece en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. No hay información de los factores predisponentes aunque en los antecedentes familiares se observa alta incidencia de manía o de suicidio.

3.- Depresión mayor. Es el tipo de síndrome depresivo en el que se acumulan unas mínimas características de severidad, sintomatología clínica y tiempo de evolución. Puede presentarse como único episodio o recurrente.

El DSMIII-R considera dentro de los trastornos depresivos tres grupos: Episodio depresivo mayor como el prototipo de la depresión franca que presenta un patrón típico y bien definido. Del tipo melancólico y depresión crónica cuyo criterio de duración es de dos años consecutivos sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

4.- Distimia. O neurósis depresiva a la que se le ha dado este término para evitar utilizar el adjetivo neurótico

con connotaciones históricas diversas. Se le denomina a veces depresión menor por contraposición en intensidad, tiempo y otras variables a la depresión mayor.

Con frecuencia se utilizan otras categorías clínicas aplicadas a las depresiones que siguen siendo utilizadas en la práctica diaria y en el lenguaje habitual del médico, lo que caracteriza a estas categorías es que en la actualidad se utilizan meramente como adjetivos que podrían sumarse teóricamente a cada una de las anteriores entidades descritas en la clasificación actual.

Estas categorías descriptivas son:

1.- Depresión Reactiva o Situacional en la que se utiliza un criterio estrictamente circunstancial, es decir, cuando se puede objetivar variables ambientales, personales, psicológicas, etc., que aparentemente desencadenan el cuadro clínico. Este criterio no dice nada acerca de la severidad de la misma o de su estructura semiológica.

2.- Depresión Psicótica. Como ya se mencionó este término se emplea únicamente cuando en el cuadro depresivo hay signos delirantes y/o alucinatorios el cuadro delirante suele estar presidido por el delirio de culpa, ruina o hipocondría y las alucinaciones suelen estar relacionadas con la propia estructura delirante.

3.- Depresión endógena. Este término como se ha podido observar tiene como connotación aquello que es propio del psiquismo del individuo. Este término se utiliza como un adjetivo descriptivo de una estructura semiológica específica. Lo más frecuente es que se presente de forma relativamente automática en la vida del sujeto, sin demasiadas variables ambientales. En la clasificación del DSMIII-R se emplea el término "del tipo melancólico" (depresión mayor).

4.- Depresión involutiva o melancolia involutiva. Hasta hace poco tiempo se consideraba una entidad diferenciada del resto de las depresiones. Aparecen en la involución del individuo, generalmente sin antecedentes depresivos o afectivos anteriores, con alta contaminación de rasgos hipocondriacos y con mayor resistencia al tratamiento. Actualmente el concepto de melancolia involutiva es puramente cronológico.

2.3.- SINTOMALOGIA DEPRESIVA

La aparición de los síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa. El paciente puede demostrar ligera apatía, descenso de su rendimiento habitual, pérdida de apetito e insomnio o necesidad de dormir más de lo habitual. Al cabo de pocos días o semanas, puede aparecer el cuadro clínico completo instalándose esta sintomatología que progresivamente se vuelve cada vez más incapacitante.

Los síntomas más frecuentes sin que por necesidad tengan que estar presentes siempre en todo paciente se describen a continuación:

Disforia.- (humor y estado de ánimo deprimido) Lo que caracteriza a la depresión es un ánimo triste pero no siempre está presente en forma pura ya que puede estar enmascarado por manifestaciones ansiosas y/o equivalentes somáticos. El llanto se dá fácilmente a veces sin que nada especial lo provoque.

Trastornos del sueño.- En general el paciente deprimido duerme menos horas, aunque se puede dar hipersomnias tienen dificultades para conciliar el sueño o se despiertan antes de lo normal. La característica es que el sueño se ve interrumpido a la 2-4 horas de haberlo conciliado con un despertar precoz sin posibilidad de volver a dormir.

Trastornos del apetito.- La anorexia y consecuentemente la pérdida de peso suele estar presente en los cuadros depresivos. Menos frecuentemente se presenta un aumento de la ingesta de forma casi compulsiva.

Aspecto general.- Suelen presentar un aspecto preocupado y cansado, su facie es triste y con ojeras, los movimientos están enlentecidos y su aseo y vestuario descuidados.

Lenguaje y curso del pensamiento.- Es lento y cuantitativamente escaso. El curso del pensamiento da vueltas sobre los mismos temas de matiz pesimista. En ocasiones se presenta bloqueo del pensamiento y pérdida de meta o intención en el lenguaje.

Contenido del pensamiento.- Las rumiaciones depresivas invaden éste. El paciente puede sentirse inútil, pensar que sufre una enfermedad incurable, la muerte y el suicidio son temas presentes y en ocasiones constantes en el pensamiento, los sentimientos de autorreproche, de culpa y autoderogación pueden adquirir el rango de ideas delirantes.

Alteraciones de la percepción.- Por lo regular siempre se presentan en las depresiones mayores con síntomas psicóticos. Las alucinaciones auditivas son las más comunes y su contenido es de crítica y reproche a la conducta actual o anterior del enfermo también se pueden presentar, aunque menos frecuentes, las alucinaciones somáticas de negación del propio cuerpo o que se está pudriendo.

Trastornos de la motricidad.- Los trastornos característicos son de dos tipos situados en polos opuestos:

- a) Inquietud o en algunos casos agitación.
- b) Inhibición y bloqueo.

La inhibición es más frecuente en casos de depresión mayor o del tipo melancólico, donde aparece un enlentecimiento en todos los movimientos y gestos. En casos graves puede llegarse a la postración.

Alteraciones de la atención.- Las alteraciones en la atención y la concentración llegan a incapacitar gravemente al paciente depresivo. Esta condición le perjudicaría a nivel laboral ya sea como riesgo de accidente o como limitación de su trabajo intelectual. Los errores de precisión son frecuentes, haciéndolo sentir inútil. Estas alteraciones pueden llevar al paciente a la incapacidad de leer un periódico, mantener una conversación o ver televisión.

Es posible observar también un déficit en la memoria, especialmente anterograda, pero su carácter es reversible.

También aparece dificultad para aprender y fijar nuevos conocimientos y en general el rendimiento está globalmente disminuido.

Alteraciones sexuales.- Se presenta disminución de la libido y pérdida del interés sexual durante este período, la impotencia,

eyaculación precoz, anorgasmia, etc., son alteraciones habituales.

Molestias somáticas.- A menudo se observan en los consultorios médicos, pacientes que desde hace meses o años recorren consultorios médicos en busca de alivio a sus molestias somáticas, sin que los tratamientos habituales consigan ningún éxito. En la gran mayoría de los casos se trata de neurósisis histéricas o de pacientes que presentan depresiones enmascaradas.

El paciente depresivo se muestra sumamente preocupado por sus molestias siendo las más comúnmente manifestadas:

- Los trastornos del sueño.
- Fatigabilidad.
- Sequedad de boca.
- Disfunción sexual.
- Anorexia.
- Estreñimiento o diarrea.
- Meteorismo.
- Sudoración, especialmente nocturna.
- Dolores crónicos, (musculares y articulares).
- Taquicardia y sensación de angustia precordial.

Se calcula que aproximadamente el 50% de los pacientes depresivos lo son bajo la forma de depresión enmascarada. También es frecuente que se confundan con síntomas puros de ansiedad o hipocondriasis. En estos casos es necesario atender la

sintomatología física ya que un tratamiento exclusivo de psicofármacos o psicoterapia puede dar lugar a que el paciente piense que a pesar de ser tratado, su cuadro sintomatológico no se soluciona, reforzando y convenciendolo de su enfermedad orgánica.

2.4.- ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA DEPRESION

La depresión es un síndrome clínicamente detectable y diferenciable del abatimiento, la tristeza normal o las reacciones de duelo ya que en este síndrome se da un patrón de sintomatología estable que puede ser identificado conforme con los parámetros y criterios que señalan los manuales de diagnóstico internacionales, así como por los fundamentos fisiopatológicos de la neurotransmisión que demuestran que las alteraciones depresivas son producidas por una hipoactividad de la neurotransmisión.

A este síndrome se puede llegar por la conjunción de varios factores y la mayor o menor relevancia de estos factores depende de cada sujeto. De tal forma, los factores genéticos parecen claramente determinantes en algunos sujetos ya que tienden a repetir el cuadro clínico en forma automática y cíclica a lo largo de su vida. En otros sujetos, los desencadenantes ambientales son bastante claros y descartan el componente genético o familiar.

Lo cierto es que en todas las depresiones existen componentes biológicos y psicológicos. Todas las medidas terapéuticas empleadas en la depresión intentan controlarla mediante la modificación de los factores que la determinan.

Bajo este criterio y basándonos en los aspectos históricos de la enfermedad no hay subgrupos delimitados susceptibles de ser

tratados exclusivamente con psicoterapia o exclusivamente con fármacos antidepresivos. Desde tiempos inmemoriales, las medidas psicológicas se consideran coadyuvantes a las terapias físicas y actualmente cualquier teoría que surja sobre la depresión genera una variante en el tratamiento psicológico de tales desórdenes.

Por otro lado siempre ha habido medicación para los deprimidos destinada a estimular, levantar el ánimo del sujeto o a equilibrar el estado en el que se encuentra el paciente. Pero es frecuente que el tratamiento antidepresivo falle porque no se ha cuidado el aspecto psicológico del paciente. Inversamente, muchos síndromes de carácter reactivo o situacional no parecen responder al tratamiento psicológico cuando se emplea de forma exclusiva y sin embargo, responden bien cuando se suma un tratamiento farmacológico.

Las bases terapéuticas empleadas en el tratamiento de los síndromes depresivos pueden dividirse en:

- 1.- Tratamiento farmacológico
- 2.- Tratamiento con electrochoque
- 3.- Tratamiento psicoterapéutico

Se exponen brevemente en este trabajo las nociones básicas de las terapias de electrochoque y farmacológica, en virtud de la extensión que implica la presentación de cada una de estas terapias. En lo que al tratamiento psicoterapéutico se refiere, preferimos no considerarlo en este trabajo ya que el sinnúmero de

corrientes y escuelas psicológicas existentes para su tratamiento representaría un campo de investigación aparte, tratarlas en este punto resultaría incompleto dada la amplitud que este tema abarca.

TRATAMIENTO CON ELECTROCHOQUE (E.C.T.)

Desde la década de 1930 el electrochoque o terapia electroconvulsiva, ha ocupado un lugar importante en el tratamiento de la depresión. Su uso se fue generalizando debido a la evidencia de buenos resultados en diversas áreas de la psicopatología por lo que se ha probado en casi todas las alteraciones psiquiátricas; situación que llevó a su uso en forma indiscriminada al grado de que se consideraba como un mecanismo represor de uso hospitalario.

Hoy día se utiliza menos de lo que se hizo, con indicaciones precisas, siendo en las depresiones donde todavía tiene aplicabilidad.

Su utilización se da en los casos de depresiones psicóticas delirantes, depresiones con alto riesgo de suicidio, cuando la terapéutica farmacológica ha fracasado o los efectos secundarios son o pueden ser graves para el paciente, cuando existen antecedentes de buena respuesta a la E.C.T.

Esta terapéutica de electrochoque se suele relegar como posible alternativa a la psicofarmacoterapia.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Hasta hace aproximadamente 40 años, los únicos tratamientos efectivos en las depresiones severas eran el choque insulínico e el electrochoque. El primero se ha abandonado definitivamente y el segundo como ya se mencionó, sigue manteniéndose como tratamiento de elección en algunos casos.

Puede decirse que debido al descubrimiento de agentes farmacológicos eficaces, que se han ido utilizando en los últimos años con altos porcentajes de éxito, se han abandonado las viejas prácticas terapéuticas.

Los antidepresivos de nuestros días parecen especialmente eficaces, aunque no necesariamente en todos los casos. Su eficacia se muestra en las depresiones asociadas a otra patología médica o psiquiátrica. Las depresiones mayores y las llamadas depresiones enmascaradas responden bien al tratamiento antidepresivo farmacológico.

La historia de la terapéutica farmacológica antidepresiva puede resumirse en tres etapas:

A) A finales de los años 50 se descubrió que los pacientes tuberculosos que eran tratados con derivados de la hidrazina, comprobándose que eran un fuerte inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO), iniciándose a partir de aquí el fundamento del tratamiento farmacológico de las depresiones: los inhibidores de la MAO.

Estos son especialmente indicados en las depresiones mayores, la depresión atípica, los trastornos fóbicos y obsesivos compulsivos entre otros. Estos compuestos conllevan en su uso restricciones dietéticas por lo que el consumo de alimentos tales como el yogur, concentrados de carne, chocolate, habas, hígado, quesos, vino, están prohibidos en el tratamiento con IMAOS, ya que su consumo producen crisis hipertensivas.

B) En una segunda etapa casi simultánea a la anterior se descubrió que la imipramina que se estaba ensayando como antipsicótico, poseía efectos antidepresivos. Estos efectos parecieron ser superiores a los de los IMAOS, al mismo tiempo que producían menos efectos secundarios, lo que hacía que su uso fuera menos complicado, fué así como se desarrollaron los componentes tricíclicos parecidos a la imipramina, con la esperanza de conseguir igualar o mejorar, si esto fuera posible, su efecto antidepresivo con disminución al máximo de los efectos secundarios, sobre todo aquellos que afectan el sistema cardiovascular.

Estos antidepresivos tricíclicos (ADT) constituyen un grupo de compuestos sintéticos cuyo mecanismo de acción consiste en la recaptación de aminas biógenas del SNC. Existe un tiempo de latencia para notar los efectos terapéuticos de estos compuestos, mismo que oscila entre 2 a 6 semanas. Esto es debido a la concentración sérica del fármaco. Esta relación lineal entre la mejoría clínica y la concentración en sangre de los ADT obliga a una estricta vigilancia de las dosificaciones ya que se pueden

dar efectos tóxicos o un empeoramiento del estado de ánimo.

C) En una tercera etapa, se da la creación de nuevos antidepressivos con estructuras químicas diferentes y variadas que ponen en juego distintos mecanismos de acción. El surgimiento de estos nuevos fármacos es obviamente el mejoramiento de la acción antidepressiva y la evitación al máximo de los efectos secundarios. Este grupo es muy heterogéneo ya que no existe una farmacocinética común, podríamos incluir en este apartado los medicamentos conocidos como tetracíclicos o bicíclicos y no IMAOS.

2.5.- EL MERCADO DE ANTIDEPRESIVOS EN MEXICO

El mercado de antidepresivos en nuestro País está compuesto por productos clasificados cuya participación en el mercado es la siguiente:

TRICICLICOS	57%
INHIBIDORES DE LA RECAPTACION DE LA SEROTONINA	24%
INHIBIDORES DE LA MAO	10%
TETRACICLICOS	9%

El mercado ascendió durante 1992 a 8 millones de US. D. y a partir de 1990 el crecimiento de éste ha sido del 27%.

La participación en el mercado de los fármacos comercializados en México es la siguiente:

MARCA	CLASE	% PART.	FECHA DE	LANZAMIENTO
PROZAC	INHIBIDOR DE LA RECAPTACION DE LA SEROTONINA (RIMA)	24.9		1/89
AUROREX	INHIBIDOR MAO	9.4		9/90
TOFRANIL	TRICICLICO	13.5		7/86
ANAFRANIL	TRICICLICO	9.3		4/69
TOLVON	TETRACICLICO	9.2		8/78
EVADYNE	TRICICLICO	8.2		7/73

Como ya se mencionó, no existen grandes diferencias entre la

efectividad de estos fármacos, por lo que los argumentos promocionales están enfocados, sobre todo en los nuevos productos, a la menor incidencia de efectos secundarios y comodidad de dosificación.

Con respecto de los fármacos ya posicionados en el mercado, su principal ventaja es el costo de tratamiento, el cual tiene un precio promedio de 0.40 US.D. contra aproximadamente 1.85 US.D. de los recientemente lanzados.

La prescripción de estos fármacos, de acuerdo al Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades, se focaliza en la especialidad de médicos psiquiatras. (48)

Un rasgo que sobresale en la evaluación del consumidor es que la causa fundamental de la demanda de productos y servicios es de naturaleza psicológica. El abordaje terapéutico de los trastornos depresivos no escapa de esta condición.

El médico al enfrentarse a un paciente que acude a consulta, genera en él necesidades que lo conducen a actuar de diversas maneras ante ese acontecimiento. Estas necesidades (motivaciones) y forma de actuar (realización del diagnóstico y abordaje terapéutico) genera una prescripción que culmina en la compra o demanda de un producto. Siendo estos dos aspectos a los

(48) INDICE NACIONAL DE TERAPEUTICA Y ENFERMEDADES (I.N.T.E.), México; Vol. I; Interdata, México, Junio 1990; P. 11

que nos aproximamos en este estudio a través de la técnica de la entrevista.

3.- EL PROCESO DE LA ENTREVISTA

Existen varias técnicas en la investigación de mercados para evaluar la conducta del consumidor.

La acepción que da Garza Mercado acerca de las técnicas es: "La técnica es también un sistema de principios y normas que nos auxilian para aplicar métodos, pero realizan un valor distinto. Las técnicas de investigación se justifican por su utilidad, que se traduce en la optimización de nuestros esfuerzos, la mejor administración de nuestros recursos y la comunicabilidad de nuestros resultados, la técnica es no más, no menos, que un conjunto de procedimientos y recursos de que se vale una ciencia o un arte." (1)

La entrevista es conceptualizada por José Bleger como "...una técnica de investigación que tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no solo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica." Sustentando esta concepción en el hecho de que la técnica es el punto de interacción (ininterrumpido) entre la ciencia y las necesidades prácticas." (2)

(1) GARZA, M.A.; 1979; Manual de Técnicas de Investigación; El Colegio de México; México, pp.2-3.

(2) BLEGER JOSE, 1980; Temas de Psicología (Entrevista y Grupos), Ediciones Nueva Visión, Argentina, p. 9.

Es a través de esta técnica que obtendremos información acerca de los elementos psicológicos y cognitivos que intervienen en el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos, definiendo abrodaje terapéutico como todas aquellas acciones que se llevan a cabo para la elección de un tratamiento y la elección misma.

En la área industrial y médica o de la salud, la entrevista es una de las técnicas mediante las cuales nos allegamos de información necesaria para cubrir objetivos por lo que en los siguientes puntos se describe su utilización específicamente en la investigación de mercados y en la práctica médica.

3.1.- DEFINICION

La entrevista es una técnica o instrumento muy difundido que entre muchos otros satisface los requerimientos de interacción personal producto de la civilización, por lo que puede tener en sus múltiples usos una gran variedad de objetivos. Es una herramienta imprescindible en el ejercicio de diversas profesiones como el periodista, jefes de empresas, maestros, médicos, jueces, etc. o en el campo de estudio e investigación.

De la entrevista José Bleger dice: "es un instrumento o una técnica de la "práctica" (investigación) con la cual se pretende diagnosticar es decir, aplicar conocimientos científicos que en sí provienen de otras fuentes: la investigación científica" y agrega "no hay posibilidad de una correcta y fructífera entrevista si no se incluye la investigación". (4)

Morgan y Cogger dan una definición muy escueta considerando a la entrevista como un proceso interactivo con un propósito definido que involucra muchos más aspectos de la comunicación que el simple hablar y escuchar. (5)

(4) BLEGER JOSE, OP CIT , p.21

(5) MORGAN HENRY H. Y COGGER JOHN W., 1975; El Manual del Entrevistador, Ed. El Manual Moderno, S.A., México.

Para Nahoum "la entrevista es un intercambio verbal que nos ayuda a reunir datos durante un encuentro de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a preguntas relacionadas con un problema específico". (5)

Las definiciones dadas en los diccionarios se derivan de su procedencia francesa: "entrevoir" que significa verse uno al otro y dan su significado como conferencia, concurrencia o encuentro de dos o más personas cara a cara para tratar un asunto o tema específico.

En conclusión y considerando además que en todo tipo de entrevista intervienen inevitablemente factores o dinamisismos psicológicos, la definición de entrevista podría ser la siguiente:

La entrevista es una forma verbal y no verbal de comunicación interpersonal que tiene como finalidad obtener información en relación con una meta mediante métodos objetivos.

(5) NAHOUM CHARLES, 1966; La Entrevista Psicológica., Ed. Kapeluz., Buenos Aires, Argentina, p.7.

Tanto en el área médica como en la industria, la entrevista es un campo de trabajo en el cual se investiga la conducta de la personalidad de seres humanos. Si no se cuenta con las bases y técnicas de la entrevista, ésta se puede desvirtuar confundiéndosele con otros tipos de intercambio personal que no cubren los aspectos de contenido y finalidad aunque si el aspecto formal, pudiendo quedar en el nivel de una conversación o de un interrogatorio. Es necesario pues que la persona que realiza la entrevista conozca y domine las técnicas de la misma y posea los conocimientos básicos del tema a investigar por medio de la entrevista, así como también la sensibilidad y capacidad para observar, pensar e imaginar. Ya que como lo asienta Blegier "quien no utiliza su fantasía podrá ser un buen verificador de datos pero no un investigador" (6)

En estas dos áreas de investigación en las que la entrevista es fundamental, ésta se convierte, citando nuevamente a Blegier, en "un campo de trabajo en el cual se investigó la conducta y la personalidad de seres humanos". (7).

José Blegier (8) distingue tres tipos de entrevista que derivan del beneficiario del resultado, mismas que son:

(6) BLEGER JOSE, Op. Cit., p.22

(7) BLEGER JOSE, Op. Cit., p.21

(8) BLEGER JOSE, Op. Cit., p.11

- 1.- La psicológica o psiquiátrica que se realiza en beneficio del entrevistado.
- 2.- La que se lleva a cabo con objetivos de investigación cuyos resultados científicos son los importantes.
- 3.- La que se realiza para un tercero.

Cada una de ellas implica variables a tener en cuenta ya que modifican o actúan sobre la actitud del entrevistado y del entrevistador, y sobre el campo total de la entrevista.

En los dos últimos tipos de entrevista se requiere que el entrevistador cree intereses y participación en el entrevistado.

En el aspecto técnico fundamental, la entrevista puede ser de dos tipos: abierta y cerrada. En la entrevista cerrada las preguntas están ya previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas, el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones, a diferencia de la abierta en la que el entrevistador tiene amplia libertad para hacer las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular.

3.2.- LA ENTREVISTA EN LA INVESTIGACION MERCADOLÓGICA

Antes de abordar el uso de la entrevista como técnica en la investigación de mercados, es conveniente tener presente la definición de mercadotecnia para establecer el motivo de la utilización de la entrevista en este estudio.

La mercadotecnia según la American Marketing Association (Asociación Americana de Mercadotecnia) "Es la ejecución de actividades de negocios que dirigen el flujo de bienes y servicios desde el productor hasta el consumidor o usuario".(9)

En otras palabras, la práctica de esta disciplina lleva a las empresas a desarrollar planes estratégicos en la comercialización de sus productos sin perder de vista las necesidades que satisfacen de sus clientes o sus consumidores con sus productos.

Para desarrollar estos planes estratégicos, las empresas requieren información, la cual se integra por medio de instrumentos matemáticos o estadísticos conjugados con distintas disciplinas, entre las que la Psicología surge con un papel relevante.

Es la investigación de mercados el campo de acción en el que el

(9) BERENYL L., Y MONROY, R.E.; 1991; Variables Psicológicas en la Mercadotecnia; Trillas, México, p.18

análisis de la información que realizan diversos profesionistas, es imprescindible en la toma de decisiones para la comercialización de bienes y servicios, y en donde el psicólogo realiza aproximaciones a la conducta de compra, identificando los hábitos, actitudes y motivaciones de los consumidores, entre otras variables psicológicas; conociendo el entorno social, económico, político y competitivo de segmentos y marcas que concurren en un mercado, y que cubren las necesidades manifiestas o encubiertas de los consumidores.

El abordaje terapéutico de los trastornos depresivos como objetivo de investigación de mercados, es susceptible de realizarse a través de las técnicas de investigación de las que se vale la mercadotecnia, mismas que provienen de múltiples campos del saber pero deben de ser conceptualizadas dentro de un marco formal de investigación científica proveniente principalmente de las ciencias sociales.

Ha sido en años recientes cuando los investigadores de mercado han utilizado las técnicas sistemáticas creadas por los psicólogos y sociólogos.

Así mismo se pueden utilizar diferentes enfoques metodológicos acordes con el objetivo y con plena identificación del problema a analizar, sustentando siempre los lineamientos de investigación en el método científico.

En este campo se realizan generalmente dos tipos de investigaciones: la cuantitativa en la que por medio de muestras representativas se cuantifica la información para obtener una proyección estadística.

Los medios más utilizados en la industria farmacéutica por los que se puede recopilar la información en este tipo de estudios son las encuestas que se realizan a través de :

- 1.- Entrevista por correo.
- 2.- Entrevista telefónica.
- 3.- Entrevista personal
- 4.- Paneles de prescripciones *

Y la investigación cualitativa que según Fischer y Navarro (10) es motivacional, basada principalmente en las ciencias de la conducta, permite conocer "el porqué" del comportamiento, "lo que ayuda a entender la naturaleza de sus motivaciones y los frenos psicológicos. Esta investigación no tiene (relativamente) una estructura exploratoria, se basa en impresiones y se realiza entre pequeños grupos de personas que se entrevistarán en grupo o individualmente"

* El Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades es el más importante en la industria farmacéutica, es un estudio continuo de investigación, de edición trimestral, proporciona un perfil

(10) FISCHER, L. Y NAVARRO, A., Op. Cit., p.31

Las técnicas utilizadas en este tipo de estudios son:

- 1.- Sesiones de Grupo
- 2.- Observación
- 3.- Simulación
- 4.- Entrevistas de Profundidad

Las sesiones de grupo y la entrevista de profundidad, son las más empleadas en la industria farmacéutica. En lo que a la observación y simulación se refiere, en este campo se considera que no se deberían de practicar por razones éticas, considerando que la relación médico-paciente se establece unicamente entre ellos.

estadístico de la práctica médica, mediante la recopilación de datos de un panel compuesto por 940 médicos, siete días consecutivos. La muestra se estratifica por región: norte, sur, D.F. y por especialidad.

ENTREVISTA PERSONAL

Es uno de los procedimientos más utilizados en la investigación de mercados para la industria farmacéutica ya que por medio de esta técnica y contando con entrevistadores adiestrados se pueden alcanzar tasas de respuesta del 60 al 75% o en algunas ocasiones mayores. Consiste en la aplicación de un cuestionario estructurado que puede contener preguntas cerradas, abiertas o una combinación de ambas.

Las ventajas más sobresalientes son:

- Flexibilidad en la entrevista, ya que la conversación puede ser guiada por el entrevistador y ampliar, solicitar explicaciones o aclaraciones sobre el tema.
- Obtención de una gran cantidad de información.
- Permite la utilización de material auxiliar gráfico (ilustraciones, tarjeta, material publicitario).
- Es factible de combinarse con la observación.
- Los resultados pueden tratarse estadísticamente para ponderar proyectar estandarizar y validar parámetros estadísticos de la población.
- La interpretación y análisis de resultados se enriquece enormemente con la tabulación.

Las desventajas más importantes son:

- El alto costo involucrado en el que influye el tamaño de la muestra y las localidades o plazas donde se llevará a cabo el estudio.
- Se requiere de un gran número de entrevistadores

capacitados ya que si no están cabalmente adiestrados, pueden desviarse del protocolo distorsionandose el resultado de los datos muestrales.

- La codificación, captura y proceso de los datos en la tabulación es tardada, laboriosa y susceptible de un gran número de errores por lo que se requiere de la utilización de equipo de computación y programas adecuados.

ENTREVISTA POR CORREO

Se selecciona una muestra determinada de medicos a quienes se les envia un cuestionario por via postal para que lo resuelvan y lo devuelvan por el mismo medio. Este cuestionario se acompaña de una carta en la que se explica el objetivo de la entrevista y se motiva al médico a contestarlo.

Tiene como ventajas:

- Acceso a grandes muestras del universo
- Costo bajo o más
- Objetividad de la entrevista

Como desventajas se tienen:

- La falta de cooperación de los entrevistadores con lo cual tiende a disminuir la precisión de la entrevista.
- Rotación de los domicilios de los medicos o errores en los mismos.

La utilización de este método es poco utilizado en la industria farmacéutica.

ENTREVISTA TELEFONICA

Por exigencia del método, se aplica un cuestionario demasiado breve y aunque proporciona resultados rápidos con muy bajo costo, no se tiene la certeza de la autenticidad de las respuestas, lo que representa una desventaja de mucho peso para limitar su utilización para medir niveles de audiencia. En la industria farmacéutica solo se utiliza para ratificar actividades promocionales.

Entre los métodos cualitativos de obtención de datos más utilizados en la investigación de mercados de la industria farmacéutica, como ya se mencionó anteriormente, se encuentran las sesiones de grupo y la entrevista de profundidad.

Por medio del método cualitativo se pretende medir o reconocer los aspectos psicológicos motivacionales que influyen en el médico para prescribir un medicamento. *

Fischer y Navarro, exponen: "De ahí la importancia del enfoque psicológico de las investigaciones de mercado, ya que es a través de este enfoque como se obtiene información acerca de las actitudes (con sus tres componentes: cognoscitivo, afectivo y de comportamiento), percepciones, sensaciones de los consumidores; ésta constituye realmente el porqué compran o dejan de comprar,

* Para mayor información remitirse a la Tesis de Licenciado en Psicología "Un enfoque mercadológico del comportamiento prescriptivo del médico"; Jimenez, A.M., Op. Cit.

diversifican usos, eliminan algunos, etc. (11).

SESIONES DE GRUPO

Esta técnica se utiliza con mucha frecuencia en la industria farmacéutica debido a que sus productos son dirigidos principalmente a médicos quienes por los factores que influyen su comportamiento prescriptivo, se le considera dentro de las investigaciones motivacionales de tipo cualitativo.

Esta técnica tiene como antecedentes al igual que la entrevista a profundidad la psicología y en especial la psicoterapia. Sarason cita al respecto: "...tanto Freud como Rogers, han escrito extensamente sobre la psicoterapia individual, ellos y sus seguidores han insistido en la necesidad de aplicar sus conceptos y metodos a otros aspectos de la vida en un contexto social más amplio. El hincapié de Rogers sobre el autoconocimiento en la psicoterapia ha estimulado el interés en los métodos de grupo...

por vencer las características patológicas ...son de interés para los estudiosos de la conducta. (12)

La dinámica grupal que se da en estas sesiones de grupo permite colocar la información obtenida dentro de un marco de referencia

(11) FISCHER, L.; Y NAVARRO, A.; Op. Cit. p. 120

(12) SARASON, G.I.; 1981; Psicología Anormal; Editorial Trillas; México, pp. 76-77.

social, ya que se traslada a una condición controlada una situación familiar considerando que "la mayor parte de la vida de la gente se desenvuelve en pequeños grupos primarios tales como la familia, grupos de juegos, de intereses y asociaciones en los que la interacción tiene lugar cara a cara en forma íntima y personal. (13)

En la investigación de mercados se desarrolla esta técnica para conocer las necesidades de los consumidores y los factores motivacionales intrínsecos y extrínsecos que intervienen en la decisión de compra. En el campo de la industria farmacéutica esta técnica resulta útil y necesaria para evaluar e identificar los procesos que surgen ante la decisión de prescribir una marca para la terapéutica de determinada enfermedad.

En esta técnica, el papel que juega el moderador es vital, ya que de su habilidad en el manejo de grupos y su dinámica y del conocimiento del tema que se trate, se alcanzarán y cubrirán los objetivos propuestos. Es recomendable, por lo tanto, que quien se encargue de esta tarea sea un psicólogo.

ENTREVISTA DE PROFUNDIDAD

En la investigación de mercados, lo fundamental de esta técnica radica en su utilidad tanto para estudios exploratorios que nos permitan obtener una comprensión previa del problema o definir y

(13) MANN, L.; 1973; Elementos de Psicología Social; Editorial Limusa; México, p.43.

determinar las áreas que deben ser investigadas, así como para obtener información acerca de las motivaciones, inhibiciones, pensamientos, sentimientos, emociones de los consumidores y detectar sus reacciones ante los estímulos que influyen positiva o negativamente en la decisión de compra.

En la industria farmacéutica estos principios se enfocan al médico a quien se le considera el elemento mediador en la comercialización del producto ya que es el quien elige el medicamento o producto que usará el paciente (consumidor final).

Algunos autores como Green y Tull denominan esta técnica como "entrevista no estructurada directa" (14). En virtud de que se lleva a cabo a través de un interrogatorio o un cuestionario inestructurado basado en una guía de puntos. Por medio de este interrogatorio se puede profundizar en los porqués del comportamiento del consumidor para obtener información que proporcione bases que respondan a los objetivos de un estudio de mercado.

Las bases y procedimientos para la utilización de esta técnica, como ya se apuntó las proporciona el área de la psicología, también en la investigación de mercados en la industria farmacéutica por medio de esta técnica se "pretende recoger la

(14) GREEN, P. E.; TULL, S.D.; 1989; Investigaciones de Mercado., Editorial Prentice Hall, Internacional, México.

información y evaluar la conducta sobre la base del comportamiento verbal y no verbal" (15).

Conforme con las características de la entrevista, sus fundamentos, bases y principios, que se han expuesto a lo largo de este capítulo, en el campo de la investigación de mercados, su aplicabilidad es irrefutable.

El proceder en la aplicación de esta técnica se deberá hacer de acuerdo al método clínico utilizado en psicología, según Kraft (16), que adaptándola a este campo y la investigación motivo de esta trabajo sería:

I.- FINALIDAD: Formular el motivo de la entrevista, esto es; comentar sobre el tema que se va a tratar y explicar la finalidad de la información que se va a obtener, siendo muy sutil por aspectos éticos en función al uso del contenido de la misma.

II.- APERTURA: Se lleva a cabo simultáneamente al primer punto, enmarcándose sobre aspectos muy generales del tema a tratar, de este momento depende la cooperación y buena disposición del entrevistado (médico).

(15) SARASON, G.I., 1981 Psicología Anormal, Editorial Trillas, México.

(16) KRAFT, A.M., 1981; Psiquiatría para la Práctica General: Nueva Editorial Interamericana; México, Cap. IV.

III.- RAPPORT: Para lograr este aspecto, entre el entrevistado y el entrevistador debe establecerse desde el inicio un clima cordial y de confianza en donde el total respeto a las opiniones, conocimientos y actitudes del entrevistado antes los tópicos tratados es implícito.

IV.- EMPATIA: Por medio de ella se logra establecer una relación en la que se da la posibilidad de que el entrevistador se identifica o siente en el mismo estado de ánimo que el entrevistado.

V.- CLIMAX: En este momento es cuando se obtiene en forma espontánea la mayor información y es aquí donde se debe hacer énfasis sobre los objetivos trascendentales de la investigación.

VI.- CIERRE: Al cubrir los puntos de la guía y satisfacer los objetivos del estudio, se da por terminada la entrevista, tratando de dejar en el entrevistado la sensación de lo valiosa que fue su aportación para el trabajo que se realizó.

La persona que lleve a cabo la entrevista individual a profundidad debe ser lo suficientemente hábil y profesional para guiar la conversación hacia la obtención de la información requerida para satisfacer los objetivos planteados.

Toda la conversación se debe grabar teniendo presente en todo momento el principal precepto ético de el respeto total al entrevistado, radicando éste en la aceptación y conocimiento de

los objetivos de la entrevista así como de que ésta será grabada.

Las ventajas que tiene esta utilísima técnica en los estudios cualitativos de mercado, son entre otras las siguientes:

1.- Aporta elementos de análisis valiosos en función de respuestas verbales o no verbales sobre puntos importantes de actitudes, motivaciones y hábitos que dirigen el comportamiento del consumidor.

2.- Al grabar totalmente la entrevista y combinarla con la observación y el registro de la conducta no verbal durante la misma, estamos en condiciones de obtener datos relevantes, válidos y confiables de la información que cubre los objetivos de una investigación.

3.- Se puede profundizar en los aspectos más importantes ya que el trabajar con un cuestionario no estructurado o guía de puntos hay mayor flexibilidad para hacerlo.

Las desventajas de esta técnica son:

1.- Alto costo por los instrumentos y elementos utilizados en su realización.

2.- La duración de la entrevista por lo regular puede ser demasiado larga por lo que puede resultar cansada y tediosa para el informante si el entrevistador no mantiene su interés.

3.- La aplicación se limita a muestras pequeñas por las razones anteriores y generalmente es utilizada en estudios de tipo cualitativo .

3.3.- ENTREVISTA MEDICA, PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA

En la práctica médica se cuenta con procedimientos similares a la entrevista como son la consulta y la anamnesis y aunque la técnica de la entrevista procede del campo médico existen claras diferencias.

La consulta se entiende como la solicitud de asistencia técnica o profesional para resolver o dictaminar acerca de una cosa. La entrevista es una forma con la que esta solicitud puede ser satisfecha o atendida.

La anamnesis es una recopilación de datos a través de un interrogatorio, por medio del cual se obtiene una síntesis de la situación presente, e historia del individuo, de su enfermedad y de su salud. Aunque una buena anamnesis se hace bajo los principios que rigen la entrevista, la finalidad es únicamente la recopilación de datos. Este procedimiento es utilizado también en estudios estadísticos o por cumplimiento de reglamentos institucionales.

La anamnesis incluye los datos de filiación, el motivo de la consulta y los antecedentes personales y familiares. En el caso de la entrevista médica el paciente es un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos, por un lado y el médico por el otro. El médico tiene que prever los datos que le son necesarios necesarios sujetándose y limitándose casi siempre a un patrón ya establecido de preguntas. En la actualidad la relación

médico paciente se halla en cierta forma desvirtuada (17) por diversos factores, entre los que resalta el reflejo, por parte de los médicos, de la naturaleza impersonal de la relación médico-paciente.

Por otra parte el médico se siente más cómodo utilizando elementos objetivos (análisis, radiografías, etc.) que utilizando elementos subjetivos como temores, ansiedades, rechazo, agresividad, etc.; o elementos relacionales como la relación de pareja, laboral, familiar y social.

Además el propio paciente muchas veces en forma consciente o inconscientemente, se refugia en los síntomas físicos o efectos de la medicación (aspectos objetivos del padecimiento), evitando de esta forma reconocer o afrontar sus circunstancias psicológicas y de relación que en muchas ocasiones concurren significativamente en su enfermedad, no solo como causa sino también en sus actitudes y conductas frente a la misma.

Es por esto que en la práctica médica se hace necesario tomar en cuenta y utilizar los conocimientos de la técnica de la entrevista y todo lo referente a la relación interpersonal.

A diferencia de estos dos procedimientos, la entrevista psiquiátrica y psicológica intenta el estudio y la utilización

(17) LOPEZ IBOR ALINO, J.J., 1982; La Entrevista Psiquiátrica en Psiquiatría; Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López Ibor Aliño, J.J.; Eds. Barcelona Toray.

del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el especialista durante el tiempo en que dicha relación se extienda. (18)

La entrevista psiquiátrica y psicológica incluye también como partes necesarias de su estructura a la consulta (motivo) y la anamnesis, ya que al recopilarse el motivo de consulta y la filiación (anamnesis) ya pueden apreciarse datos importantes que orientan al especialista sobre el estado psíquico del enfermo.

En la primera entrevista de consulta, que es en la que se plantea el motivo, debe reservarse una parte como entrevista y otra para completar la indagación o los datos que se requieren en la anamnesis.

En virtud de que la labor clínica exige seleccionar y hacer una síntesis de la información recopilada en la anamnesis y la exploración psicopatológica que conformarán la historia clínica.

La elaboración de la historia clínica es la síntesis de la información recopilada en la anamnesis y la exploración psicopatológica por medio de la entrevista. Por lo que no hay que confundir la historia clínica con la historia biográfica del paciente. Para lograr esto es conveniente aplicar, según el momento, enfoques directivos, no directivos, sesiones largas o más breves, entrevistas a solas o con acompañantes, etc. Esto se

(18) BLEGER JOSE; Op. Cit.; p.12

aplica tanto para la anamnesis como en la exploración psicopatológica.

En la tabla presentada en la siguiente hoja se da una guía de los puntos que deben ser considerados en la anamnesis. (19)

(19) Tomada de la revista Tratado de Medicina Práctica Medicine., Psiquiatría I , No. 35., Nov. 1991, 3a. Ed.

Familiar

Genético-hereditaria: diagrama familiar

Ambiental-relacional: familia anterior y familia actual

Composición, vínculos, funcionamiento,
relación afectiva y origen

Personal

Desarrollo psicosomático: embarazo normal o patológico, deseado o no, parto, lactancia, deambulación, locución, control de esfínteres

Síntomas psicopatológicos infantiles: temores, timidez fobias escolares, conductas extravagantes, aislamiento, hiperactividad, enuresis, hurtos, etc.

Escolaridad: rendimiento, actitudes, adaptación, cambios

Formación profesional y situación laboral: niveles alcanzados, rendimientos, cambios de trabajo y motivos, bajas, ambiente de trabajo

Vida sexual y afectiva: información, satisfacción, inhibiciones desarrollo, noviazgos, matrimonio, separaciones, divorcio

Relación social y polos de interés: amistades, vida social y polos de interés: amistades, vida social, deportes, religión y arte. Formas de ocupar el ocio

Consumo de alcohol y otras drogas: especificar claramente tipo, períodos, cantidades y efectos

Influencia de acontecimientos vitales: duelos, abandonos, separaciones, alejamiento de los padres o de los hijos, abortos, mudanzas, emigraciones, paro, jubilación, servicio militar. Influencias por cambios de estación y menstruales

Enfermedades somáticas o psíquicas (a veces no diagnosticadas): diagnóstico, curso, tratamientos seguidos y resultados.

3.4.- TIPO Y TECNICAS DE LA ENTREVISTA MEDICA

El elemento principal de la entrevista sobre el que descansa el éxito y la efectividad como instrumento, es el entrevistador. En su obra sobre el arte de la entrevista Borrel (20) señala como características que debe poseer el buen entrevistador, las siguientes:

Empatía.- o capacidad de entenderse, sintonizar e interactuar con el paciente y los problemas que éste refiere.

Calidez.- que exista proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador, cuya expresión es fundamentalmente a nivel no verbal.

Respeto.- o capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, preservando su forma de pensar y sus valores éticos e ideológicos.

Concreción.- o capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista para que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos y de forma bidireccional.

(20) BORREL CARRIO, M., 1989; Manual de Entrevista Clínica., Barcelona, Doyma.

Se distinguen dos tipos de entrevista:

1.- Directiva o metódica, en la que el médico lleva la iniciativa formal del interrogatorio y pregunta directamente los datos necesarios y oportunos al paciente, quien se limita a dar la información requerida.

2.- No directiva o asociativa, el médico apenas interroga y deja que el relato espontáneo del paciente vaya configurando la entrevista.

Generalmente es necesario combinar ambos tipos de entrevista, por ejemplo para deslindar los datos anamnésticos y de exploración que a veces están mezclados en la información que da el paciente.

En lo que a la técnica de la entrevista se refiere los puntos básicos que hay que tener en cuenta son:

A) Escoger ambiente y situación adecuados. Es preciso contar con un ambiente tranquilo y favorable de modo que los factores de lugar, ruido, tiempo, etc., sean lo más constantes posible. No es lo mismo explorar al paciente solo, que acompañado o en el hospital o consultorio que en su casa.

B) La actitud del especialista debe ser neutra y receptiva, evitando la excesiva familiaridad o desaprobación. Se trata de escuchar y dialogar con el paciente. El entrevistador

en estos casos es en sí un agente terapéutico a través de una entrevista bien planteada. Es conveniente también evitar posturas moralizadoras, o de juez o de aliado del entorno o de compadreo. Las expresiones de filiación tales como "también a mi me pasa" o similares son inoportunas.

- C) Es preciso e importante observar y estar atento a la expresión verbal y no verbal del paciente, es decir tono, modulación e inflexiones de la voz, actitudes y lenguaje corporal, así como a lo que dice y lo que omite.
- D) Procurar que las ansiedades propias no entorpezcan la intervención clínica. El especialista debe ser tolerante ante la angustia y la agresividad del paciente pero esta tolerancia no se debe confundir con una actitud pasiva.
- E) El tiempo que se le debe dedicar a la entrevista influye considerablemente en su eficacia. Hacerla con prisas o sin límites puede restar efectividad. Es necesario aclarar y convenir de antemano la duración de la entrevista, siendo recomendable dedicarle entre 40 y 60 minutos.
- F) El entrevistador o especialista debe poseer un nivel de conocimientos y un grado de madurez suficientes para poderla llevar a cabo en las condiciones señaladas.

En la práctica de la medicina general y psiquiatría, la necesidad de llevar a cabo una exploración psiquiátrica surge en dos casos:

situaciones de urgencia y ante presuntos cuadros psicossomáticos.

Los objetivos de la entrevista de exploración psiquiátrica ante una urgencia son dos:

- a) Efectuar un escrutinio global del caso y
- b) Tomar decisiones sin gran demora.

Bajo estas condiciones por medio de la entrevista se recomienda valorar cuatro puntos fundamentales:

- 1.- El grado o riesgo de autoagresividad o heteroagresividad que puede haber, según los antecedentes inmediatos y anteriores del paciente, su desorganización mental y desajustes sociales.
- 2.- Factores orgánicos que pueden estar contribuyendo en la psicopatología. Debiéndose considerar los factores tóxicos, metabólicos, cerebrales y farmacológicos.
- 3.- La sintomatología predominante y la interacción entre los síntomas.
- 4.- Reacción que puede surgir ante la prescripción terapéutica y diagnóstica por ejemplo, la recomendación de internamiento, tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, La remisión a un psiquiatra. En este punto es importante

exponer de la forma más práctica y asequible las determinaciones tanto al paciente como a los parientes o acompañantes.

Ante un posible cuadro psicossomático o mixto, la entrevista debe ser más amplia ya que a menudo, el paciente no asocia sus quejas físicas a factores psicopatológicos.

En estas situaciones, la mayoría de las veces demanda más de una entrevista. Shochet y Lisansky (21) distinguen tres zonas a cubrir y recomiendan empezar la entrevista indagando los síntomas físicos y el motivo de consulta ya que de esta forma se cumplen las expectativas iniciales del paciente respecto al médico.

Además de que éste último cuenta con la información primaria para acercarse al diagnóstico del padecimiento somático.

Otra área, considerada como neutra que sirve como zona de transición para pasar de la área de diagnóstico médico al diagnóstico psicológico, es la indagación de temas como actividades diarias, hábitos, intereses y gustos, sueño, etc..

(21) Revista Tratado de Medicina Práctica, Medicine, Psiquiatría I., No. 35, Nov. 1991, 3a. Ed.

Y una tercera área en la que el entrevistador o médico debe obtener del paciente los aspectos intra e interpersonales, relevantes para el examen psicopatológico como son el estado de ánimo, ansiedades, temores, esperanzas, actitudes hacia los demás, hacia si mismo, etc.. Estos aspectos pueden ser los más difíciles de abordar ya que generalmente los pacientes muestran resistencias o pueden sumergirse totalmente en esta zona. Es también aquí donde se pone a prueba la habilidad y experiencia del entrevistador para pasar de una área a otra con oportunidad, realizando las conexiones pertinentes y asociativas.

3.5.- LA ENTREVISTA PSICOLOGICA

Aunque los principios y técnicas de entrevista que hasta aquí se han revisado son generales y aplicables a todo tipo de entrevista, existen diferencias y aspectos sistemáticos que marcan las diferencias de aplicación según el propósito con el que se utilice la entrevista como método de investigación.

En el área de la psicología Begler (22) establece que durante la entrevista se estructura, entre los participantes (entrevistado-entrevistador), una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece, siendo el entrevistador el que debe permitir que el campo de la relación interpersonal sea establecido y configurado por el entrevistado. Esto quiere decir que si bien las variables dependen del entrevistado, es el entrevistador quien debe controlar y manipular estas variables, teniendo en consideración los cambios dinámicos que se dan en:

- a) el entrevistador, su actitud, su disociación instrumental, contratransferencias, identificación, etc.
- b) en el entrevistado, la transferencia, estructuras de conducta, rasgos de carácter, ansiedades, defensas, etc.

(22) BLEGER JOSE, Op. Cit., pp. 14-20

c) en la relación interpersonal entre los participantes, el proceso de comunicación (mecanismos de defensa que surgen), ansiedad, etc..

La entrevista psicológica constituye en esencia un procedimiento de observación, en condiciones controladas o por lo menos conocidas, de una parte de la vida del entrevistado.

El encuadre que se le da a la entrevista psicológica dependerá y responderá específicamente al objetivo del estudio, por ejemplo en el caso de selección de personal, orientación vocacional, evaluación de la personalidad de diagnóstico o terapéutico.

4.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION

4.1.- ANTECEDENTES

La Psicología como ciencia de la conducta ha aportado los elementos suficientes para explicar no solo el comportamiento humano sino también de entidades animales y sociales. Esta disciplina ha servido como herramienta para identificar un sinnúmero de conductas y pautas conductuales que al reconocer son de gran utilidad para empresas sociales, de negocios, políticas, ideológicas, de salud, etc..

De entre la gran variedad de actos humanos el comportamiento del consumidor es el eje central sobre el que gira la investigación de mercados, con el auxilio de la Psicología se identifican los hábitos, actitudes y motivaciones de los consumidores, entre otras variables psicológicas, que a través de un proceso sistemático permite conocer el entorno social económico, político y competitivo de segmentos y marcas que concurren en un mercado y que cubren las necesidades manifiestas o encubiertas de los consumidores.

El comportamiento del consumidor ha sido ampliamente estudiado y evaluado sobre todo en mercados de consumo popular, al respecto existe una gran variedad de referencias en la mayor parte de textos de investigación de mercados, de técnicas y estrategias de venta, de publicidad y de mercadotecnia.

En la industria farmacéutica el médico es el que toma la decisión de elección del producto (prescripción) que consumirá el paciente. Este comportamiento prescriptivo del médico es esencial en la obtención de información específica para explorar, instituir, o modificar acciones comerciales para sus productos, y ha sido objeto de frecuentes análisis por parte de las empresas de este ramo. Por esta razón este comportamiento es objeto de frecuentes análisis por parte de estas empresas, llevando a cabo investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que exploran las actitudes, hábitos y motivaciones del médico ante la prescripción de medicamentos en los diversos ámbitos de su ejercicio profesional. En la mayoría de los casos los resultados son considerados confidenciales no sujetándose a publicación, por lo que existen muy pocas referencias bibliográficas que se puedan tomar como antecedentes para este trabajo.

Entre las tesis realizadas por estudiantes de nuestra Universidad, se encuentra solamente una tesis de referencia sobre este tema: "UN ENFOQUE MERCADOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO PRESCRIPTIVO DEL MÉDICO" (1) y sólo tres más sobre la conducta del consumidor: "FACTORES PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE LA MUJER DE LA CLASE MEDIA"(2), "LA SOCIEDAD DE CONSUMO, UNA CRÍTICA PSICO-SOCIAL"(3) y "LA INVESTIGACIÓN MOTIVACIONAL EN LA COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS".(4)

(1) Jiménez, A., M.M.; 1991; UN ENFOQUE MERCADOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO PRESCRIPTIVO DEL MÉDICO, Tesis, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.

Acerca de la Depresión se han realizado infinidad de investigaciones y ha sido un tema ampliamente elegido para la realización de tesis profesionales pero con respecto del abordaje terapéutico solamente se encontró la tesis: "TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DEPRESION" (5).

(2) Garduño, G., Y., 1983; FACTORES PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE LA MUJER DE CLASE MEDIA, Tesis Facultad de Psicología, U.N.A.M., México,

(3) Benitez del R., A., 1976; LA SOCIEDAD DE CONSUMO, UNA CRITICA PSICO-SOCIAL, Tesis, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México,

(4) Rivera, L., T. y Morales, P., M.E., 1982; LA INVESTIGACION MOTIVACIONAL EN LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, Tesis Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.

(5) Carrillo, C., A., 1965; TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DEPRESION, Tesis Facultad de Medicina, U.N.A.M., México.

4.2.- PROBLEMA

Para el lanzamiento de un producto, los ejecutivos de cualquier empresa, requieren información sobre diferentes procesos psicológicos que determinan el comportamiento de compra de los productos que incurren en sus mercados de interés.

En este contexto, la industria farmacéutica necesita conocer cuáles son los factores que dirigen el comportamiento prescriptivo de los médicos, evaluando los determinantes motivacionales, las actitudes, los hábitos y la conducta en general de los médicos en el mercado de medicamentos y en una fase de investigación exploratoria se detecten cuáles son las condiciones para encontrar las mejores situaciones y oportunidades de comercialización de nuevos fármacos.

De este manera, ante la necesidad de un grupo de laboratorios farmacéuticos por conocer cuáles son las condiciones en que se encuentra el mercado de antidepresivos y evaluar en forma cualitativa estas condiciones, solicitó a la agencia de investigación de mercados en la que trabaja la sustentante, un estudio que les permitiera conocer cuáles son estas condiciones por medio del comportamiento diagnóstico, el abordaje terapéutico, tanto farmacológico como psicoterapéutico de los trastornos depresivos y planear sobre estas bases las campañas de lanzamiento para nuevos medicamentos en este segmento para satisfacer las necesidades de un tratamiento adecuado al considerable número de pacientes que acuden a consulta de un

médico.

Con estos antecedentes se plantearon una serie de preguntas que debían de ser contestadas y que permitieran obtener información básica para conocer las probabilidades de éxito y aceptación que se tendrían en el lanzamiento de nuevos antidepresivos, siendo estos cuestionamientos los siguientes:

- Qué potencial por especialidad médica existe en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos?
- En qué se basa o fundamenta este reconocimiento y como consecuencia la instauración de un tratamiento farmacológico?
- Qué diferencias existen entre la depresión y otros trastornos emocionales considerando en forma especial a la ansiedad?
- Cómo realizan el diagnóstico de estos trastornos?
- Qué factores toman en consideración?
- Cuáles son las características de este tipo de pacientes?
- Cómo diferencian un trastorno depresivo de una psicopatología u otra enfermedad?
- Cómo es el tratamiento para pacientes depresivos?
- Qué frenos existen para el tratamiento farmacológico?
- Cuáles son los motivos por los que se adoptaría un nuevo antidepresivo?
- Cuáles serían los atributos del antidepresivo ideal?
- Cuáles son las causas por las que se remite a un especialista?
- A qué tipo de especialista se hace la remisión?

- ¿Cuál es el papel del Psicólogo en este aspecto?

Estas fueron las inquietudes más relevantes planteadas y sobre esta problemática se desarrolló esta investigación teniendo como objetivo general el siguiente:

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LAS OPORTUNIDADES DE MERCADO PARA UN NUEVO ANTIDEPRESIVO; EVALUANDO LA POTENCIALIDAD POR ESPECIALIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, ASI COMO, EL GRADO DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES, HABITOS, MOTIVACIONES Y FRENOS A LA PRESCRIPCION DE LOS MAS IMPORTANTES ANTIDEPRESIVOS; IDENTIFICANDO LOS ATRIBUTOS IDEALES DE UN FARMACO EN ESTE SEGMENTO.

A partir de este objetivo general se plantearon objetivos específicos que serían la base de la guía de puntos a aplicarse en el trabajo de campo, los cuales fueron:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Potencial por especialidades en el mercado de trastornos depresivos tanto en pacientes nuevos, como en control.
- 2.- Clasificación de los trastornos depresivos.

3.- Reconocimiento de estadios leves, moderados o severos en los trastornos depresivos y su diferenciación.

4.- Diferencias percibidas entre depresión y ansiedad.

4.1.- Definición de depresión vs. ansiedad.

4.2.- Síntomas diferenciales entre depresión y ansiedad.

4.3.- Interacción de la depresión con la ansiedad y viceversa.

5.- Comportamiento diagnóstico de los diferentes especialistas ante los trastornos depresivos.

5.1.- Antecedentes familiares

5.2.- Antecedentes personales

5.3.- Síntomas depresivos:

6.- Perfil del paciente:

6.1.- Edad

6.2.- Sexo

6.3.- Nivel socio-económico

6.4.- Actividad

7.- Reconocimiento de los trastornos depresivos ante otras psicopatologías u otras enfermedades en la realización o no de un diagnóstico diferencial.

8.- Tratamiento farmacológico de los trastornos depresivos en:

8.1.- Pacientes nuevos

8.2.- Pacientes bajo control

8.3.- Pacientes hospitalizados
(solo Psiquiatras)

9.- Hábitos prescriptivos:

9.1.- Dosis inicial

9.2.- Dosis de mantenimiento

9.3.- Dosis de supresión

9.4.- Duración del tratamiento

10.- Motivos para la adopción de un nuevo antidepresivo.

11.- Atributos que definen al "antidepresivo ideal".

12.- Remisión a otros especialistas de pacientes depresivos.

12.1.- (Solo Psiquiatras) Número de pacientes que son remitidos por otros especialistas y número de pacientes que llegan directamente a su consulta.

12.2.- Dificultad en el diagnóstico

12.3.- Severidad del problema

13.- Papel del psicólogo en el diagnóstico, las decisiones y apoyo terapéutico del paciente depresivo.

4.3.- PROCEDIMIENTO

Se presentó un proyecto de investigación a las compañías contratantes, mismo que contenía los antecedentes de la problemática a investigar, el objetivo general y específicos, se discutió con los representantes de los laboratorios la técnica a emplearse, (Entrevista Individual a Profundidad, -Face to Face-), quedando aprobados los puntos presentados así como las condiciones en que se realizaría el estudio más los plazos y presupuestos que cubrirían el estudio.

El procedimiento para la selección de los sujetos que integrarían la muestra y el procedimiento para el reclutamiento de los participantes fue el siguiente:

1.- La selección de los médicos a entrevistar se hizo a través de listados de visita médica proporcionados por los laboratorios médicos solicitantes de la investigación que son considerados con una alta potencialidad de prescripción por el número de pacientes que observan en su práctica privada en consultorio al mes.

2.- Las entrevistas individuales a profundidad se grabaron en audiocasete y se transcribieron en todo su contenido

3.- Las entrevistas individuales a profundidad realizadas tuvieron una duración aproximada de 45 a 60 minutos.

4.- Las entrevistas se hicieron exclusivamente a médicos

residentes en el Distrito Federal.

5.- Las entrevistas fueron analizadas una por una y vaciadas a planillas por cada uno de los puntos de la guía utilizada para la realización de ésta.

4.4.- SUJETOS

Los médicos entrevistados para este estudio tuvieron las siguientes características:

Especialidad: Ser Médicos Generales, Psiquiatras, Internistas, Cardiólogos y Reumatólogos residentes en el Distrito Federal.

Se eligieron estas especialidades por considerarseles, de acuerdo con el Índice Nacional de Terapéutica y Enfermedades (1), las que tienen una mayor participación en el mercado de antidepresivos conforme con sus prescripciones.

Otra característica importante de los sujetos fué el volumen de pacientes observados en su práctica privada en consultorio de más de cien pacientes atendidos al mes. Lo cual implica una alta probabilidad de contar entre sus pacientes alguno que presente trastornos depresivos.

Otra variable adicional que se consideró en la selección de los sujetos fue la condición de que atendieran pacientes con trastornos depresivos en su consulta privada en consultorio.

No hubo una selección específica en relación al sexo de los médicos entrevistados, ya que no se considera un aspecto relevante o que marque diferencias en las estrategias de lanzamiento de nuevos productos de los laboratorios farmacéuticos.

(1) INDICE NACIONAL DE TERAPEUTICA Y ENFERMEDADES. International Market México. Madrid. Tomo I, Tabla 7 Septiembre. 1990.

4.5.- MUESTRA:

La muestra de este estudio de tipo cualitativo se considera no probabilística de tipo intencional o selectivo que en investigación de mercados se conoce como muestreo de juicio; su característica principal de acuerdo con Rojas Soriano: "...se utiliza cuando se requiere tener casos que puedan ser 'representativos' de la población estudiada. La selección se hace de acuerdo al esquema de trabajo del investigador". (1).

De esta forma la elección de médicos que la integraron fue de acuerdo al criterio de ser "informantes clave", es decir, se incluyeron médicos residentes en el Distrito Federal que diagnosticaran y trataran pacientes depresivos, esto se evaluó aplicando una pregunta control en la entrevista, antes de la Guía de Puntos.

El perfil de la muestra por especialidades fue la siguiente:

ESPECIALIDAD	No.	%
Psiquiatras	20	35
Médicos Generales	15	26
Internistas	10	18
Cardiólogos	6	11
Reumatólogos	6	11
T O T A L	57	100

(1) ROJAS ,S.R.; 1979; Guía para Realizar Investigaciones Sociales; U.N.A.M., México, p. 129.

4.6.- TECNICA UTILIZADA

Conjuntamente con el grupo de laboratorios contratante se decidió que la técnica idónea para cubrir el objetivo general y los objetivos específicos motivo de este estudio sería la de Entrevista Individual a Profundidad -Face to Face-.

Como se expuso en el capítulo dos de este trabajo, la técnica de entrevista individual a profundidad utilizada en este estudio permite profundizar en los porqués del comportamiento del médico ante el reconocimiento, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos depresivos y obtener por medio de esta técnica información suficiente que proporcione bases que respondan a los objetivos de el estudio en cuestión.

Al aplicar como técnica, entrevistas individuales a profundidad, se cubrió una mayor proporción del universo médico a evaluarse en comparación con cualquier otra técnica utilizada en la investigación de mercados de la industria farmacéutica.

Las entrevistas individuales a profundidad fueron grabadas en audiocasetes, contando con la autorización de los médicos entrevistados para hacerlo de esta forma.

Las entrevistas se desarrollaron con una Guía de Puntos (incluida en el Anexo) realizada por el equipo de trabajo de la agencia de investigación de mercados en base a los objetivos del proyecto y autorizada por los representantes del grupo de laboratorios

contratante.

Las entrevistas se realizaron con personal altamente calificado en la técnica de la entrevista capacitandolo en el aspecto teorico de los trastornos depresivos. Se hicieron prácticas de entrevista para manejo de objeciones.

El análisis de resultados se realizó de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto aprobado, subrayando las diferencias significativas entre las especialidades estudiadas.

4.7.- INSTRUMENTOS

Se les proporcionó a cada uno de los cinco entrevistadores un grabador marca Walkman de Sony y 11 audiocasetes de 60 minutos cada uno más dos de remplazo.

La grabación de cada una de las entrevistas realizadas es sustantiva en la realización de estudios de tipo cualitativo, sin embargo, la Guía de Puntos es el principal instrumento de trabajo para el entrevistador. La elaboración de este instrumento se realiza en función de los objetivos del estudio, cubriéndolos en su totalidad, tomando siempre en consideración los comentarios, sugerencias y aprobación de la empresa que solicita y contrata un estudio de mercado de este tipo a estos aspectos se suma la experiencia del investigador sobre el tema y la técnica a utilizarse.

A continuación se transcribe la Guía de Puntos utilizada para realizar la entrevista individual a profundidad:

GUIA DE PUNTOS

1.- DR.: CUANTOS PACIENTES ATIENDE MENSUALMENTE?

1.1.- Y DE ESTOS, CUANTOS PRESENTAN TRASTORNOS DEPRESIVOS?

1.2.- CUANTOS PACIENTES DEPRESIVOS TIENE EN SU CONSULTA YA BAJO CONTROL, DIGAMOS QUE NO SEAN PACIENTES NUEVOS?, PODRIA INDICARMELO EN TERMINOS MENSUALES?

1.3.- EN ESTE MISMO SENTIDO CUANTOS SERIAN NUEVOS?

2.- EN SU PRACTICA PROFESIONAL COMO DEFINIRIA UD. A LA DEPRESION?

2.1.- EXISTE ALGUNA CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS?

2.2.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) CUAL O CUALES SERIAN?

2.3.- HAY ALGUNA MAS APARTE DE LAS QUE ME HA MENCIONADO? (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO, PROFUNDICE).

3.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) Y DENTRO DE ESTAS CLASIFICACIONES: EXISTEN ESTADIOS LEVES, MODERADOS O SEVEROS?

3.1.- Y EN QUE RADICA LA DIFERENCIA ENTRE ESTOS ESTADIOS DE LA DEPRESION?

3.2.- DR.: DE ESTOS MISMOS ESTADIOS, COMO LOS JERARQUIZA EN TERMINOS DE VOLUMEN DE PACIENTES QUE UD. ATIENDE MENSUALMENTE, POR EJEMPLO: EN DEPRESION LEVE?, EN MODERADA? Y SEVERA?

4. DR.: LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS PUEDEN SER CONFUNDIDOS CON OTRAS PSICOPATOLOGIAS U OTRAS ENFERMEDADES?

4.1.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) CUALES?

4.2.- A QUE SE PUEDE DEBER UNA POSIBLE CONFUSION EN ALGUNAS PATOLOGIAS CON UN TRASTORNO DEPRESIVO? (PROFUNDICE)

5.- DR.: COMO SE DEFINIRIA CLILNICAMENTE LA ANSIEDAD?

5.1.- QUE DIFERENCIA EXISTE ENTRE LA DEPRESION Y LA ANSIEDAD?

5.2.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) CUALES SERIAN ENTONCES, LOS SINTOMAS DE LA ANSIEDAD?

5.3.- EN EL TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS DEPRESIVOS Y/O CON ANSIEDAD; AL INSTAURAR LA TERAPIA PARA LA DEPRESION; SE ELIMINA SIMULTANEAMENTE LA ANSIEDAD O ESTA PERSISTE, PESE A LA TERAPIA MENCIONADA, O VICEVERSA; EXISTE ALGUNA INTERACCION ENTRE ESTOS

DOS TRASTORNOS DR.:

6.- COMO IDENTIFICA O DIAGNOSTICA UD. A UN PACIENTE CON SINDROME DEPRESIVO?

6.1.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) CUALES SON LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES QUE SE TOMAN EN CUENTA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION?

6.2.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) TOMA UD. EN CUENTA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES?

6.3.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) CUALES?

6.4.- (SOLO SI NO SE HA MENCIONADO) QUE ANTECEDENTES PERSONALES TOMA EN CUENTA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION?

6.5.- Y CUAL O CUALES DE ESTOS FACTORES QUE ME MENCIONO ES EL QUE UD. CONSIDERA TIENE UNA MAYOR IMPORTANCIA PARA EL DIAGNOSTICO DE UN TRASTORNO DEPRESIVO?

6.6.- (SOLO SI HASTA AQUI NO SE MENCIONAN: TRASTORNOS DEL SUEÑO, APETITO, CUIDADO PERSONAL O ASPECTO GENERAL, ACTITUD HACIA EL TRABAJO O LA ACTIVIDAD, LENGUAJE Y CURSO DEL PENSAMIENTO, ETC.)

DR.: COMO ES EL CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION?

7.- COMO ES EN GENERAL EL PERFIL DEL PACIENTE DEPRESIVO?

7.1.- EN CUANTO A LA EDAD?

7.2.- EN CUANTO AL SEXO?

7.3.- EL NIVEL SOCIO-ECONOMICO DEL PACIENTE?

7.4.- EN CUANTO A SU ACTIVIDAD?

8.- DR.: PASANDO A LA TERAPEUTICA DE LA DEPRESION, CUAL ES EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO QUE REALIZA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS?

8.1.- EXISTE ALGUNA DIFERENCIA DEL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO QUE REALIZA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL GRADO, O ETAPA DEPRESIVA EN QUE SE ENCUENTRAN?

8.2.- CUAL SERIA O COMO ES?

8.3.- EN ESTE MISMO SENTIDO, COMO ES EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN PACIENTES NUEVOS, ES DIFERENTE DEL INSTAURADO A ENFERMOS QUE ESTAN YA BAJO CONTROL?

8.4.- POR QUE?

8.5.- (SOLO PSIQUIATRAS) Y EN PACIENTES HOSPITALARIOS CUAL ES EL TRATAMIENTO?

9.- EN LA TERAPIA MEDICAMENTOSA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS CON LOS FARMACOS QUE UTILIZA: CUAL ES LA DOSIS INICIAL QUE UD. INDICA?

9.1.- Y CUAL ES LA DE MANTENIMIENTO?

9.2.- Y LA DE SUPRESION?

9.3.- A QUE SE DEBE EL MANEJO DE ESTA DOSIFICACION EN LAS DIFERENTES ETAPAS TERAPEUTICAS DE LA DEPRESION?

9.4.- Y CUAL ES EL PROMEDIO GENERAL DE LA DURACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN SUS PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS?.

10.- DR.: UD. ME HA MENCIONADO ALGUNO(S) FARMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS; CUALES HAN SIDO LAS RAZONES POR LAS CUALES UD. DECIDE PRESCRIBIRLOS?

10.1.- Y DE ESTOS MISMOS MEDICAMENTOS UD. HA ENCONTRADO ALGUNA LIMITACION O DESVENTAJA?

10.2.- UD. HA PRESCRITO SIEMPRE ESTE O ESTOS MEDICAMENTOS EN TRASTORNOS DEPRESIVOS?

10.3.- EXISTE ALGUNA RAZON QUE LO MOTIVARA A CAMBIARLOS?

10.4.- CUAL SERIA O POR QUE?

10.5.- DR.: EXISTE ALGUNA CLASIFICACION FARMACOLOGICA DE PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS?

10.6.- CUAL SERIA ESTA CLASIFICACION?

11.- DR.: CUALES SERIAN LOS MOTIVOS MAS IMPORTANTES QUE LO INDUCIRIAN A ADOPTAR UN ANTIDEPRESIVO NUEVO?

12.- Y PARA UD. QUE CARACTERISTICAS DEBERIA TENER UN ANTIDEPRESIVO IDEAL?

13.- (NO SE APLIQUE A PSIQUIATRAS) REGRESANDO UN POCO A LA IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS; QUE NUMERO APROXIMADO DE LOS PACIENTES QUE DIAGNOSTICA CON DEPRESION, LOS REMITE UD. A OTROS ESPECIALISTAS?

13.1.- CUALES SON LAS CONDICIONES QUE UD. OBSERVA EN LOS PACIENTES PARA QUE SEAN REMITIDOS A OTROS ESPECIALISTAS?.

13.2.- A QUE TIPO DE ESPECIALISTA REMITE UD. A ESTOS PACIENTES?

14.- (APLIQUESE SOLO A PSIQUIATRAS) REGRESANDO UN POCO A LA IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS; QUE NUMERO APROXIMADO DE LOS PACIENTES, SON REMITIDOS A UD. POR OTROS ESPECIALISTAS?

14.2.- Y CUAL ES EL NUMERO DE PACIENTES DEPRESIVOS QUE LLEGAN DIRECTAMENTE A SU CONSULTA?

14.3.- CUALES SON LOS ESPECIALISTAS O QUE TIPO DE MEDICOS LE REMITEN CON MAYOR FRECUENCIA PACIENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS?

14.4.- CUALES CONSIDERA SON LOS FACTORES POR LOS CUALES, A UD. LE SON REMITIDOS, PACIENTES DEPRESIVOS?

15.- (APLIQUESE SOLO A PSIQUIATRAS) CUAL ES EL PAPEL QUE JUEGA EL PSICOLOGO EN LA TERAPEUTICA DE LA DEPRESION?

15.1.- Y QUE OPINA UD. DE ESTO?

15.2.- COLABORA CON UD. ALGUN PSICOLOGO?.

Esta Guía de Puntos se aplicó en su totalidad dándosele libertad al médico de ampliarse en cada punto de acuerdo con su experiencia o manifestar sus puntos de vista, comentarios o vivencias profesionales siempre y cuando no se desvien del punto a tratar o se consideren irrelevantes.

4.8.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Cada una de las entrevistas individuales se transcribieron en su totalidad realizando notas al margen de las modulaciones o inflexiones de la voz que se detectaran en forma relevante y considerando las anotaciones hechas por los entrevistadores acerca de las actitudes, conductas no verbales u observaciones de los entrevistadores.

Se clasificaron de acuerdo a la especialidad y por pregunta las respuestas dadas por los médicos entrevistados a cada una de las preguntas contenidas en la Guía de Puntos de tal forma que se integraron paquetes por cada una de las preguntas y por cada una de las cinco especialidades médicas seleccionadas para este estudio.

Así, para la pregunta número 1 de la guía de puntos se agruparon todas las respuestas dadas por los médicos generales, otro grupo para las respuestas de los psiquiatras, otro para los internistas, etc. .

Con los datos anteriores se analizó la tendencia general por especialidad y se observaron las diferencias significativas entre los mismos. A las respuestas numéricas recibidas, se les dió tratamiento estadístico unicamente en el sentido de representaciones porcentuales de la muestra investigada.

En estudios motivacionales de tipo cualitativo, las tendencias

que se encuentran, son susceptibles de representarse numericamente, pero al tratarse de un muestreo no probabilístico, estas representaciones no deben extrapolarse al universo ya que sólo aportan datos de suma importancia a cuestionamientos exploratorios del porqué de una conducta en específico, tratándose de este estudio el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos, considerando que para conocer como llega el médico general o el especialista a la selección y elección de la terapéutica anteceden a este punto conductas previas como son el reconocimiento y la realización de un diagnóstico, diferencial o no de dichos trastornos. Estas conductas previas son los aspectos medulares de la presente investigación ya que estas están regidas por motivos, hábitos, actitudes y aptitudes individuales de los médicos.

Las diferencias encontradas entre cada uno de los grupos de especialidades médicas se subrayan en el análisis.

5.- RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados obtenidos en la investigación motivo de este trabajo y que consideramos cubren el objetivo general propuesto, se condensan en 7 puntos que a continuación se exponen.

5.1.- POTENCIAL POR ESPECIALIDADES EN EL MERCADO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS TANTO EN PACIENTES NUEVOS, Y BAJO CONTROL.

Para determinar la potencialidad u oportunidad que representan los distintos especialistas en el mercado de depresión ubicamos en primera instancia el volumen de pacientes atendidos en la práctica profesional de los médicos entrevistados. Indagando después cuántos de ellos se diagnostican con trastornos depresivos y en función de esta patología ubicamos el volumen de nuevos enfermos y pacientes bajo control terapéutico en depresión.

De esta manera nos encontramos que el 20% de los médicos generales entrevistados refirieron tratar de diversas enfermedades a más de 200 pacientes al mes, 20% más entre 41 a 60 y 20% de 21 a 40.

De estos, 47% de los médicos generales afirmaron que atendían pacientes depresivos en un rango de 1 a 10 al mes y de 11 a 20 el 40%.

60% manifestaron tener pacientes depresivos bajo control entre 1 a 5 y un 27% consideran que tienen de 6 a 10 pacientes en esta condición.

En relación a pacientes nuevos con trastornos depresivos el 60% manifestaron que eran de 1 a 5 al mes, el 20% de 11 a 15 y 13% dice que la población es fluctuante en esta enfermedad indicando no recordar con exactitud el número de pacientes nuevos en trastornos depresivos.

Como podemos observar esta especialidad tiene un alto potencial por el volumen de pacientes que tratan en general con distintas patologías, si bien las cifras de pacientes depresivos, no son muy altas éstas nos permiten estimar que existe oportunidad en este segmento de mercado para productos antidepressivos sobre todo en pacientes depresivos, que son diagnosticados por primera vez en esta entidad patológica, donde por lo menos en uno al mes se puede adoptar un fármaco nuevo como una mejor alternativa cubriendo las necesidades de innovación o logros de obtener mayor experiencia con medicamentos recién introducidos al mercado.

35% de los psiquiatras manifestaron atender de 10 a 20 pacientes al mes con enfermedades susceptibles de ser manejadas en su ejercicio médico, 15% citaron un volumen de 41 a 60, 15% de 21 a 40 y 10% a más de 200, al igual que de 61 a 100 y de 61 a 80.

Consideraron 20% de ellos que de 11 a 20 presentaban trastornos depresivos, 25% citaron un rango de uno a 10 y 15% de 51 a 60 al

igual que de 21 a 30.

Aceptando que los mayores rangos en pacientes depresivos se encuentran en aquellos que ya están bajo control como lo podemos ver en la siguiente tabla:

De 11 a 20 Pacientes	30%
De 6 a 20 Pacientes	30%
De 21 a 30 Pacientes	20%
De 50 a 56 Pacientes	05%

Mientras que los pacientes nuevos con depresión los rangos por volúmen de pacientes fueron más bajos:

De 1 a 5 Pacientes	60%
De 11 a 15 Pacientes	10%
De 16 a 20 Pacientes	10%
De 26 a 30 Pacientes	10%

Si bien, los psiquiatras por el tipo de ejercicio profesional son los más susceptibles de tratar pacientes depresivos la oportunidad para un producto nuevo con ellos, radica en un cambio de actitudes para modificar de alguna manera la lealtad a la marca que pudiera tenerse en el tratamiento de pacientes bajo control pues en esta situación terapéutica es en donde se tiene un mayor volúmen de pacientes con este trastorno psicológico.

En relación a los internistas nos encontramos que 20% manifestaron observar a más de 200 pacientes al mes en general, 20% de 41 a 60 y 20% de 10 a 20.

De estos los pacientes depresivos que atienden mensualmente van de 1 a 10 (40%), de 41 a 70 (20%) y de 11 a 20 (20%).

Siendo controlados de 1 a 5 (30%) de 31 a 40 y de 6 a 10 (20%).

En cuanto a nuevos pacientes manifestaron que 50% de los internistas que veían de 1 a 5 y 20% de 16 a 20.

Aparentemente, la tendencia de estos especialistas en función a volúmen de pacientes y atención de pacientes depresivos es muy similar a la de los médicos generales, presentando por ende las mismas oportunidades: volúmen de enfermos y posibilidad de prescripción en pacientes nuevos.

Por otra parte, los cardiólogos, 33% de ellos indicaron ver entre 21 a 40 pacientes al mes con trastornos que caen bajo su especialidad. Y 17% mencionaron los siguientes volúmenes: más de 200, 181 a 200, 101 a 120 y 41 a 60.

De ellos 67% afirmaron tratar pacientes depresivos de 1 a 10 y 17% entre 11 a 20, el resto faltante de 21 a 30.

Estando bajo control de 1 a 5 (50%) de 11 a 20 (33%) y de 21 a 30 (17%) siendo solamente nuevos de 1 a 5 al mes (83%).

Los reumatólogos argumentaron observar pacientes con patologías propias de su campo profesional entre 41 a 60 (50%) 81 a 100 (33%) y más de 200 (17%).

Pacientes con trastornos depresivos bajo control fueron referidos de 1 a 5 por el 50% de los reumatólogos, 33% dijeron de 11 a 20 y 17% de 31 a 40; y como pacientes nuevos se manifestó por el 83% de estos especialistas un número de pacientes que van de 1 a 5.

Estas especialidades resultan ser una oportunidad en el mercado de depresión, tanto por el volumen de pacientes como por el número de enfermos depresivos que observan en su consulta. Sin embargo, es probable que sus hábitos y actitudes a la prescripción de antidepresivos sean muy arraigados; reforzando esta inferencia los rangos de pacientes que están bajo control.

POTENCIAL POR ESPECIALIDADES EN EL MERCADO DE TRANSTORNOS DEPRESIVOS,
TANTO EN PACIENTE NUEVOS, COMO EN PACIENTES BAJO CONTROL

	PACIENTES % POR MES	PACIENTES % DEPRESIVOS	PACIENTES % BAJO CONTROL	PACIENTES % NUEVOS
MEDICOS GENERALES	20 21 - 40	47 1 - 10	60 1 - 5	60 1 - 5
15	20 41 - 60	40 11 - 20	27 6 - 10	20 11 - 15
	20 + 200			13 VARIABLE
PSIQUIATRAS	35 10 - 20	25 1 - 10	30 6 - 20	60 1 - 5
20	15 41 - 60	20 11 - 20	30 11 - 20	10 11 - 15
	15 21 - 40	15 21 - 30	20 21 - 30	10 16 - 20
	10 61 - 80	15 51 - 60	5 50 - 51	10 26 - 30
	10 81 - 100			
	10 + 200			
INTERNISTAS	20 10 - 20	40 1 - 10	30 1 - 5	50 1 - 5
10	20 41 - 60	20 11 - 20	20 6 - 10	20 16 - 20
	20 + 200	20 61 - 70	20 31 - 40	
CARDIOLOGOS	33 21 - 40	67 1 - 10	50 1 - 5	83 1 - 5
6	17 41 - 60	17 11 - 20	33 11 - 20	
	17 101 - 120	16 21 - 30	17 21 - 30	
	17 181 - 200			
	17 + 200			
REUMATOLOGOS	50 41 - 60	NO NO	50 1 - 5	83 1 - 5
6	33 81 - 100		33 11 - 20	
	17 + 200		17 31 - 40	

5.2.- CLASIFICACION EN LA PRACTICA DE LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Al solicitar a los médicos entrevistados la definición de la depresión, ofrecieron como respuestas las explicaciones de conocimiento popular sobre un estado de ánimo, en el que se observa tristeza, abatimiento, apatía, inseguridad, temor o miedo, en comparación con los psiquiatras la definiciones dadas por la mayoría de los médicos resultan muy escuetas y pobres.

En forma similar y uniforme, los médicos generales describen a la depresión como una alteración psíquica, algunos la relacionan con trastornos de tipo fisiológico, o con un estado de ánimo abatido por los problemas que rodean a un sujeto o con la misma enfermedad o síntomas por los que acuden a consulta.

Los cardiólogos ofrecieron definiciones con la misma orientación y con una actitud más reservada. La describen como una alteración en el estado de ánimo en el que hay tendencia a la preocupación, sensación de incomodidad e inadaptabilidad.

De igual forma los reumatólogos e internistas describen a la depresión como un trastorno emocional en el que se disminuye el talante, con tendencia a la tristeza y abatimiento generalizado con repercusiones en sus actividades cotidianas. También se observó, en estos especialistas que las respuestas dadas son más en base a un criterio personal que en un amplio conocimiento.

La cara contraria la ofrecen en sus descripciones los psiquiatras, quienes hacen una descripción más detallada de los síntomas más frecuentes y la apariencia física de los sujetos que la padecen. Por lo general y en su mayoría describen el cuadro clínico de la depresión, considerándola como una enfermedad que tiene una gran incidencia en la población.

En lo que a la clasificación de los trastornos depresivos se refiere, los psiquiatras son los que manifiestan tener un conocimiento más amplio de ellas aunque no hacen una presentación formal ordenada o cronológica de las mismas, haciendo mención de la mayoría de ellas a lo largo de la entrevista.

Hicieron mención con más frecuencia de la clasificación que se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico 3a. versión revisada DSM-3R de la OMS en lo que se refiere a Salud Mental y la clasificación internacional de enfermedades ICD-10. Dieron la explicación y diferenciación de las depresiones endógenas, exógenas, mayores, menores, bipolares y unipolares, de depresiones secundarias, depresiones psicóticas y neuróticas, depresiones reactivas e involutivas y las enmascaradas.

En este mismo tópico los médicos generales no reconocen la existencia de alguna clasificación de los trastornos depresivos aparte de la endógena y exógena, generalmente la clasificación la hacen conforme a los estadios de la enfermedad: leve, moderada y severa. Mencionan en forma aislada las depresiones ansiosas o de angustia considerándolas un trastorno psiquiátrico más grave.

El resto de los médicos; reumatólogos, cardiólogos e internistas reconocen que debe de existir alguna clasificación pero únicamente mencionan la clasificación de endógena y exógena o lo que recuerdan de sus clases en la Facultad de Medicina.

Entre los reumatólogos se dieron menciones aparte de la endógena y exógena, de depresiones fisiológicas o enmascaradas, depresión mayor y menor y reactivas.

Se pudo observar que las definiciones más ricas conceptualmente, al igual que las menciones más completas de las clasificaciones para la depresión son hechas por los Psiquiatras, mientras los demás especialistas, incluyendo al Médico General, son más simples o describen aspectos situacionales o sintomáticos de los pacientes sin una mayor profundidad cognoscitiva y teórica de esta patología.

Lo anterior es aún mas notorio en la condición de las clasificaciones, las cuales sólo son reconocidas en la mayoría como endógenas, exógenas, algunos en primarias y secundarias, y otros en reactivas o enmascaradas (reumatólogo), mencionándose otras más, sin una estructura formal de clasificación.

En lo que se refiere al reconocimiento de estadios leves moderados y severos en los trastornos depresivos existe consenso entre los médicos generales, de la existencia de estos tres niveles en el padecimiento de los trastornos depresivos. La

diferenciación clínica entre los mismos la basan en la intensidad y variedad de los síntomas.

Entre las opiniones vertidas sin profundizar mucho debido, probablemente, al poco conocimiento que tienen de esta enfermedad, manifiestan que la diferencia entre estos estadios radica en el grado de afectación o alteración de "su vida de relación", consideran desde el aspecto físico de la persona hasta trastornos severos como el intento de suicidio, así como la capacidad del individuo para asimilar y resolver sus problemas.

Los psiquiatras son más precisos en la diferenciación y el reconocimiento de los estadios de la depresión, proporcionando ejemplos para explicarlos. Esta diferencia descansa principalmente en bases cualitativas, de grado o intensidad de la sintomatología que presentan y la presencia del riesgo suicida. El reconocimiento depende de la historia clínica del paciente así como de la estructura de la personalidad del sujeto.

Sobre estos fundamentos, los psiquiatras consideran en un estadio leve a las depresiones reactivas o exógenas, pueden ser incluso tratadas sin medicamentos. Normalmente pacientes con una depresión leve no llegan a su consulta, aún cuando reconocen que es el padecimiento más extendido entre la población.

Las depresiones leves que atienden por lo general se resuelven con psicoterapia, aunque algunos de ellos mencionaron que en muchas ocasiones ameritan de utilizar medicamentos porque la

sintomatología es molesta para el paciente.

Los pacientes deprimidos que ven en consultorio con mayor frecuencia son los que se incluyen en los estadios de moderada y severa que ya requieren del apoyo de medicamentos. Son menos los pacientes en los que hay necesidad de internación hospitalaria, para tener un mayor control o vigilancia del riesgo suicida.

En términos de volumen de pacientes, aquellos con depresiones leves son proporcionalmente mayor a los que se atienden con cuadros moderados o severos.

Consideran que la mayoría de los pacientes sólo acuden a consulta psiquiátrica cuando han agotado los recursos en cuanto a consulta a nivel de medicina general y son canalizados a un especialista.

La mayoría de los médicos entrevistados coinciden en que en toda enfermedad se presenta o conlleva un estado depresivo como consecuencia de la misma.

Razón por la cual entre los cardiólogos los casos de depresión leve son los que en mayor proporción se presentan. En forma general, si llegan a detectar o sospechas que algún paciente presenta síntomas de depresión moderada o severa los refieren con un especialista.

Sin tratar de ser este, un estudio cuantitativo, nos permitimos tabular las menciones sobre el volumen de pacientes atendidos mensualmente por los 57 médicos entrevistados para de alguna manera ilustrar las tendencias y oportunidades de este mercado en función a los estadios de depresión.

En general, todos los especialistas atienden más casos de depresión leve, seguidos por moderada y en muy poco grado severa.

Por volumen de pacientes 53% de los médicos generales (8) refirieron atender de 1 a 15 pacientes mensuales con depresión leve, 60% (9) de 1 a 5 con moderada y 80% (12) refirieron un paciente en severa, es claro que el mayor rango de pacientes se encuentran para el médico general en depresión leve.

Los psiquiatras refirieron de 1 a 15 el 40% (8) en depresión leve y seis de ellos (30%) citaron no ver ninguno en esta etapa ya que atienden a la mayoría en las etapas de moderada y severa. Específicamente en moderada 7 (35%) mencionaron atender en un rango de 6 a 10 pacientes al mes y 5 (25%) de 1 a 5 y en severa 50% (10) refirieron de 1 a 5.

20% de los internistas (2), aducen que atienden pacientes con depresión leve en un rango de 1 a 5 , 30% (3) ninguno en moderada y de 1 a 5 comentaron también 3 de estos médicos entrevistados; mientras que en severa y 4 de ellos (40%) refirieron no atender a ningún paciente en esta etapa y 30% (3) señalaron sólo ver uno al mes.

Los cardiólogos tratan un buen número de pacientes en la fase leve, ya que 33% (2) mencionaron ver a más de 100 al mes y 50% (3) de 1 a 15; por otra parte, tres de ellos (50%) y 83% (5) afirmaron no tratar a ninguno ni en moderada ni en severa, respectivamente.

Finalmente, tres reumatólogos (50%) citaron atender pacientes en depresión leve en un rango de 1 a 5 al mes, siendo también dos (33%), los que ubicaron este mismo volumen de pacientes en moderada y severa; destacándose en ésta última etapa otros dos reumatólogos que aceptaron "no tratar ningún paciente" en la condición de depresión severa.

VOLUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN MES CON:

	%	DEPRESION LEVE	%	DEPRESION MODERADA	%	DEPRESION SEVERA
MEDICOS GENERALES 15	53	1 A 15	60	1 A 5	80	1
PSIQUIATRAS 20	40 30	1 A 15 NINGUNO	35 25	6 A 10 1 A 5	50	1 A 5
INTERNISTAS 10	20	1 A 5	30 30	1 A 5 NINGUNO	40 30	NINGUNO 1
CARDIOLOGOS 6	33	+ 100	50 50	1 A 5 NINGUNO	83	NINGUNO
REUMATOLOGOS 6	50	1 A 5	33	1 A 5	33 33	1 A 5 NINGUNO

ANEXO II

5.3.- COMPORTAMIENTO DIAGNOSTICO DE LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS ANTE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

El comportamiento diagnóstico para efectos de este trabajo se interpreta como la conjunción de ciertas actividades que debe realizar el médico para determinar el padecimiento que sufre cada uno de sus pacientes, debe por lo tanto poseer un amplio conocimiento para poder identificar y diferenciar síntomas, síndromes y enfermedades así como conocer cuáles son las áreas auxiliares que debe de investigar o de las que debe de valerse para establecer un diagnóstico correcto.

Para todos los médicos entrevistados la identificación de un paciente con un síndrome depresivo, la obtienen a partir de los síntomas que refiere en consulta, el aspecto físico del mismo y su actitud. Así como la información que puedan obtener al indagar sobre el núcleo familiar y sobre su persona.

La gran mayoría de los médicos entrevistados concuerdan en que el padecimiento de un trastorno depresivo se patentiza desde la entrevista de la primera consulta, aunque se pudo observar por sus respuestas que, dependiendo de la especialidad que tenían, el interés primordial es atender el malestar por el que acuden a la consulta, si al realizar la auscultación física del paciente no se encuentran indicios de alguna irregularidad o confirmación en los estudios de gabinete realizados y si a pesar del tratamiento dado no hay remisión del malestar por el que acudió el paciente a consulta pueden confirmar la presencia de un trastorno de tipo

psicológico.

Entre los cardiólogos se confirma esta observación cuando afirman que muchas de las depresiones se manifiestan o "hablan un lenguaje cardiovascular" y hay un estado depresivo que empieza con palpitaciones, astenia, adinamia, con cansancio. "...es un estado depresivo porque no encontramos nada."

En el caso de los psiquiatras la realización del diagnóstico se cumple a través del interrogatorio y la historia clínica que son reforzadas por las observaciones que se hacen sobre el lenguaje corporal, verbal, aspecto físico y las actitudes del paciente que acude a consulta. Ninguno de los médicos psiquiatras entrevistados refirió realizar estudios de gabinete para confirmar sus diagnósticos en pacientes con trastornos depresivos.

5.3.1.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Con respecto de la investigación del área familiar escasos son los médicos que consideran en forma secundaria o no importante los antecedentes familiares en la evaluación clínica.

Entre las especialidades se notan diferencias con respecto de este criterio ya que mientras para los cardiólogos estos antecedentes deben ser considerados, puesto que muchas veces los cuadros depresivos son debidos y reforzados por conflictos o

problemas familiares o interpersonales, manifestándose en la persistencia o agudización de los malestares cardiovasculares a pesar de las terapias aplicadas.

Para los internistas este aspecto es poco relevante dando más peso a otros antecedentes como pueden ser el tiempo de padecimiento de la enfermedad por la que se le trata a un paciente, la gravedad de la misma, el grado de incapacidad que ésta le provoca y la forma en que incide en su vida cotidiana.

Para los psiquiatras principalmente y la mayoría de los médicos generales y reumatólogos, concuerdan en que, es importante conocer la dinámica familiar y el papel que el paciente juega en la misma ya que este aspecto puede ser relevante en el pronóstico del padecimiento.

Principalmente los psiquiatras se remiten a los antecedentes familiares ya que consideran que en muchas ocasiones los trastornos depresivos pueden ser hereditarios o ser patrones de conducta aprendidos.

Dentro de este punto casi todos los médicos opinan que la depresión en gran parte está originada por la pérdida de familiares cercanos. Los médicos internistas, generales, cardiólogos y reumatólogos opinan que entre las causas principales de depresión se deben a la desintegración familiar, a los rompimientos amorosos, divorcios, problemas conyugales o económicos, deudas.

5.3.2.- ANTECEDENTES PERSONALES

Los antecedentes personales a juicio de todos los médicos, sin excepción, deben ser considerados en la elaboración de la historia clínica del paciente, la orientación en la indagación de éstos está dada por la especialidad que profesa el médico que la elabora. Consideran que es igualmente importante obtener datos personales en cuanto a su trayectoria laboral, pasatiempos, toxicomanías, tipo de enfermedades que padece o ha padecido con cierta frecuencia, tratamientos recibidos con psicofármacos etc..

Bajo este criterio, los psiquiatras expresan que junto con los antecedentes familiares es básico, la historia clínica que se hace, debe ser una historia médica integral considerando en ella el desarrollo de la vida del sujeto, los eventos que pudieran ser precipitantes en una depresión y por supuesto si hay antecedentes de depresión en la familia, en este aspecto se indaga si ha padecido depresiones anteriores, la duración de estos períodos, la frecuencia, etc.. Deben también de considerarse los rasgos de personalidad ya que son decisivos para diagnosticar, se investigan adicciones, de igual forma se toman en cuenta la apariencia física del sujeto, su comportamiento en consulta y el lenguaje corporal y verbal.

En las especialidades de reumatología y cardiología, la indagación de los antecedentes personales se enfocan más a la relación o influencia que estas características personales tengan sobre el padecimiento que están tratando.

9.3.3- SINTOMAS DEPRESIVOS.

La sintomatología que refiere el paciente es la información elemental y primordial para poder formular el cuadro clínico y establecer un diagnóstico veraz de los trastornos depresivos y de cualquier enfermedad.

Los síntomas más mencionados en las entrevistas para la identificación de los trastornos depresivos son los siguientes:

- Trastornos emocionales manifestados por tristeza abatimiento, tendencia a llanto.
- Trastornos del sueño, del apetito, sexuales.
- Trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios.
- Ansiedad o angustia, sentimientos de culpa.
- Adinamia, astenia, trastornos cognoscitivos.
- Toxicomanías, alcoholismo, uso de drogas, indiferencia, desaliño, ideas delirantes sobre muerte o suicidas.
- Lentitud psicomotriz, desinterés por el trabajo, adhedonia.

Los psiquiatras son los que dieron un espectro más amplio de la sintomatología que puede manifestarse en los trastornos depresivos.

En las especialidades de cardiólogos, reumatólogos, médicos internistas y generales reconocen de entre los síntomas de los trastornos depresivos únicamente aquellos que se manifiestan en la actitud del paciente y los referidos por el mismo en la consulta.

5.3.4.- PERFIL DEL PACIENTE DEPRESIVO.

Los aspectos que se consideraron para elaborar el perfil del paciente depresivo fueron la edad, el sexo, nivel socioeconómico y actividad.

Con respecto de la edad, la gran mayoría de los médicos expresaron que no existe una edad específica en la que se presenten con más frecuencia los trastornos depresivos, estos aparecen desde la infancia hasta la ancianidad, dependiendo de la especialidad médica y el lugar en el que den consulta los médicos entrevistados.

Entre los psiquiatras se mencionó que en relación con la edad, la depresión se puede presentar tanto en los recién nacidos (depresión anacástica), como en la ancianidad (depresión involutiva), o en cualquier otra etapa de la vida; como ejemplo expusieron que las depresiones reactivas se manifiestan con más frecuencia durante la segunda o tercera década de vida en tanto que las depresiones de tipo endógeno se dan en la cuarta o quinta década de vida.

Se mencionó que durante la infancia los trastornos depresivos pueden manifestarse con problemas de enuresis, autismo, hiperactividad .

En los jóvenes adolescentes de 17 a 21 años, estudiantes que acaban de ingresar o están por ingresar a la Universidad sufren

de depresiones reactivas, es en la edad en la que se dan con más frecuencia los suicidios.

Entre los 25 y 40 años de igual forma lo más frecuente son las depresiones reactivas, por insatisfacciones laborales, o de realización, problemas conyugales, problemas económicos.

Después de los 40 se empiezan a presentar las depresiones endógenas o depresiones relacionadas con la menopausia o andropausaia.

A partir de los 50 en adelante las depresiones involutivas, seniles o melancólicas.

Los médicos cardiólogos coinciden en que la presencia de trastornos depresivos la observan con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino entre los 50 y 65 años, jubilados o por jubilarse .

Los reumatólogos dieron la misma opinión, pero difieren en cuanto al sexo refiriendo que la detectan más entre las mujeres que se dedican al hogar. Entre los internistas y médicos generales, las referencias dadas son generalizadas y extensivas a todas las edades, sexo, nivel socioeconómico y actividad.

Con respecto del sexo, los psiquiatras hacen una descripción más detallada del perfil del paciente depresivo y mencionan que culturalmente existe una predisposición en la mujer para

deprimirse, en tanto que en el hombre hay una tendencia a canalizar su problemática a otras actividades u otro tipo de manifestaciones derivando los trastornos depresivos en adicciones o trastornos somáticos.

En las mujeres los factores que en mayor medida influyen para padecer depresión son su condición social, los síntomas menopausicos, la depresión postparto y trastornos premenstruales.

Con respecto del nivel socioeconómico todos los médicos coinciden que no hay un estrato específico en el que incida más la depresión. Aunque en consulta se ven con más frecuencia pacientes de un nivel socioeconómico medio y medio alto en virtud de ser la clase social que cuenta con las posibilidades económicas para atenderse con un especialista.

La mayoría de los médicos entrevistados consideran que en igual proporción se observan en los servicios asistenciales de salud un buen número de pacientes deprimidos de niveles socioeconómicos bajos, pero es un hecho que las clases bajas y marginadas que son las más golpeadas o afectadas por una sociedad competitiva ni siquiera tienen conciencia de padecer un trastorno depresivo.

La actividad es igual de irrelevante que el nivel socioeconómico, aunque se mencionó que el 80% de los jóvenes entre 17 y 25 años son estudiantes.

Entre los jubilados un gran porcentaje se deprimen de igual forma las amas de casa.

Hay una mayor incidencia en quienes tienen empleos estresantes o los profesionales quienes por su bagaje intelectual y cultural tienen más posibilidades de identificar algún trastorno depresivo.

Podemos concluir, tomando como base el marco dado, que es difícil definir o encuadrar un perfil específico del paciente depresivo ya que la depresión de cualquier tipo se puede presentar en cualquier edad, en igual proporción en hombres y mujeres, la enfermedad es democrática porque no selecciona un nivel socio-económico específico y no importa la actividad, tanto se presenta en profesionistas o empleados y amas de casa que en ejecutivos o estudiantes, artistas o músicos.

5.4.- GRADO DE RECONOCIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS ANTE OTRAS PSICOPATOLOGIAS U OTRAS ENFERMEDADES EN LA REALIZACION O NO DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Los médicos internistas, generales, cardiólogos y reumatólogos reconocen que puede existir un alto grado de confusión de los trastornos depresivos con otras psicopatologías o enfermedades físicas, casi todos mencionaron que las psicopatologías, con las que se pueden confundir los trastornos depresivos son las neurosis, psicosis, histerias, cuadros esquizofrénicos, estados de ansiedad, drogadicción, psicosis preseniles, trastornos obsesivos, paranoias, demencia. Al hacer mención de tan variadas cuadros se puede deducir que no hay un conocimiento profundo o tan siquiera básico de la nosología de cada una de las psicopatologías mencionadas y por lo tanto no están capacitados para reconocer o diferenciar los cuadros psicológicos que se mencionaron. Justifican sus opiniones con el argumento de que la depresión puede ser un síntoma presente en cualquier enfermedad mental.

Los médicos generales e internistas refieren múltiples patologías orgánicas en las que la depresión se presenta como síntoma estas son las alergias en piel, trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, trastornos tiroideos, respiratorios, dolores precordiales, cefaleas o dolores no determinados, trastornos cerebrales, traumas craneales, arteroesclerosis, trastornos menstruales, trastornos urinarios.

Los reumatólogos y cardiólogos mencionaron un número menor de padecimientos y más relacionados con su especialidad; entre los que se consideraron la amibiasis, problemas suprarrenales, trastornos de electrolitos, hipoglucemia, enfermedades neurológicas, estados de tensión, y hasta desnutrición.

Los psiquiatras en este punto expresan que las depresiones enmascaradas son aquellas que pueden favorecer una confusión con otro tipo de patologías y son las que ven más frecuentemente los médicos generales ya que el paciente va con estos últimos en primera instancia por malestares gastrointestinales, con cuadros diarréicos o estreñimiento, dolores precordiales, con trastornos endocrinológicos, dolores de cabeza; además porque las enfermedades crónicas suelen acompañarse de depresión como síntoma.

A juicio de estos especialistas, pueden confundirse con otras psicopatologías como son trastornos de ansiedad, o en los ancianos es frecuente diagnosticarlos con demencia.

Al cuestionárseles sobre las causas a las que se puede deber una posible confusión, la mayoría expresó que lo más común es que se debe a ignorancia, falta de conocimiento y en consecuencia hacer un mal diagnóstico de exclusión, por no hacer una buena exploración física.

Otra causa por la que puede existir confusión al realizar el diagnóstico es porque los pacientes refieren sintomatología muy

variada, es decir, manifestaciones psicósomáticas no bien diferenciadas, por lo que la posible confusión depende también del paciente; o a que la depresión se presenta como síntoma en otros padecimientos físicos o psíquicos.

Entre los psiquiatras se opinó en forma muy generalizada que es importante elaborar un buen diagnóstico diferencial, descartar causas orgánicas ya que la depresión está en el fondo de muchos cuadros. Es importante que los médicos generales o de cualquier especialidad realicen un diagnóstico integral considerando la situación en todo su conjunto y no hacerlo únicamente tomando como base el aspecto orgánico.

Consideran que ellos como psiquiatras también pueden caer en situaciones a la inversa y es entonces cuando tienen que considerar el aspecto orgánico en virtud de que toda alteración orgánica va a provocar una alteración psiquiátrica, o a la inversa todo problema psiquiátrico puede provocar también una alteración orgánica.

En resumen aún cuando los médicos generales internistas, y en menor medida los reumatólogos y cardiólogos identifican algunas psicopatologías con las que se pueda confundir la depresión ésta no es tan importante como la sintomatología de los padecimientos que atienden y que en primera instancia son los que tratan de aliviar. Sólo cuando el cuadro depresivo interfiere en la recuperación del paciente es en ese momento cuando el trastorno depresivo se confunde con síntomas ansiosos y lo más común es

prescribir tranquilizantes o ansiolíticos. Este último aspecto se ve más entre los médicos generales por la proporción numérica de pacientes que atienden y al estadio leve de la depresión mientras que los internistas tienen la posibilidad de remitir a los pacientes con cuadros depresivos moderados o severos al especialista.

Para los psiquiatras la confusión definitivamente es con otras psicopatologías y por no ahondar más en la elaboración del cuadro clínico, descartando los factores de tipo orgánico.

Un aspecto importante que se considero en la realización de este estudio y con respecto del punto que se está tratando fue el de la diferenciación entre ansiedad y depresión como síntoma y como patología así como la interacción entre ellas. Esto en función del interés del grupo contratante de la investigación para determinar sus campañas de lanzamiento del producto y de capacitación médica.

DIFERENCIAS ENTRE DEPRESION Y ANSIEDAD.

De igual forma que en los puntos anteriores los psiquiatras fueron los que demostraron un conocimiento y experiencia más amplios al definir y describir la sintomatología de la ansiedad y su relación con la depresión. A diferencia de la mayoría de los médicos entrevistados que dan respuestas inferidas de las preguntas, basándose únicamente en el conocimiento académico o de su logística, dan la impresión, y algunos así lo manifiestan,

de reconocer y atender en forma nula o extraordinaria este tipo de trastornos en su práctica profesional especializada.

En proporción, las especialidades que acusan mayor desconocimiento en relación con este tópico fueron los reumatólogos y médicos internistas.

DEFINICION DE DEPRESION VS ANSIEDAD.

La mayoría de los médicos coinciden en que la depresión y la ansiedad son polos opuestos, o antagónicos; pero quizás por eso mismo siempre van de la mano.

Al igual que las definiciones que se dieron de depresión, las que ofrecieron para la ansiedad son muy escuetas y patentizan la falta de conocimiento al respecto. La mayoría de los médicos las consideran como cuadros clínicos opuestos pero que por lo regular van asociadas tanto en los padecimientos orgánicos como en los psíquicos de tal forma que la ansiedad es considerada como un síntoma de la depresión.

Al definir la ansiedad, la conceptualizan como un estado o sensación de angustia, inquietud, un miedo subjetivo, stress, sensación de catástrofe inminente, intranquilidad, no logran estar en paz, presentimientos, desagradables, como un deseo incontrolable de hacer o lograr algo en un corto plazo, genera agresividad o irritabilidad, excitación, psicomotriz.

En la depresión el sujeto se muestra abúlico, no tiene deseos de vivir, desinteresado, por todo, inactivo, taciturno, indiferente.

Entre los psiquiatras se observó la misma tendencia reconociendo que existen trastornos de ansiedad muy puros en los que no se presentan síntomas depresivos.

SINTOMAS DIFERENCIALES ENTRE DEPRESION Y ANSIEDAD.

Como ya se puntualizó anteriormente, en opinión de la mayoría de los médicos, ansiedad y depresión siempre van juntos, consideran, además, que la ansiedad es un síntoma de la depresión:

Para los psiquiatras la ansiedad esta presente, en distinto grado, en todas las psicopatologías, para estos últimos está más claro el papel que juega la ansiedad en los trastornos depresivos y su tratamiento.

Entre las otras especialidades se puntualizó que casi todos los trastornos depresivos inician con estados de ansiedad o de excitación, lo que nos indica que poseen unicamente nociones basicas de los trastornos depresivos, ya que se refieren a los estados cíclicos de ánimo.

Entre los síntomas más frecuentes de la ansiedad, se mencionaron algunas reacciones neurovegetativas como sudoración excesiva o

palmar, taquicardia o palpitaciones, síntomas de descargas adrenérgicas, trastornos gastrointestinales, insomnio, sequedad de la boca, temblor, parestesías, trastornos del apetito, algunos psiquiatras y uno o dos médicos mencionaron disminución de la concentración, atención, trastornos de la memoria, alteración del juicio, confusión.

INTERACCION DE LA DEPRESION CON LA ANSIEDAD.

Casi todos los médicos entrevistados aceptan la existencia de una interacción de la depresión con la ansiedad. Pero sólo los psiquiatras explican están con amplitud. Todos los demás lo hacen tomando como base su asociación o contingencia, el hecho de que se puedan confundir, o como un proceso de causa - efecto.

Al preguntárseles si en el tratamiento de padecimientos depresivos al instaurar la terapia para la depresión, se elimina la ansiedad o persiste; o viceversa si al dar tratamiento a la ansiedad se elimina la depresión o persiste, se dieron respuestas muy diversas, unas en el sentido de que si la depresión es la que dá origen a la ansiedad y se trata con ansiolíticos la depresión persiste. Si el caso es el contrario, es decir, si la ansiedad origina la depresión y se realiza una terapéutica antidepresiva aquella no se elimina y hasta se incrementa.

Otros opinaron que hay que dar tratamientos combinados de ansiolíticos con antidepresivos. Algunos insisten en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial y dar

tratamiento dependiendo de cual cuadro es el predominante.

Esta tendencia en las respuestas ofrecidas por los médicos no psiquiatras indican que no hay un reconocimiento claro de esta condición. Por lo que la terapia medicamentosa a seguir es inferida por su experiencia o por su logística médica.

Las respuestas de los psiquiatras son más uniformes al respecto, considerando que la ansiedad se elimina con el tratamiento antidepresivo si ésta es un síntoma, si persiste la ansiedad, esta última tiene otro origen y hay que buscar la causa.

Mencionaron que hay antidepresivos que además de estar dirigidos a la depresión controlan la ansiedad. O cuando el síntoma ansioso es muy obvio el uso exclusivo de ansiolíticos puede enmascarar y hacer más difícil el tratamiento de la depresión y hacerla más severa.

Con base en los comentarios, opiniones y respuestas dadas por los médicos entrevistados se puede concluir que a excepción de los psiquiatras los demás no tienen el suficiente conocimiento de la interacción de ansiedad y depresión. Desconocen el manejo de psicofármacos para el tratamiento de los trastornos depresivos con manifestaciones ansiosas y aunque algunos hablan de combinar antidepresivos con ansiolíticos no hacen referencia alguna de en qué situaciones y cómo utilizarlos, probablemente se inclinen más por no dar tratamiento, ya que se percibió falta de conocimiento.

Los psiquiatras hacen hincapié en establecer diagnósticos diferenciales y dar tratamiento farmacológico en función del cuadro que predomine más, en especial cuando se trate de cuadros depresivos-ansiosos.

5.5.- MOTIVOS MAS IMPORTANTES PARA LA ADOPCION DE UN NUEVO ANTIDEPRESIVO.

Las actitudes y conocimiento de los psiquiatras que los conducen a prescribir determinado fármaco, se abocan, en este mercado, a la efectividad, pocos efectos secundarios, seguridad y una buena respuesta clínica, aspectos que en trasfondo encierran muchos elementos motivacionales.

Consideramos que un aspecto que determina la decisión de cambio o adopción de un nuevo fármaco es el conocimiento que se tenga de los productos existentes por lo que se consideró necesario investigar este aspecto, ya que conociendo los antecedentes podemos justificar los motivos y actitudes de los médicos ante la prescripción de antidepresivos.

Algunas otras características que a nivel racional dirigen la prescripción de un antidepresivo se centran en la experiencia con el producto.

Se perciben como desventajas generales de los antidepresivos, los "efectos secundarios", "precio", "lentos", "viejos", "inseguros", "pocas presentaciones", entre las más relevantes.

La mayoría de los médicos concordó en que todos tienen limitaciones, por ejemplo los tricíclicos tienen la ventaja de ser muy potentes, pero tiene efectos anticolinérgicos, otros antidepresivos son muy sedantes, producen temblor, estreñimiento,

los IMAOS se consideran viejos y necesitaban una dieta estricta.

Los Psiquiatras son los especialistas que conocen en su mayoría todos los antidepresivos, sin embargo, tiene un esquema terapéutico ya habitual y no han cambiado por otros, ya que los que usan siempre les han dado resultados y sólo se motivarían a un cambio cuando un nuevo preparado les ofreciera más y mejores ventajas.

Por otro lado, el conocimiento de los antidepresivos en cuanto a la clasificación de los antidepresivos es buena ya que se mencionan los Tricíclicos, los Tetracíclicos y los Inhibidores de la MAO (IMAOS) y los más novedosos que son los inhibidores reversibles de la MAO (RIMA).

Entre los médicos de las otras especialidades el conocimiento de los antidepresivos se limita a los que tienen más tiempo en el mercado y por lo tanto son los más prescritos, manifestando además desconocimiento de la clasificación farmacológica de este tipo de medicamentos.

Se pudo observar una tendencia general a que la decisión de utilizar un antidepresivo nuevo sería el de encontrar en él características superiores a los ya conocidos, estas características se traducen en:

1º: Seguridad y eficacia del producto, en este punto se incluye la rapidez de acción y

seguridad en su manejo.

2_o Que provoque menos efectos secundarios o que no tenga contraindicaciones.

3_o Que su precio sea accesible.

4_o Que sea fácil y cómodo de manejar en función de dosis y duración del tratamiento.

Se detectó que entre los aspectos motivacionales de los médicos entrevistados existe una resistencia a cambiar los medicamentos que utilizan por uno nuevo, las razones entre las que se deduce lo anterior es por lo expresado por ellos en el sentido de que un nuevo producto debe superar a los viejos, lo que consideran difícil ya que tienen años utilizando un cierto fármaco y su eficacia ha sido comprobada.

Un segundo motivo que se observó en forma general entre los entrevistados está dirigido en función a satisfacer la seguridad que les dá la experiencia con el fármaco que se utiliza, hecho que desde luego no se puede tener nunca con un producto nuevo, sin embargo, esta necesidad manifiesta puede ser cubierta a través del aval de líderes de opinión que apoyen esta "seguridad" que es necesaria en la adopción de un medicamento o bien darle oportunidad en pacientes que bajo su criterio son susceptibles a ello, como podrían ser los pacientes nuevos y con depresiones fáciles de controlar, observar o manejar.

Aunado a este segundo motivo, va un tercero que se interpretó como una necesidad de ampliar conocimientos acerca de la depresión y del producto nuevo, por medio de actividades promocionales y publicitarias de los laboratorios que "informen" realmente a los médicos.

Para reforzar este punto se incluyó en la Guía de Puntos la investigación de los hábitos prescriptivos de los médicos en pacientes depresivos ya que contando con estos antecedentes se vuelven más comprensibles las motivaciones del médico y las actitudes manifestadas para adoptar un nuevo antidepresivo.

Se encontró que el tratamiento farmacológico que los médicos llevan a cabo en pacientes con trastornos depresivos son productos que llevan ya muchos años en el mercado.

Los médicos generales e internistas prescriben preferentemente antidepresivos del grupo de los tricíclicos argumentando ser seguros, ya que no afectan el S.N.C. y por su fácil dosificación.

Los cardiólogos y reumatólogos coinciden en que el tratamiento de los trastornos depresivos es básicamente prescribiendo tricíclicos también por su comodidad en dosis.

En los psiquiatras se observó de igual forma una preferencia por los medicamentos ya posicionados desde hace tiempo en el mercado, pero no desdeñan a los nuevos ya que su prescripción depende de

las características del cuadro patológico que presente el paciente .

Las dosis iniciales en general son bajas, aumentando éstas en etapas de control y mantenimiento, disminuyéndose en las de supresión.

Los médicos generales, aparentemente, manejan también el mismo esquema terapéutico anterior, retirando el fármaco de forma repentina en función de la evolución del paciente.

Los psiquiatras manejan un esquema terapéutico bien definido y sugieren que las dosis de supresión deberían denominarse de "eliminación paulatina".

La duración del tratamiento varía de acuerdo a las especialidades, de esta manera los psiquiatras refieren que puede ser de tres a seis meses, sujeta siempre al tipo de depresión y la respuesta del paciente, mientras que los médicos generales al tratar depresiones, mencionan duraciones de tratamiento muy cortas: siete días, quince días y de dos a tres meses.

Los internistas y los cardiólogos ubican la duración del tratamiento en promedio de tres a cuatro meses, mientras que los reumatólogos, indican que ésta puede ser a muy largo plazo, durando años.

5.6.- ATRIBUTOS QUE DEFINEN AL ANTIDEPRESIVO IDEAL

En todos los médicos entrevistados se observó que los atributos que debe tener el antidepresivo ideal serían las características para adoptar un nuevo fármaco en este segmento y que se mencionaron en el punto anterior, las cuales serían a manera de resumen las siguientes:

EFICACIA, SEGURIDAD, MENOS CONTRAINDICACIONES O EFECTOS SECUNDARIOS Y PRECISAMENTE ACCESIBLE, entre las más importantes.

Pero en la idealización de un producto se agregaron características racionales y emocionales.

Entre las características racionales adicionales, se mencionaron en forma común entre todos los médicos: que no cause adicción o dependencia psicológica, y fisiológica; que se pudiera utilizar en todas las edades y que se pudiera retirar sin problemas. En forma muy realista opinan que "ningún medicamento es ideal, todos tienen alguna desventaja".

Las características emocionales de un antidepresivo ideal se fundamentan en aquellos comentarios e ideas expresadas que tienen un contenido casi mágico, o de fantasía, o de incredulidad que para ejemplificarlas anotamos las siguientes citas:

"Como: que una pastillita me cure un trastorno mental?, pues esta difícil" (Médico General).

"Que quiten la depresión completamente?" (Cardiólogo).

"Ideal, pues el que no se tenga que usar" (Psiquiatra).

"Lo ideal sería que no hubiera depresión... el precursor de la serotonina es el triptofano, un aminoácido que lo hay mucho en el platano... a lo mejor esa es la explicación del humor jarocho, porque ya ve que los veracruzanos comen platano en todo..."

"Lo ideal sería un medicamento que lo dejara a uno vacunado contra la depresión" (Psiquiatra).

"Probablemente sería ideal el agua como antidepresivo".
(Psiquiatra)

Dadas las características del antidepresivo ideal, se puede deducir que en los médicos generales, internistas, cardiólogos y reumatólogos, se detecta un temor para prescribir o un respeto por los Psicofármacos. Mismo que se puede deber al riesgo que implica el uso indiscriminado de este tipo de medicamentos, así como las reacciones tan variadas a nivel psicológico que pueden generar y hasta probablemente salirse del control del médico causando un daño físico o psíquico al enfermo.

Este mismo temor existe en los psiquiatras, pero en ellos es donde se dan más marcadamente fantasías y la necesidad de un antidepresivo tan inocuo como el "agua" o como el "platano".

Esto indicaría que quizás en los psiquiatras el temor a no curar la "locura" o el no evitar que un paciente se suicide es mayor que en los demás médicos.

5.7.- PAPEL QUE JUEGA EL PSICOLOGO EN EL DIAGNOSTICO, LAS DECISIONES Y APOYO TERAPEUTICO DEL PACIENTE DEPRESIVO.

Una constante observada en el juicio de los psiquiatras entrevistados es que el apoyo que se puede obtener de un psicólogo en el tratamiento de los trastornos depresivos es muy importante, algunos lo califican de fundamental y los menos lo consideran muy limitado, "O no definitivo."

Se observó que de acuerdo con los comentarios vertidos, estos se pueden dividir en tres áreas en las que interviene el psicólogo en el tratamiento de la depresión, estas son : la detección y diagnóstico, la psicoterapia y su intervención en la medicación.

En cuanto a la detección y diagnóstico, la mayoría de los psiquiatras consideran que es importante para detectar trastornos o síndromes depresivos sobre todo las depresiones enmascaradas por otro tipo de síntomas, y otros aspectos de la personalidad o psicopatologías que inciden en la enfermedad.

La participación del psicólogo en este aspecto ayuda a corroborar el diagnóstico que da el psiquiatra y en muchas ocasiones es indispensable para complementar la visión que se tiene del paciente.

En algunos pacientes es necesario conocer no sólo si tiene un trastorno depresivo o no, sino sus características de personalidad o si tiene algún problema de tipo neuropsicológico.

La intervención del psicólogo para evaluar estas características es importante y de gran ayuda.

Un aspecto contrario sobre el diagnóstico en el que no interviene el psicólogo lo dió un psiquiatra en estos términos:

"Cualquier paciente que llega con diagnóstico de depresión debe de ser visto inicialmente por un médico sea psiquiatra (?), internista o médico familiar, ya que los médicos tienen el conocimiento más profundo acerca de lo que es el organismo humano y pueden definir con mayor claridad el tipo de patología que tiene el paciente."

Un 50% de los psiquiatras mencionó que en el área de psicoterapia los psicólogos pueden ofrecer un apoyo o jugar un papel fundamental en la resolución del síndrome depresivo, sobre todo en aquellos trastornos que son clasificados como exógenos o en estadios leves. Contados fueron los médicos que dieron una opinión contraria, tal como lo expreso uno de ellos.

"Muchos de los casos de la depresión son orgánicos y ellos no manejan medicamentos, sólo manejan el aspecto de psicoterapia que en general no es de primer soporte en la depresión."

Bajo este mismo tenor, otro dijo:

"En general el psicólogo podría tener un papel de apoyo pero no cardinal en el tratamiento."

Entre los comentarios sobre el estadio en que se encuentra la

enfermedad y la terapia que se aplica, se virtieron los siguientes comentarios:

"Un buen psicólogo clínico, actúa a nivel de depresiones de tipo leve, haciendo una buena psicoterapia."

Uno de ellos profundizó más:

"Una vez que se hace el diagnóstico, una vez que se eliminan otras etiologías y ya una vez que se estructura un tratamiento, yo diría que el papel del psicólogo es importante y aquí me estoy refiriendo al psicoterapeuta."

Algunos otros comentaron el papel del psicólogo como apoyo terapéutico adicional al farmacológico en los siguientes términos:

"No todo es psicofármaco."

"Si lo que ocasiona la depresión es exógeno, entonces ahí necesita la psicoterapia. El antidepresivo es importante, pero es un medio relativo, si no resuelve el problema, pues el antidepresivo no lo va a ayudar."

También opinaron sobre los aspectos negativos del psicólogo en la terapéutica de la depresión sobre este punto se dieron los siguientes comentarios:

"...Es muy limitado, no está capacitado, no tienen los conocimientos médicos de farmacología y psicofarmacológicos."

Con un antecedente similar otro agregó:

"Un desconocimiento muy grave que tienen los compañeros."

Al respecto otro psiquiatra vertió esta opinión:

"Mientras no receten va todo muy bien, yo realmente tengo ahí un terrible rechazo contra los psicólogos, cuando no se ubican en un área, pienso que es excelente apoyo cuando tratamos de establecer y aclarar diagnósticos y hacer pruebas neuropsicológicas, incluso de brindar cierto tipo de apoyo como terapias de relajación, terapias a la familia, etc. creo que es básico el apoyo de ellos...; pero es terrible cuando se meten a medicar, no saben como funcionan y como hacen y nada de nada.."

Con este mismo orden de ideas se dieron estos otros comentarios:

El papel, de antemano, es el mismo del psicólogo que el psiquiatra tiene casi las mismas herramientas, las mismas posibilidades de influir sobre la persona, excepto el uso de los medicamentos, que aunque tampoco, yo he sabido que los consiguen, consiguen recetas y pueden incluso hasta dar medicamentos, algunos. Que no es lo que deberían de hacer pero de hecho todo los demás recursos los tienen tanto para diagnóstico como para manejo, pero más relacionados con lo psicoterapéutico que con lo psicofarmacológico.

"Si ese paciente necesita medicamentos él no se los puede dar, él tiene que canalizar con un psiquiatra para que se trabaje

conjuntamente."

Como un último comentario al respecto, pero que se considera importante es el siguiente:

"Hay ocasiones en que la indicación del tratamiento psicoterapéutico está muy claramente indicada. Sin embargo, hay ocasiones en que unos psicólogos con desconocimiento de la farmacología, retiran los medicamentos, entonces todo lo que ellos pudieran avanzar con el apoyo de los medicamentos se viene abajo."

Con base en las respuestas ofrecidas por los psiquiatras se concluye que tanto para el diagnóstico como para el tratamiento psicoterapéutico de apoyo deben realizarse por psicólogos bien entrenados y capacitados en esta área.

Aún cuando la mayoría de los psiquiatras consideran la intervención del psicólogo como un factor importante en la terapéutica de la depresión y algunos de ellos refieren colaborar con un psicólogo, esta relación no se da tan estrecha o conjuntamente. Las decisiones para cambiar terapias farmacológicas sólo se dan en algunas ocasiones en servicios institucionales especializados.

Un aspecto importante de considerar para determinar cuál es el papel que tiene el psicólogo en el diagnóstico y abordaje

terapéutico del paciente depresivo está también determinado por el grado de remisión que se hace de estos pacientes a especialistas en la materia.

Este aspecto fue también investigado en el presente estudio, encontrándose los siguientes resultados:

Definitivamente es a los psiquiatras y psicólogos a los que se remiten pacientes que presentan un cuadro depresivo que esté interfiriendo en forma insidiosa con el tratamiento médico que se sigue, decidiendo esta remisión cuando el estado depresivo en el que se encuentra el paciente no disminuye con el tratamiento antidepressivo que se esté aplicando, o definitivamente no haya una respuesta positiva.

Ningún médico mencionó como causa o factor de remisión al especialista la dificultad para diagnosticar cuadros depresivos probablemente porque no hacen en primera instancia un diagnóstico al respecto, porque consideran que la depresión es una reacción normal a una enfermedad o por desconocimiento de las características de los síndromes depresivos.

Se tabularon algunos datos que ofrecieran una tendencia del comportamiento de remisión que soportará a las respuestas de los médicos encontrándose lo siguiente:

1. En proporción numérica, de los médicos entrevistados, los que hacen una mayor remisión de pacientes con trastornos

depresivos a especialistas (psiquiatras o psicólogos) son los cardiólogos y reumatólogos después son los internistas y los que menos remiten son los médicos generales.

Escasamente se refirieron a la remisión de pacientes con un neurólogo o neurofisiólogo, se observó también que la remisión de pacientes depresivos se hace cuando manifiestan un cuadro ya severo.

Cabe hacer la aclaración que cuando los médicos se refieren a una pobre respuesta al tratamiento o medicamentos no aclaran si es antidepressivo o de otro tipo. Es probable que se refieran al tratamiento del cuadro fisiológico y que a pesar de ello continúen las manifestaciones depresivas, esta inferencia se hace en base a la resistencia que presenta la mayoría de los médicos a recetar psicotrópicos.

2. El especialista al que más se remiten estos casos es al psiquiatra en primera instancia en 2o. lugar a los psicólogos, en 3o. a los neurólogos-neurofisiólogos y 4o. internistas.

3. La frecuencia más común de pacientes que son remitidos a 65% de los psiquiatras entrevistados está en el rango de 1 a 10 pacientes.

4. El 55% de los psiquiatras entrevistados refirió que el número de pacientes depresivos que mensualmente llegan en forma directa a su consulta son de 1 a 100.

5. Según los psiquiatras, los especialistas que con mayor frecuencia les remiten pacientes con trastornos depresivos son en este orden: internistas, médicos generales, de todas las especialidades, cardiólogos, neurólogos, ginecólogos, psicólogos, ortopedistas y gastroenterólogos.

Los psiquiatras consideran que la remisión de pacientes a esa especialidad se debe a que los médicos de otras especialidades no tienen los conocimientos suficientes para tratar estos cuadros y cuando interfieren con los padecimientos que tratan o se agravan los trastornos depresivos. En el caso de los psicólogos la remisión se hace por la limitación para prescribir medicamentos aunque algunos tengan conocimientos farmacológicos al respecto.

5.7.-CONCLUSIONES

La depresión es un problema que se ha agudizado en los últimos años considerándose como principales factores desencadenantes, en una gran proporción de casos, el paradójico aislamiento del ser humano en la grandes urbes en donde el medio ambiente se ha convertido en frustrante por el alto grado de competitividad y supervivencia, y para el sujeto que padece la depresión, todas estas circunstancias le parecen incomprensibles, sumándose la desorganización familiar que se deriva de esta condición así como otros factores socioculturales que generan una constante tensión emocional en los sujetos.

En consecuencia, el padecimiento de trastornos depresivos y su tratamiento se ha convertido en un mercado atrayente para la industria farmacéutica, debido a que la depresión puede estar enmascarada en forma consciente por el mismo enfermo, en forma inconsciente, o presentarse bajo la forma de un cuadro clínico con sintomatología física un tanto incongruente, pero que finalmente lleva a estos paciente a una consulta médica, en la cuál se demanda un tratamiento farmacológico que trae como consecuencia ventas de medicamentos.

Existe una oportunidad de mercado para la introducción de nuevas marcas para el tratamiento farmacológico de la depresión a pesar de los productos que se encuentran fuertemente posicionados en este segmento.

Esta oportunidad se da en otras especialidades médicas aparte de la psiquiátrica por el volumen de enfermos que se presentan a consulta con sintomatología deprevisa que requiere tratamiento.

Es innegable el aporte de las investigaciones mercadológicas en el aspecto económico y los beneficios que genera la actividad comercial en la sociedad, detrás de esta actividad subyacen aspectos psicológicos que casi siempre son motivo de estudio por parte de las empresas que prestan bienes y servicios.

Desgraciadamente estas investigaciones no son publicadas ni dadas a conocer y los resultados son manejados en forma confidencial y utilizados para centrar estrategias comerciales más efectivas.

La forma en que el médico realiza el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos y los aspectos que inciden en este comportamiento, hecho tan común en la práctica médica, es susceptible de ser observado, medido y evaluado a través de técnicas de investigación de mercados conceptualizadas dentro de un marco de investigación científica y que en su gran mayoría han sido creadas y aplicadas por psicólogos, situación ésta última que representa una oportunidad para la creación de instrumentos de medición psicológica y de investigación en este campo.

Al efectuar los médicos el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos intervienen una serie de variables psicológicas entre las que se encuentran el aspecto cognitivo, motivaciones, actitudes y hábitos.

A excepción de los psiquiatras, existe un gran desconocimiento acerca del cuadro clínico de los trastornos afectivos y de los atributos de los psicofármacos, principalmente de su mecanismo de acción. Esta falta de conocimiento académico se patentiza en la dificultad para reconocer la sintomatología propia del síndrome y su etiología ya que tampoco se conocen las clasificaciones del mismo.

Es por esto que los hábitos prescriptivos de los médicos están fuertemente arraigados, concentrándose sus prescripciones en sólo unos cuantos fármacos tradicionales en el mercado, resistiéndose a adoptar o cambiar estos comportamientos, ya que un nuevo producto debería poseer atributos casi mágicos o ideales para ser adoptado por ellos, por lo cual las estrategias mercadológicas para lanzar con éxito al mercado una nueva marca, tendrían que argumentar o fundamentarse en conceptos emocionales que cubran estas necesidades.

Entre los psiquiatras, esta misma tendencia se da por la seguridad que les ofrecen estos medicamentos y disminuir así la angustia que les provoca el no curar "la locura" o el no evitar que un paciente se suicide, y satisfacer además su necesidad de reconocimiento en la asertividad de la terapéutica aplicada.

Estos aspectos representan una oportunidad para los psicólogos de participar en acciones mercadológicas de motivación y capacitación o adiestramiento tanto a médicos como a promotores de ventas (representantes médicos), a través de programas de

enseñanza o información que proporcionan los laboratorios farmacéuticos.

A pesar del temor que manifiestan los médicos hacia el uso de psicofármacos en general, el hábito de prescribir antidepresivos ante la más leve presencia de síntomas depresivos es una costumbre que se va haciendo cada vez más frecuente entre los médicos no especialistas.

Encontramos que el psicólogo no participa en forma tan frecuente ni se reconoce la necesidad de su colaboración por lo que concluimos que si a este profesionista se le demandara una mayor realización de pruebas psicológicas y psicométricas, la realización del diagnóstico diferencial sería más precisa y efectiva por lo tanto, el tratamiento farmacológico sería más racional por parte de los médicos y proporcionaría mayores beneficios al paciente que acude en demanda de un alivio o curación a la enfermedad que lo aqueja.

En este mismo sentido, el apoyo proporcionado por lo psicólogos al realizar evaluaciones psicométricas y psicológicas posiblemente modificarían los hábitos prescriptivos en relación a una terapéutica mejor dirigida y que busque factos terapéuticos a cada individuo o paciente, porque no hay enfermedades sino enfermos.

Ante la pobre o escasa asociación del psicólogo con el psiquiatra en tratamiento psicoterapéuticos y la casi nula

colaboración con otros especialistas médicos, el tratamiento de los trastornos depresivos se encierra en el uso exclusivo de fármacos que son aplicados en dosis incorrectas tanto de inicio y de supresión así como en duraciones muy prolongadas o insuficientes por lo cual, si el psicólogo participara llevando a cabo terapias conductuales, es muy probable que la aplicación o uso de los productos antidepresivos en cuanto a dosis y duración del tratamiento se refiere, incidirían positivamente en la calidad de vida del pacientes y su repercusión en el medio familiar y social.

Se valida así las recomendaciones que hiciera Esquirol (1829) para el tratamiento de los trastornos depresivos y con el que se valoraría e impulsaría el papel del psicólogo:

"El tratamiento no ha de limitarse a la administración de determinadas medicinas... la medicina moral que busca en el corazón las causas del mal, que simpatiza y siente, que consuela y comparte con el desafortunado sus sufrimientos y que revive la esperanza en su pecho, es frecuentemente preferible a todo lo demás."(1)

(1) JACKSON, STANLEY W.; Op. Cit. p. 228

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguilar A., 1980; ELEMENTOS DE LA MERCADOTECNIA, Cia. Editorial Continental, S.A., México.
- 2.- LA ANSIEDAD Y LA TENSION EMOCIONAL EN LA PRACTICA DIARIA; CIBA DE MEXICO, S.A.
- 3.- Ayuso, José Luis, y Saiz, Jerónimo; 1981; LAS DEPRESIONES. NUEVAS PERSPECTIVAS CLINICAS ETIOPATOGENICAS Y TERAPEUTICAS. Editorial Interamericana.
- 4.- Beeson, B., P., McDermott, W., 1977; TRATADO DE MEDICINA INTERNA, (Tomo I y II), Interamericana, México.
- 5.- Benitez del R., A., 1976; LA SOCIEDAD DE CONSUMO, UNA CRITICA PSICO-SOCIAL, Tesis, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.
- 6.- Benkert O.; Dr. Med.; 1981; RECONOCIMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO; HOECHST A.G. ALEMANIA.
- 7.- Berenyl L, y Monroy, R.E.; 1991; VARIABLES PSICOLOGICAS EN LA MERCADOTECNICA; Trillas, México, p.18
- 8.- Bleger José; 1980; TEMAS DE PSICOLOGIA (ENTREVISTA Y GRUPOS); Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires , P. 9.
- 9.- Bolles, C.R., 1963 ; TEORIA DE LA MOTIVACION, Trillas, México,

- 10.- Borrel Carrio, M.; 1989; MANUAL DE ENTREVISTA CLINICA; Barcelona, Doyma.
- 11.- Bucklin, P., L., 1978; PRODUCTIVITY IN MARKETING, American Marketing Association, United States of America.
- 12.- Calderon Narvaez Guillermo, 1984 DEPRESION, CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO., Trillas, Mexico.
- 13.- Cárdenas, de la P., E., 1983; TERMINOLOGIA MEDICA, Interamericana, México.
- 14.- Carrillo Cabrera Abel, 1965; TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DEPRESION., Tesis Facultad de Psicología; U.N.A.M., Mexico.
- 15.- Castro L., 1975; DISEÑO EXPERIMENTAL SIN ESTADISTICA, Trillas, México.
- 16.- CLOSE UP: AUDITORIA DE PRESCRIPCIONES, ARGENTINA, BRASIL, MEXICO, Año 1990.
- 17.- Cofer, M.H., Appley, N., H., 1975; PSICOLOGIA DE LA MOTIVACION, Trillas, México.
- 18.- Cuevas, S.,A., 1972; LOS MOTIVOS DE LA CONDUCTA, Ed. Samo, S.A., México.

- 19.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS, 36 Edición Mexicana 1990, Ediciones, P.L.M., S.A. DE C.V., México, 1990.
- 20.- DICCIONARIO DE PSICOLOGIA: 1987; Fondo de Cultura Económica, México.
- 21.- Fenichel Otto; 1966; TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS; ED. PAIDOS.
- 22.- Fester, C.B., Perrott, M.,C., 1975, PRINCIPIOS DE LA CONDUCTA, Trillas, México.
- 23.- Fischer Laura, Navarro Alma; INTRODUCCION A LA INVESTIGACION DE MERCADOS; 2a. Ed. McGraw Hill, México.
- 24.- Foucault Michel; 1967; HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA; Fondo de Cultura Económica, México.
- 25.- Garduño, G., Y., 1983; FACTORES PSICOLOGICOS DEL CONSUMO DE LA MUJER DE CLASE MEDIA, Tesis Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.
- 26.- Garza, M.A.; 1979; MANUAL DE TECNICAS DE INVESTIGACION; El Colegio de México; México.
- 27.- Giudice, C., Del., 1975; PSICOFARMACOLOGIA, La Prensa Médica Mexicana, México.

28.- Gold Mark S., 1988; BUENAS NOTICIAS SOBRE LA DEPRESION, Buenos Aires, Arg. J. Vergara.

29.- Green P., E., Tull, S., D., 1989; INVESTIGACIONES DE MERCADO, Editorial Prentice/Hall Internacional, México.

30.- IMS AUDITORIA DE VENTAS, ARGENTINA, BRASIL, MEXICO, AÑO 1990 .

31.- INDICE NACIONAL DE TERAPEUTICA Y ENFERMEDADES (I.N.T.E.), México; Vol. I; Interdata, México, Junio 1990; P. 11

32.- Jackson Stanley W., 1989; HISTORIA DE LA MELANCOLIA Y LA DEPRESION DESDE LOS TIEMPOS HIPOCRATICOS A LA EPOCA MODERNA, Madrid, Turner Col. Turner

33.- Jimenez, A., M.M.; 1991; UN ENFOQUE MERCADOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO PRESCRIPTIVO DEL MEDICO, Tesis Facultad de Psicología, UNAM, México.

34.- JOURNAL OF MARKETING EN ESPAÑOL, Serie uno y dos, Grupo Editorial Expansión, México, 1975.

35.- Kanfer, H.,F., Phillips, S.,J., 1976; PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE EN LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO, Trillas, México.

36.- Kollé, L., 1973; INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA, Editorial Alhambra, España.

- 37.- Konrad E., Erickson, P., 1968; COMO EMPLEAR CON EXITO LA INVESTIGACION DE MERCADOS, Editora Técnica, S.A., México.
- 38.- Kotler, P., 1975; DIRECCION DE MERCADOTECNIA, PLANEACION, CONTROL Y ANALISIS, Diana, México.
- 39.- Kraft, A.M., 1981; PSIQUIATRIA PARA LA PRACTICA GENERAL; Nueva Editorial Interamericana; México.
- 40.- López Ibor Aliño, J. J., 1982; LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA en Psiquiatria; Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López Ibor Aliño, J.J.; Eds. Barcelona Toray.
- 41.- Magnusson, D., 1975; TEORIA DE LOS TESTS, Trillas, México.
- 42.- Mann, L.; 1973; ELEMENTOS DE PSICOLOGIA SOCIAL; Editorial Limusa; México.
- 43.- MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES; 3a. Ed. Revisada para la Edición Española; 1a. Edición 1988, Julio; Masson, S.A., Barcelona
- 44.- MERCADOS Y SUS TECNICAS DE INVESTIGACION, Editorial Reverte Mexicana, S.A., México, 1969.
- 45.- Morales, M.,L., 1975; PSICOMETRIA APLICADA Trillas, México.

46.- Morgan Henry H. y J.W. Cogger, 1975; EL MANUAL DEL ENTREVISTADOR, Ed. El Manual Moderno, México .

47.- Nahoum, Charles; 1966; LA ENTREVISTA PSICOLOGICA, Ed. Kapeluz., Buenos Aires, Argentina.

48.- Polaino Lorente Aquilino, 1985; LA DEPRESION, Barcelona, Martinez Roca.

49.- Prieto, C.,D., 1982; ELEMENTOS PARA EL ANALISIS DE MENSAJES, Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa, México.

50.- EL PROCESO DE LA ENTREVISTA, Dando, S.A., 1981.

51.- Revista TRATADO DE MEDICINA PRACTICA , MEDICINE, Psiquiatría I., No. 35, Nov. 1991, 3a. Ed.

52.- Ries, CH., A., Trout, J., 1988; POSICIONAMIENTO, McGraw - Hill, México.

53.- Ries, Ch., A., Trout, J., 1988; LA GUERRA DE LA MERCADOTECNIA, Mc Graw Hill México.

54.-Rivera, L., T. y Morales, P., M.E., 1982; LA INVESTIGACION MOTIVACIONAL EN LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, Tesis Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.

- 55.- Rodríguez, A., 1983; PSICOLOGIA SOCIAL, Trillas, México
- 56.-- Rojas, S.R., 1979; GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES, U.N.A.M., México.
- 57.- Scheaffer Richard L., Mendenhall William, Otto Lyman; 1987; ELEMENTOS DE MUESTREO; Grupo Editorial Iberoamerica, México,
- 58.- Schnake A., H., 1988; EL COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR, Trillas, México.
- 59.- Schwartz, H., Jacobs, J.; 1984; SOCIOLOGIA CUALITATIVA, Trillas, México.
- 60.- Salomon Phillip, Vernon; D. Patch; 1976; MANUAL DE PSIQUIATRIA 2a. Edición. Manual Moderno .
- 61.- Stewart Charles J. , William B. Cash, 1982; INTERVIEWING PRINCIPLES AND PRACTICES, Dubuque Iowa, WMC, Brown .
- 62.- Stack Sullivan Harry, 1959; LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA, Ed. Psique B.A.
- 63.- TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA PRACTICA DIARIA; NEWLETTER PSIQUIATRIA, ED. HOECHST IBERICA, S.A.
- 64.- Whittaker, D., J., 1987; LA PSICOLOGIA SOCIAL EN EL MUNDO DE HOY, Trillas, México.