

11226
Universidad Nacional Autónoma de México 84

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
U. M. F. No. 1 Puebla



SINTOMAS SOMATICOS
EN LA DEPRESION

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N

Dr. Ignacio Hernández Olayo
Dr. Miguel Angel Leal Solano

PUEBLA, PUE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

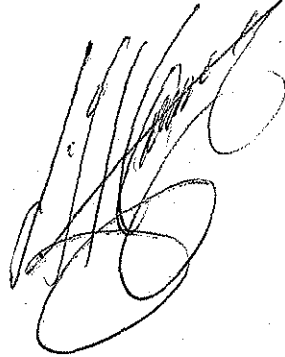
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

A LOS COORDINADORES :

DR. LEOPOLDO CARREON CASTILLO.

DR. JOSE LUIS HUIDOBRO MENDEZ.

POR SU EMPENO Y AYUDA DESINTERESADA ,
NUESTROS MAS SINCEROS AGRADECIMIENTOS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AL CREADOR :

QUE ES GUIA Y SEÑALA EL CAMINO PARA
DAR EL BIEN A LA SOCIEDAD DOLIENTE.

A MIS PADRES :

SRA. JOSEFITA SOLANO DE LEAL

SR. DANIEL LEAL VAZQUEZ

POR SU ESFUERZO Y AMOR, QUE ME HAN
IMPULSADO PARA SER CADA DIA MEJOR.

A MIS HERMANOS :

POR EL FRATERNAL CARÍÑO QUE NOS UNE.

A LOS MAESTROS E INSTITUCIONES
QUE ME FORMARON.

MIS MAS SINCEROS AGRADECIMIENTOS.

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A DIOS TODOPODEROSO :
Por su gracia divina

A MIS PADRES :

SRA. HERIBERTA OLAYO ALONSO (D.E.P.)
SR. PEDRO HERNANDEZ TLECUILI

Por su amor, trabajo y lucha constante
ante la adversidad para mi formación.

A MI ESPOSA :

SRA. GENOVEVA JUAREZ FLORES

Por su amor y comprensión en momentos
difíciles.

A MI HIJO :

JESUS

Fuente inagotable de alegría y esperanza.

A MIS HERMANOS :

Por el cariño que nos une.

A TODOS LOS MAESTROS E INSTITUCIONES :

Que me han formado, con inmensa gratitud.



I N D I C E .

	PAG.
1.- INTRODUCCION	5
2.- ANTECEDENTES	6
3.- MATERIAL Y METODOS	15
4.- RESULTADOS	19
5.- CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES	29
6.- BIBLIOGRAFIA	34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

La depresión frecuentemente se encuentra enmascarada por síntomas somáticos y por ello erróneamente diagnosticada como afección orgánica, la cual es objeto de estudios minuciosos e innecesarios por otros servicios que no corresponden a la enfermedad en sí, olvidando que ser humano es una entidad Bio-Psico-Social.

Por lo mencionado, hemos realizado el presente trabajo, siendo el objetivo principal, determinar la frecuencia de síntomas somáticos en 50 pacientes deprimidos que acudieron por primera vez a la Consulta Externa de Psiquiatría del Hospital Regional de Especialidades Puebla.

Presentamos un resumen de la depresión, se muestran los resultados obtenidos del trabajo mencionado, así como el enlistado en orden decreciente de los síntomas somáticos en los pacientes deprimidos. Encontrándose que los primeros síntomas correspondieron al Sistema Nervioso Parasimpático, Sistema cardiovascular y Aparato Digestivo. Por último se presentan las conclusiones y observaciones pertinentes.

Deseamos que el lector quede motivado para investigaciones futuras en ésta entidad frecuentemente enmascarada por síntomas somáticos, como es la depresión.

Agradecemos a las autoridades de la Institución, a los coordinadores del trabajo, Psiquiatras del Hospital Regional de Especialidades, Puebla; por su ayuda desinteresada, así como, la valiosa cooperación de los pacientes estudiados que hicieron posible el feliz término del presente trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES.

DEFINICION: El término depresión, del Latín Depressione (acción o afecto de deprimirse), se refiere a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión, describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Mientras que el síndrome depresivo representa uno de los modos de reacción fundamentales del ser humano y consta de varios síntomas los que, como signos mayores o signos acompañantes son determinantes en el diagnóstico de un Estado depresivo; sin embargo, éste diagnóstico no es revelador en cuanto a la etiología de la depresión, encontrándose en éste síndrome los siguientes síntomas cardinales: Humor fundamentalmente depresivo, Inhibición de la idea-ción, Inhibición de la iniciativa o agitación, así como de los síntomas acompañantes en forma de trastornos -- Psicosomáticos (2).

La depresión es una reacción afectiva; una emoción natural y normal. Algunos sujetos tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma tan exagerada, que la inhibición de su conducta llega a ser patológica.

HISTORIA: La depresión en la Historia.- En tiempos bíblicos se mencionan dos casos de enfermedad mental en los que interviene la depresión: los de Los Reyes Saúl y Nabucodonosor. Durante su Juventud, y comportamiento, -- Saúl ya había sido un tanto anormal. En la madurez, su conducta se caracterizó por falta de dominio de los impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad terminó suicidándose, con lo que demostró la gravedad de su depresión. Si Saúl hubiera vivido en nuestros días

probablemente habría sido calificado como a un maníaco - depresivo.

Los Griegos de la Antigüedad.- En el siglo IV A. C. Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico, " La locura " estaba relacionada con la reacción conjunta de los 4 humores corporales: Sangre, Bilis Negra, Bilis Amarilla y Flema. La melancolía, depresión descrita por Hipócrates era producida por la Bilis Negra.

Los Romanos.- En el siglo I A.C., Esclepiades recomendó los estudios intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para aliviar las depresiones.

La Edad Media.- En esta época se creía que la melancolía era producida por causas espirituales o naturales.

Antecedentes Científicos.- La importancia de la depresión es reconocida por todos los que se ocupan de la salud mental. Según Cline en 1964, la depresión ha ocasionado más sufrimientos que cualquier otra enfermedad, en E.U. solo la Esquizofrenia supera a la depresión como motivo de primeros y segundos ingresos a los hospitales Psiquiátricos, ya que se ha calculado que fuera de los hospitales la frecuencia de la depresión en una zona geográfica bien delimitada, indica que, en un momento dado el 3.9 % de las personas mayores de 20 años sufren de depresión (Sjorenson y Strömngren, en 1961) (2,3)

Wats en 1966 encuentran que en una encuesta de 15 Médicos generales de la República Federal de Alemania, - Berlín, Francia, Austria y Suiza el 10 % de los pacientes eran deprimidos y de éstos el 5 % presentaban síntomas somáticos (20), Cassady, Flanagan y Spellman en 1975 encuentran el 31 % de síntomas somáticos en su población. Puede esperarse que aproximadamente un 8 % de los hombres



y un 16 % de la mujeres padecen un cuadro depresivo durante su vida (6), (19).

Algunos especialistas han calculado que por lo menos el 12 % de la población sufrirá un episodio de depresión de suficiente gravedad clínica para requerir tratamiento. Según Wats (20), la depresión endógena representa el 60 % de los casos y los síntomas son generalmente tan leves que es muy poco probable que el paciente sea referido a un psiquiatra por su Médico. La depresión es esencialmente una enfermedad de la práctica general. Sugiere además, que la mayoría de los casos de depresión pueden ser adecuadamente atendidos por los médicos generales mediante utilización de las medidas terapéuticas fundamentales disponibles (6).

CLASIFICACION: La clasificación del síndrome depresivo ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias; no obstante, esto no deberá ser motivo de preocupación para el no Psiquiatra. En algunos pacientes la historia clínica mostrará causas ambientales y Psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios y la depresión se clasificará como EXOGENA O REACTIVA; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión será ENDOGENA Y NEUROTICA. Los terminos endógeno y exógeno fueron ideados por el botánico Suizo Agustin de Candolle en 1816. El concepto fué introducido en la Psiquiatría a fines del siglo XIX por el Neuropsiquiatra Alemán P.J. Mosbius (1)(2), (5).

La depresión también constituye una de las fases de la ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA, siendo en ésta última fase donde encontramos el SINDROME DEPRESIVO en su máxima expresión tanto en la modalidad de Inhibición de la conducta (DEPRESION INHIBIDA), o con manifestaciones de Exaltación de la conducta (DEPRESION AGITADA), (7), (12) (15)

Hay cuatro modelos teóricos de depresión:

1.- La estructura de "Agresión Interiorizada", la cual es patente en muchos casos clínicos de depresión --- pero no tiene prueba substancial. Aunque la emergencia o expresión de ira alivia en ocasiones la depresión.

2.- El modelo de la "Pérdida", que postula que las depresiones es una reacción a la pérdida de una persona, bienes, posición, autoestima, o hasta de patrón de hábitos.

3.- El enfoque de la "Relación Interpersonal" que utiliza conceptos de conducta. La persona deprimida puede usar la depresión como un medio de controlar a otras --- personas (incluyendo a los Médicos).

4.- La hipótesis de las "Aminas Biógenas", que hace incapie en alteraciones bioquímicas caracterizada por --- depauperación de aminas biógenas. En estudios Neurofar--- macológicos (8), se observó que la reserpina podía cau--- sar depleción de la norepinefrina, serotonina y dopamina cerebrales en animales de laboratorio.

GUADRO CLINICO: El síntoma fundamental y casi siem--- pre el más prominente es la sensación subjetiva de tris--- teza. El paciente presenta un aspecto fatigado y triste; a veces sonríe sombríamente para ocultar su ansiedad in--- terna. Con frecuencia manifiesta con lagrimas su sufri--- miento y también muestra insencibilidad (porque todo --- va perdiendo paulatinamente su importancia) (12).

Síntomas presentes en la mayoría de las depresio--- nes: Disminución del talante, el cual varía desde tris--- teza leve hasta intensos sentimientos de culpa y deses--- peración; dificultad para pensar, incluyendo la dificul--- tad para concentrarse y la falta de decisión. Pérdida de interes con participacion menor en el trabajo y la di--- versión.



Síntomas somáticos como cefalea, alteraciones del sueño, disminución del apetito sexual. Ansiedad.

Un estado depresivo puede alcanzar las dimensiones de una psicosis con síntomas presentes graves como: Retardo psicomotor, ideas delirantes de naturaleza hipocondriaca o persecutoria. Aislamiento de actividades, síntomas físicos de mayor intensidad como son: Ideación suicida, Insomnio, pérdida de peso, anorexia, apetito sexual reducido, diversas molestias somáticas, o bien un cuadro de depresión agitada. (17).

La queja principal del deprimido puede tomar diferentes formas: Estado emocional desagradable, un cambio de actitud hacia la vida. Síntomas somáticos de naturaleza específicamente depresiva. Síntomas somáticos no característicos de la depresión. En ocasiones la queja principal se refiere a un cambio en las acciones, las reacciones o la actitud hacia la vida; siguiendo el interrogatorio, el paciente admite que ha sufrido un cambio en su estado de ánimo, pero lo atribuirá a sus síntomas somáticos (2).

Manifestaciones Emocionales.- Este término se refiere a cambios en los sentimientos del paciente a los cambios en su conducta externa directamente atribuibles a su alteración emocional, encontrándose principalmente:

A).- Animo abatido manifestado de diferente forma y expresado como trastorno somático, como: opresión precordial, insomnio, nudo en la garganta, etc.

B).- Síntomas Vegetativos: Constipación, palpitaciones, sequedad de mucosa oral, etc.

C).- Insatisfacción.

D).- Indiferencia afectiva.

E).- Accesos de llanto.

F).- Pérdida del sentido del humor.

Manifestaciones Cognoscitivas.- Un grupo de estas manifestaciones está compuesto por las opiniones distorsionadas del paciente sobre sí mismo: baja valoración de sí mismo, distorsiones de la imagen corporal, previsiones pesimistas. Autoacusación y autocrítica, la cual expresa el concepto que tiene el paciente sobre la casualidad. Se incluye además la indecisión.

Manifestaciones Motivacionales.- Que incluyen deseos e impulsos conscientes que sobresalen en las depresiones siendo su característica su naturaleza regresiva ya que se siente atraído por las actividades que le exigen menos, ya sea en cuanto al grado de responsabilidad o de iniciativa ó a la cantidad de energía que requieren. Incluye: I. Pérdida de la motivación positiva. II. Deseos de escape, evasión y aislamiento. III. Deseos suicidas, IV. Aumento de la dependencia.

Manifestaciones Neurovegetativas y físicas.- Incluye principalmente: Pérdida del apetito que puede ser el primer síntoma en depresiones incipientes. Trastornos del sueño. Disminución de la libido y fatigabilidad. (3), (7), (15).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- El paciente deprimido no se encuentra siempre en estado de depresión. Puede presentar síntomas orgánicos diversos, puede tener también hasta apariencia de individuo feliz siendo ésta alegría una defensa; hipomaniaca, bastando solo una interrogación sobre las circunstancias de la vida del paciente para admitir que está perturbado.

Por lo general el paciente piensa que el Médico espera que le mencione solo cierto tipo de síntomas (diarreas al Gastroenterólogo, cefalea al Neurologo, etc.) - una demostración de interés de parte del Médico ayudará a descubrir una depresión oculta. Por otra parte los

Los síntomas clásicos de la depresión son admitidos por el paciente, éstos pueden estar enmascarando una seria enfermedad (8), (9).

Así, el primer paso para saber si el problema básico es depresión o un disturbio somático debe hacerse - el diagnóstico diferencial, revisando sistemas e incluir vida emocional y social del paciente dentro del contexto médico.

Los padecimientos de orden médico que se manifiestan en forma depresiva son numerosas y decirle al paciente que su dolencia no tiene importancia es hacerle un gran daño.

Un completo examen médico es esencial para descubrir una afección, en vista de que los síntomas depresivos ocurren en gran variedad de enfermedades.

Se pueden mencionar varios aparatos y sistemas:

A.- Sistema Nervioso Central.- Enfermedad de Parkinson, "rigidez del tono muscular y sensación de fatiga, Esclerosis múltiple, Tumores cerebrales, etc.

B.- Tracto Gastrointestinal.- El cual es el más frecuentemente implicado; manifestaciones como dispepsia mal sabor de boca, distensión abdominal, etc. son comunes en el síndrome depresivo, alrededor de un 10 % de pacientes con CA de páncreas presentan inicialmente depresión.

C.- Secuelas de enfermedad.- La depresión es común después de enfermedades virales como la influenza, la mononucleosis o la Hepatitis infecciosa, muchas semanas después de tratadas frecuentemente aparecen cuadros de letargo y manifestaciones hipocondriacas.

D.- Enfermedades Endocrinas.- Hipotiroidismo, síndrome de Cushing, CA de páncreas. Puede igualmente presentarse depresión en Artritis Reumatoidea, Ca pulmonar, después de intervenciones quirúrgicas serias, especial-



mente laparatomías, amputaciones, así también durante la menstruación, en postparto y otras entidades.

TRATAMIENTO.-- Lo más difícil en el tratamiento de la depresión, es reconocerla, distinguirla de otros estados emocionales, ya que a menudo la depresión está acompañada de síntomas de tensión, e incluso agitación con predominio de alguno de ellos en relación de 80 % a 20 % o viciversa.

La terapéutica está encaminada a diferentes puntos:

A.-- Psicológico.-- Es iniciada a menudo durante crisis situacionales ya que éste es el momento en el cual la gente es maleable al cambio. La terapéutica de crisis debe enfrentarse con la crisis, sus antecedentes y los nuevos senderos para manejar problemas similares anticipados. La psicoterapia individual estará orientada a ayudar al individuo a que cambie algunos aspectos como falta de autoconfianza, problemas de identidad, etc. para enfrentarse a la vida. Ocasionalmente la ira y la culpa subrayan la depresión entonces la Verbalización y enfrentamiento a estos sentimientos disminuyen la depresión.

Es necesaria la Psicoterapia familiar o por pareja en situaciones con ausencia de armonía familiar o marital Campbell sugiere los siguientes pasos :

Diagnostico apropiado, explicaciones de los síntomas somáticos para lograr la cooperación y tranquilizar al paciente. Eliminación de factores ambientales precipitantes o agravantes, fortalecimiento de funciones familiares. Combatir la escrupulosidad del paciente dándole explicación además de que se evitan depresiones futuras. Además de tranquilizar y explicar al paciente se recomienda dejarle hablar, inclusive hasta la catarsis. (15)

La terapia ocupacional, ya que estimula la iniciativa y la imaginación produciendo una sensación de reposo

y tranquilidad, satisfacción. La terapia conductista --- solo en casos específicos.

B.- SOCIAL.- Los tipos sociales de manejo son particularmente importantes debido a que la consecuencia --- frecuente de la depresión es la abstinencia social, ésta a su vez exacerba el vacío y la soledad resultante en --- todavía mayor soledad y mayor retracción y aislamiento --- social.

En casos graves está indicada la hospitalización, máxime cuando existe intento suicida. Cuando está implicada una pérdida corporal (amputación, colostomía) se --- forman grupos de individuos que se autoayudan para sobre llevar el peso de su pérdida. Cuando existe pérdida de --- autoconfianza en ausencia de trabajo, es necesaria la --- rehabilitación vocacional.

C.- MEDICO.- Es necesaria la valoración médica --- para descartar padecimientos subyacentes así como determinar si hay o no problema de alcoholismo o toxicomanía.

Existen numerosos medicamentos antidepresivos disponibles, agrupados en Tricíclicos, Tetracíclicos, Inhibidores de la monoaminooxidasa, así como profilaxis con sales de litio, cuya acción ansiolítica y antidepresiva es ampliamente desarrollado en tratados correspondientes; existiendo además el electrochoque el cual es efectivo en la depresión tanto agitada como retardada, melancolía involutiva y en depresiones de los ancianos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

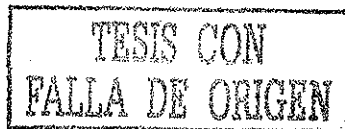
MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 50 pacientes deprimidos; 17 hombres y 33 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 15 y 61 años, que acudieron por primera vez a la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Regional de Especialidades del I.M.S.S. Puebla, que fueron enviados por diferentes servicios de atención médica en donde no se encontró patología orgánica demostrable.

Los autores asistieron a los consultorios No. 27 y 28 de la institución mencionada durante los meses de Junio y Julio de 1982, durante 3 hrs. cada uno, en el turno matutino, en donde a cada uno de los pacientes se les aplicó la " Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la Depresión ". Para considerar a cada uno de los pacientes como deprimidos se calificaron los 22 parámetros de la mencionada escala (cuadro No. 1), cuya puntuación que va del 0 a 4 de acuerdo con la intensidad del parametro, se tomo para éste estudio a quienes obtuvieron una puntuación total no menor de 17 puntos (11).

Se valoró cada caso en particular mediante historia clínica completa, revisión exhaustiva del expediente clínico y estudios de laboratorio y gabinete en donde se corroboró ausencia de patología orgánica. Se excluyeron para el estudio aquellos pacientes que presentaron patología somática y a pacientes que acudieron por segunda vez a la consulta psiquiatrica, en quienes su cuadro clínico ya había sido modificado por el tratamiento médico instituido.

Se clasificaron por grupos de edad , sexo, escolaridad, ocupación, calidad de derechohabiente. Se tabularon los datos obtenidos de acuerdo al puntaje obtenido -



en la escala ^{psiquiátrica} de Hamilton para la depresión con representación en cuadros. Posteriormente se clasificó la sintomatología somática encontrada en dichos pacientes en orden de mayor prevalencia -Objeto de nuestro estudio- clasificandose mediante tres parámetros a cada uno de los Items : 1.- Leve considerando al síntoma con manifestación mínima. 2.- Grave como manifestación incapacitante o bien, que fué objeto de estudio del servicio de procedencia. 3.- Moderada con término medio.

Se efectuó el procedimiento con lenguaje común, numérico y porcentual, utilizando las fórmulas estadísticas de Media, Mediana y Desviación estandar, -siendo ésta última, de acuerdo a cada síntoma encontrado y de acuerdo a la población estudiada, cuyos resultados se presentan a continuación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No.1

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Enfermo		Fecha	
Edad.....		Natural de	
Estado		Profesión	
Tratamiento		Dosis.....	
		<small>(Indicar si está o no jubilado)</small>	
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desempeño, inutilidad)		0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se refieren oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	
2. Sensación de culpabilidad		0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.	
3. Suicidio		0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).	
4. Insomnio precoz		0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.	
5. Insomnio medio		0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).	
6. Insomnio tardío		0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	
7. Trabajo y actividades		0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.	
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida)		0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.	
9. Agitación		0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.	

10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle. 					
11. Ansiedad somática	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; font-size: 2em;">}</td> <td style="border: none; padding-left: 10px;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.		
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.				
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales. 					
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. 					
14. Síntomas genitales	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. </td> <td style="border: none; padding-left: 20px;"> Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.			
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.					
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas. 					
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). </td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> } Por término medio. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). 		<ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.	
<ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). 						
<ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.					
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo. 					
18. Variación diurna	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding: 0 10px;"> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">M</td> <td style="border: none; text-align: center;">T</td> </tr> </table> </td> <td style="border: none; padding-left: 10px;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave 	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">M</td> <td style="border: none; text-align: center;">T</td> </tr> </table>	M	T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave 	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">M</td> <td style="border: none; text-align: center;">T</td> </tr> </table>	M	T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
M	T					
19. Despersonalización y falta de realidad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante. 					
20. Síntomas paranoides	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Sospechosos. 2. Ideas de referencia. 3. Delirios de referencia y de persecución. 					
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. 					
22. Otros síntomas (Especificar)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. 					

Suma total puntuaciones

--	--	--	--

18

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 50 pacientes deprimidos mediante la " Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la Depresión ", vistos por primera vez en la consulta externa de Psiquiatría. Para considerar al paciente deprimido se requirió un mínimo de 17 puntos, obteniéndose el siguiente puntaje:

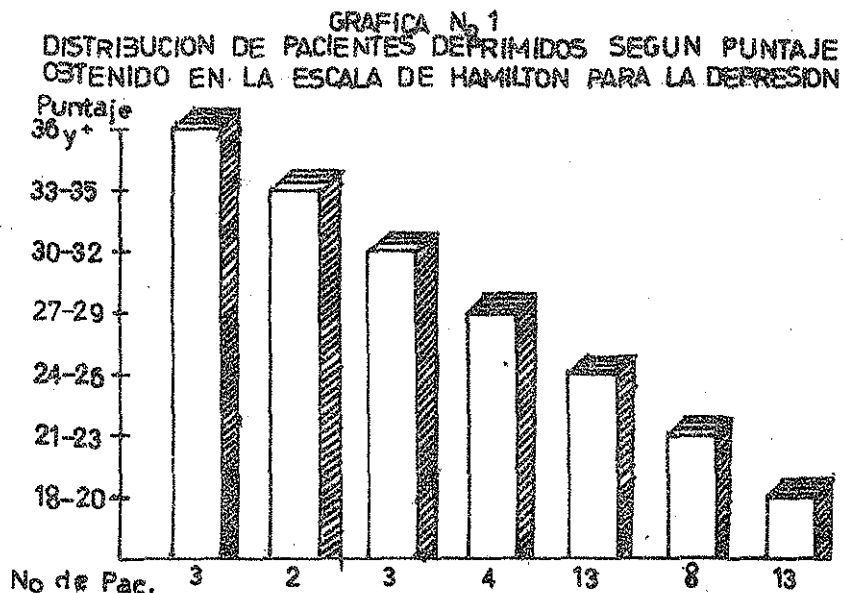
PUNTAJE: 36 35 33 32 30 29 27 26 24 23 22

FRECUENCIA: 3 1 1 1 1 2 2 6 7 1 4

PUNTAJE: 21 20 19 18

FRECUENCIA: 3 7 8 2

La distribución del puntaje en grupos de tres se presenta en la siguiente gráfica:



F.º ENCUESTA EN C.E. PSIQ. H.E.P.

CUADRO N.º 2

TOTAL DE PACIENTES DEPRIMIDOS ESTUDIADOS EN JUNIO Y JULIO DE 1982

Sexo	No	%
Femenino	33	66
Masculino	17	34
Total	50	100

FUENTE: ENCUESTA EN C.E. DE PSIQ. H.E.P.

CUADRO N.º 3

DISTRIBUCION DE 50 PACIENTES DEPRIMIDOS EN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	Fem.	Masc.	Total	%
11-15 Años	1	0	1	2
16-20 "	1	1	2	4
21-25 "	3	1	4	8
26-30 "	6	3	9	18
31-35 "	2	1	3	6
36-40 "	5	5	10	20
41-45 "	5	2	7	14
46-50 "	5	2	7	14
51-55 "	3	1	4	8
56-60 "	0	1	1	2
61 y+ "	2	0	2	4

FUENTE: ENCUESTA EN C.E. DE PSIQ. H.E.P.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N.º 4
 PORCENTAJE Y SEXO SEGUN TIPO DE DERECHOHABIENTE

Derechohabiente	F	M	%
Asegurado	11	15	52
Beneficiario	21	0	42
Pensionado	1	2	6
TOTAL	33	17	100

FUENTE: ENCUESTA EN C.E. DE PSIQ. H.E.P.

CUADRO N.º 5
 DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO

Escolaridad	F	M	Total
Analfabeta	0	2	2
Primaria incompleta	9	3	12
Primaria completa	10	4	14
Secundaria incompleta	3	2	5
Secundaria completa	0	2	2
Carrera técnica	8	0	8
Preparatoria incompleta	0	1	1
Preparatoria completa	0	0	0
Profesional incompleta	1	3	4
Profesional completa	2	0	2
Total	33	17	50

FUENTE: ENCUESTA EN C.E. DE PSIQ. H.E.P.

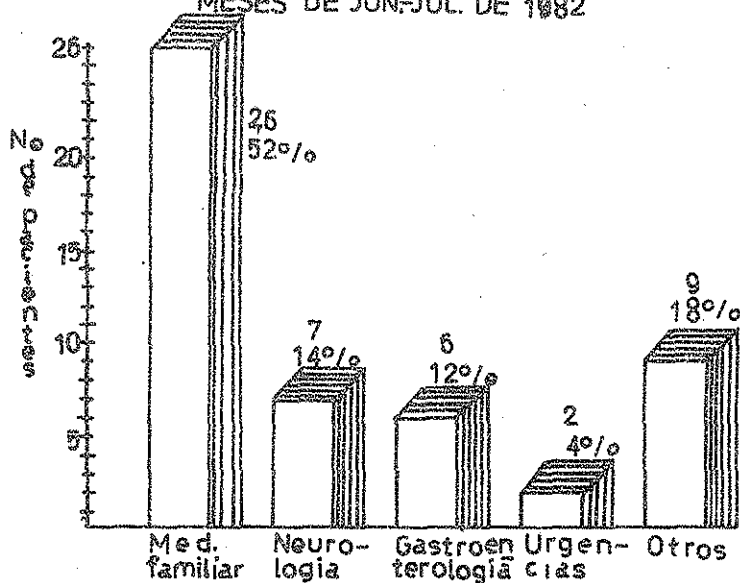
CUADRO No 6

RELACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS SEGUN SU OCUPACION

Ocupación	No	%
Labores del hogar	19	38
Obieros	11	22
Secretarias	6	12
Empleados	4	8
Comerciantes	2	4
Choferes	2	4
Mecanicos	1	2
Campecinos	1	2
Estudiantes	1	2
Locutores de radio	1	2
Medicos	1	2
Enfermeras	1	2
Total	50	100

FUENTE: ENCUESTA EN C.E. DE PSIQ. H.E.P.

SERVICIO DE PROCENCIA DE 50 PACIENTES DEPRIMIDOS ENVIADOS A LA C.E. DE PSIQUIATRIA DEL H.R.E.P EN LOS MESES DE JUN-JUL. DE 1982



FUENTE: encuesta en C.E. de Psiq. H.E.P.

GRAFICA No 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N.º 7

SISTEMAS MAS AFECTADOS SEGUN SEXO Y POR
CENTAJE EN 50 PACIENTES DEPRIMIDOS.

Aparato	F	M	Totales	%
Sistema nervioso	14	4	18	36
Cardiaco	11	6	17	34
Digestivo	5	4	9	18
Musculo-esqueletico	1	1	2	4
Otorrinolaringologia	1	1	2	4
Genitourinario	1	0	1	2
Respiratorio	1	0	1	2
Total	35	15	50	100

FUENTE: encuesta en C.E. de Psiq. H.E.P.

CUADRO N.º 8

SINTOMAS SOMATICOS EN 50 PACIENTES DEPRIMIDOS
CLASIFICADOS EN DIFERENTES GRADOS: LEVE, MODERA-
DO, GRAVE Y PORCENTAJE

I T E M S	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL	%
1.- CEFALEA	9	22	5	36	72
2.- DIAFORESIS	8	22	3	33	66
3.- TRANSTORNOS DEL SUEÑO	6	19	8	33	66
4.- IRRITABILIDAD	9	17	4	30	60
5.- FATIGABILIDAD	8	18	0	26	54
6.- DISNEA	13	11	1	25	50
7.- COLICO ABDOMINAL	5	13	6	24	48
8.- HIPOREXIA	11	9	4	24	48
9.- ALGIA MUSCULAR	9	11	1	21	42
10.- PALPITACIONES	8	13	1	22	44
11.- VERTIGO	8	9	2	19	38
12.- DISESTESIAS Y PARESTESIAS	3	12	3	18	36
13.- PRECORDALGIA	9	8	0	17	34
14.- PERDIDA DE PESO	6	5	5	16	32
15.- NAUSEAS	9	6	0	15	30
16.- ASTENIA	6	7	1	14	28
17.- DIARREAS	3	8	2	13	26
18.- CONSTIPACION	2	7	4	13	26
19.- URGENCIA URINARIA	7	4	1	12	24
20.- ADINAMIA	5	7	0	12	24

CONTINUA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTINUACION.

I T E M S	LEVE	MODERADO	GRAVE	TOTAL	%
21.- BOCA SECA	5	4	1	10	20
22.- DISTENCION ABDOMINAL	3	6	1	10	20
23.- DISMINUCION DE LA LIBIDO	1	9	0	10	20
24.- FLATULENCIA	2	4	3	9	18
25.- POLAQUIURIA	2	5	1	8	16
26.- OPRESION PRECORDIAL	3	5	0	8	16
27.- REGURGITACION	1	6	0	7	14
28.- VOMITO	4	1	1	6	12
29.- TAQUICARDIA	2	4	0	6	12
30.- TEMBLOR	0	4	2	6	12
31.- PUJO Y TENESMO	0	4	1	5	10
32.- BRADICARDIA	2	3	0	5	10
33.- ALUCINACIONES	1	3	0	4	8
34.- SUSPIROS	1	3	0	4	8
35.- TRANSTORNOS MESTRUALES	0	2	2	4	8
36.- DISURIA	2	1	0	3	6
37.- HIPERVENTILACION	1	2	0	3	6
38.- ERUCTOS	2	1	0	3	6
39.- LIPOTIMIA	0	2	0	2	4
40.- TENESMO VESICAL	1	1	0	2	4

FUENTE: encuesta directa en C.E. de Psíqu. H.E.P.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 8

SINTOMAS SOMATICOS MAS FRECUENTES EN
LOS TRES PRIMEROS SISTEMAS AFECTADOS
EN 50 PACIENTES DEPRIMIDOS.

No.	S.NERVIOSO%	S.CARDIACO%	S.DIGESTIVO%
1	cefalea	72 palpitaciones	44 colico abdominal
2	diaforesis	56 precordalgia	34 hiporexia
3	transtornos del sueño	56 opresion precordial	16 nausea
4	irritabilidad	60 taquicardia	12 diarrea
5	vertigo	38 bradicardia	10 constipacion

FUENTE: Encuesta en C.E. de Psiq. H.E.P.

26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO N°10

SINTOMAS SOMATICOS EN 50 PACIENTES
DEPRIMIDOS CON VALORES DE MEDIA, DES
VIACION ESTANDAR, SEGUN CADA SINTO-
MA Y EN RELACION A LA MUESTRA ESTU-
DIADA

ITEMS	TO- TAL	MEDIA		DESVESTANDARD	
		Por Síntoma	En General	Por Síntoma	En General
1.- CEFALEA	36	12	.72	8.88	3.33
2.- DIAFORESIS	33	11	.66	11.91	3.20
3.- TRANSTORNOS DEL SUEÑO	33	11	.66	7	2.89
4.- IRRITABILIDAD	30	10	.65	6.55	2.64
5.- FATIGABILIDAD	26	8.66	.52	9.01	2.68
6.- DISNEA	25	8.33	.5	41.32	2.22
7.- COLICO ABDOMINAL	24	8	.48	5.38	2.03
8.- HIPOREXIA	24	8	.48	3.60	1.97
9.- PALPITACIONES	22	7.33	.44	6.20	2.07
10.- ALGIA MUSCULAR	21	7	.42	5.57	1.92
11.- VERTIGO	19	6.33	.38	3.78	1.64
12.- DISESTESIAS Y PARESTESIAS	18	6	.36	5.19	1.72
13.- PRECORDALGIA	17	5.66	.34	4.7	1.7
14.- PERDIDA DE PESO	16	5.33	.32	0.56	1.23
15.- NAUSEAS	15	5	.3	4	7.35
16.- ASTENIA	14	4.66	.28	3.21	1.25
17.- DIARREAS	13	4.33	.26	3.20	1.18
18.- CONSTIPACION	13	4.33	.26	2.51	1.11
19.- URGENCIA URINARIA	12	4	.24	3	1.09
20.- ADINAMIA	12	4	.24	3.31	1.16

CONTINUA.....

CONTINUACION.

ITEMS	T O - T A L	M E D I A		D E S V . E S T A N D A R D	
		Por. Síntoma	En General	Por. Síntoma	En General
21.- BOCA SECA	10	3.33	.2	2.07	.87
22.- DISTENSION ABDOMINAL	10	3.33	.2	2.51	.91
23.- DISMINUCION DE LA LIBIDO	10	3.33	.2	4.93	1.24
24.- FLATULENCIA	9	3	.18	1	.51
25.- POLAQUIURIA	8	2.66	.14	2.28	.70
26.- OPRESION PRECORDIAL	8	2.66	.16	2.5	.79
27.- REGURGITACION	7	2.33	.14	3.21	.84
28.- VOMITO	6	2	.12	1.73	.60
29.- TAQUICARDIA	6	1	.12	2	.60
30.- TREMBLOR	6	2	.12	2	.60
31.- PUJO Y TENESMO	5	1.66	.1	2.07	.49
32.- BRADICARDIA	5	1.66	.1	1.52	.49
33.- ALUCINACIONES	5	1.33	.08	1.52	.43
34.- SUSPIROS	4	1.33	.08	1.52	.43
35.- TRANSTORNOS MESTRUALES	4	1.33	.08	1.14	1.06
36.- DISURIA	3	1	.06	0	.30
37.- HIPERVENTILACION	3	1	.06	0	.30
38.- ERUCTOS	3	1	.06	0	.30
39.- LIPOTIMIAS	2	0.66	.04	1.15	.27
40.- TENESMO VESICAL	2	0.66	.04	0.57	.19

FUENTE: encuesta directa en C.E. de Psiq. H.E.P.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES.

Se estudiaron 50 pacientes deprimidos que asistieron por primera vez a la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Regional de Especialidades del I.M.S.S. --- Puebla, enviados por diferentes servicios que incluyeron 17 hombres y 33 mujeres y cuyas edades fluctuaron entre 11 y 61 años, con una media de 36.0 años.

En nuestra población estudiada todos los pacientes deprimidos fueron valorados mediante la " Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión " --- (cuadro 1), la cual exige 17 puntos mínimos para considerar al paciente deprimido (11). En nuestra muestra la --- mínima calificación obtenida fué de 18 puntos y máxima de 36, con una media de 24.8, que agrupados según el --- puntaje total, se expone en la gráfica No. 1.

Se encontró mayor prevalencia en la mujer (cuadro No.2), que corresponde al 66 % y 34 % en el hombre lo --- cual concuerda con los datos obtenidos por el Dr Robert B. Taylor y otros autores (4), (10) en donde encontraron --- una frecuencia mayor en el sexo femenino en relación de 2 a 1, siendo explicable por los aspectos biológicos y las presiones psicológicas a que se encuentra sometida la --- mujer, particular relevancia toma éste dato en la población que acude al H.R.E del I.M.S.S.

En relación a la edad, la población estudiada fluctuó entre 11 y 61 años. La depresión no respeta edades ya que se ha comprobado depresión infantil, producida --- por reacción ante la privación ó pérdida de una liga afectiva; y lo más frecuente es que ocurre por relaciones --- familiares adversas manifestado ocasionalmente en forma síntomas somáticos. Entre la tercera y cuarta década de

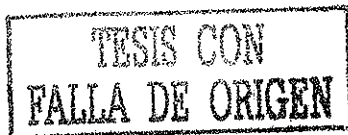
la vida, es explicable, ya que el individuo se enfrenta a situaciones de la vida diaria y a responsabilidades -- que su roll exige (14). Encontramos mayor frecuencia en edades que fluctuan entre 25-50 años, como lo muestra la gráfica No. 2, similar a la obtenida por Kielhotz (4) -- quien encontró mayor prevalencia entre 20-45 años.

Es interesante hacer notar la observación en relación al tipo de derechohabiente, ya que se encontró que el mayor porcentaje correspondió al asegurado con 52 % - Beneficiario 42 % y pensionado el 6 % (cuadro No. 4). -- Como podrá apreciarse es alto el porcentaje de población económicamente activa que se incapacita, disminuye su -- productividad con motivo de la depresión, en relación a los grupos de derechohabiente beneficiario y pensionado.

En relación a la escolaridad de la población estudiada la depresión con síntomas somáticos predominó en -- aquellos que cursaron únicamente primaria y educación -- media o carrera técnica (cuadro No. 5) siendo menor el -- porcentaje en los extremos, que correspondió a los anal--fabetas y a profesionales.

La depresión con síntomas somáticos, según nuestra investigación, de acuerdo al tipo de actividad, predominó en las dedicadas a labores del hogar con 38 % y una pe--queña proporción de profesionistas; secretarias 6 %, -- enfermeras 2 %, médicos 2 % apreciándose predominio en -- el sexo femenino. Esto es explicable en parte por encon--trarse el individuo presionadas " por su propia persona, para hacer "sus propias cosas" y desempeñar el roll de -- esposa colaboradora, etc. Cuadro No. 6.

El 50.6 % de los pacientes tubieron antecedentes -- quirúrgicos, que incluyó a un paciente con amputación -- de miembro torácico derecho, que motivó la depresión, y



el resto de pacientes con laparatomía previa (colecistectomía, apendicectomías), pero que no motivó directamente el cuadro depresivo, a excepción de un paciente femenino con colecistectomía 2 años antes.

El 10 % tuvieron antecedentes heredofamiliares -- Psiquiátricos; 2 con síndrome depresivo y 3 con cuadro -- sugestivo de esquizofrenia.

El 52 % de los pacientes captados para el presente trabajo, procedió de los servicios de Medicina Familiar -- datos que concuerdan con lo descrito por Watts (20) de -- que la depresión es esencialmente una enfermedad de la -- práctica médica general, y que la mayoría de los casos -- de depresión pueden ser adecuadamente atendidos por los Médicos familiares --Objetivo de Nuestro Estudio-- median-- te un diagnóstico oportuno y utilización de las medidas terapéuticas fundamentales. El 14 % de los enfermos fué canalizado por Neurología, Gastroenterología el 12 % de los pacientes y el resto por otros servicios (gráfica No 3). La depresión frecuentemente se encuentra enmascara-- da por síntomas somáticos y por ello erróneamente diag-- nosticada como una afección orgánica, lo cual es objeto de estudios minuciosos e innecesarios por otros servi-- cios que no corresponden a la enfermedad en sí.

El sistema Nervioso está frecuentemente implicado en las quejas del paciente deprimido (15), en nuestra -- serie ocupó el primer lugar con 36 %, siendo el segundo en importancia el aparato cardiovascular con 34 %, y en tercer lugar el "aparato Digestivo con 18 %. En orden de-- creciente se encontraron afectados también el Sistema -- musculoesquelético, ORL, Ap. Genitourinario y el Aparato Respiratorio, como se muestra en el cuadro No.7.

Los síntomas somáticos más frecuentes encontrados



en los 50 pacientes estudiados, se resumen en el cuadro No. 8, cada ítem (40 en total), se presentan según el grado de intensidad en : Leve con manifestación mínima, Grave con manifestación incapacitante o bién, que fué objeto de estudio del servicio de procedencia, en donde no se demostró patología orgánica, y Moderada con manifestación intermedia. El exámen de éste cuadro nos muestra que la estructura factorial no es "pura" ya que cada ítem está saturado en diferente porcentaje en cada factor con predominio del segundo que corresponde al Moderado, siendo en los primeros ítems saturación significativa y que corresponden al sistema Nervioso.

Los primeros cinco síntomas más frecuentes y en los tres Sistemas más afectados, se presenta en el cuadro No. 9, en donde se puede observar que los primeros síntomas somáticos correspondió al S. Nervioso parasimpático, S. Cardiovascular y S. Digestivo.

El perfil medio empírico de los ítems en mención se muestra en el cuadro No. 10, en donde la media y desviación estándar se muestra por síntoma y en relación a los 50 pacientes estudiados.

Merece especial mención, ya que ha sido objeto de numerosos estudios -el suicidio- considerado por Coppen como un desenlace fatal en sujetos deprimidos no tratados o deficientemente tratados (2). Estudios continuados de 10 años de duración, han demostrado que uno de cada 6 pacientes con depresión concebía ideas suicidas, siendo ésto más frecuente en hombres que en mujeres y aumentando considerablemente la frecuencia con la edad. Encontramos diferencia a éste respecto; ya que en nuestra serie, fué el sexo femenino el más afectado con intento suicida, con un total de 4 pacientes, que es el 8 % y



que corresponde a un paciente por cada 12.2. El Dr. McClure menciona que cualquier paciente deprimido (4), (16) deberá considerarse como un suicida en potencia, y más de un 50 % de sujetos que se han suicidado, en estudios retrospectivos se encontró que habían consultado a un médico cuando más un mes antes de cometer el acto suicida. Esto señala la comprometedor y difícil situación en que se encuentra el médico para evitar el suicidio.

De los conceptos mencionados en el contenido de este trabajo, se desprende la gran responsabilidad, que tiene el médico y en especial el Médico Familiar de hacer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la depresión, lo cual evitará el sufrimiento moral y físico al enfermo, así como sus posibles fatales consecuencias, el sufrimiento de la familia y de gastos innecesarios a la institución.

Deseamos que el lector quede motivado para continuar posteriores investigaciones acerca de una entidad frecuentemente enmascarada por síntomas somáticos, como es la depresión, ya que no incluimos otras variantes, no olvidando que el hombre es una entidad Biológica, Psicológica y Social.



B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Alexander , F.: *Psiquiatría Dinámica* Ed. Paidós. Tercera edición, Buenos Aires, Argentina 1970, pag. 115
- 2.- Beck, T.A.: *Diagnóstico y tratamiento de la depresión* Ed. Merck Sharp and Dohme International.- Primera edición, Rahway, N.J., E.U. 1976, pag. 4.
- 3.- Bablensky, A.; Sartorius, N.; Gulbinat, W. and Ernberg, G. : Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. *Acta Psychiatrica scandinavica*. 63:367,1981.
- 4.- Campillo, S.C. y Caraveo, A.: *Epidemiología de la depresión*. *Salud Mental*. 4:40,1979.
- 5.- Chamberlain, B. B.: *Neurosis y Psicosis*. Ed. La prensa Médica Mexicana - Primera edición, México 1962, pag. 83.
- 6.- De la fuente, H.R. y Campillo, S.C.: *Papel de la depresión en la patología humana*. *Psiquiatría* 5:3,1975
- 7.- Diethelman, O.: *Los estados de depresión*. Ed. Paidós Primera edición, Buenos Aires, Argentina 1961, Pag. 226.
- 8.- Di Mascio, A.: *Differential symptom reduction by drugs and psychoterapy in acute depresión*. *Arch. Gen. - Psychiatric*. 36:1450,1979.
- 9.- Elorriaga, H.: *Los transtornos mentales y nerviosos en la Republica Mexicana y distrito Federal*. *Salud Publica de México*. 18:581,1975.
- 10.- Endicot, J.; Cohen, J. y Gols.: *Hamilton depresión - Rating Scale*. *Arch Gen. Psychiatry*. 38:98-103,1981.



- 11.- Hamilton, M.: A rating Scale for depression. J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. 23:56-62,1960.
- 12.- Hafling, K.C.: Tratado de psiquiatría- Ed. Interamericana S.A.- Primera Edición, México.1965, pag. 271
- 13.- Hendell, R. F.: The Classification of depressions: A review of contemporary confusion. Brit. Jou. of -- Psyc. 3:59,1980.
- 14.- Kandel, D.; Davies, M.: Epidemiology of depressive mood in adolescents. Arch. Gen. Psychiatry. 39:1205-1212, 1982.
- 15.- Kolb, M.: Psiquiatría clinica moderna. Edit. Prensa Médica Mexicana. Quinta edit. 1980, pag. 666.
- 16.- Moffic, H.S. and Raykel, I.G.: Depression in "medical in patients. Brit. Jou. Psyc. 196:346,1975.
- 17.- Schwah, J.; Blalowl, M.; Brown, M. and Jolser, E. : Diagnosing depression in medical in patients. Ann. of Int. Med. 67:695,1967.
- 18.- Stern, S.L.; Push, A. and Mendels, J.: Toward a rational pharmacoterapy of depression. Am. J. of Psyc. 137:545,1981.
- 19.- Taylor, B. R. y Arnold, J.: Depresión en la mujer. Mundo Médico. 8:45,1981.
- 20.- Watts, C. A.: Depressive disorden in the community. Wright. Bristol, 1966.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN