



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

39
2e.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
URUAPAN, MICHOACÁN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN
DERECHOHABIENTE DE LA TERCERA EDAD
EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
EN URUAPAN, MICHOACÁN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CLINICA HOSPITAL URUAPAN

PRESENTA:

Dr. Carlos Gilberto Chávez Murguía

JEFATURA DE ENSEÑANZA
INVESTIGACION



URUAPAN, MICHOACÁN

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

280995



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
URUAPAN MICHOACÁN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN
DERECHOHABIENTE DE LA TERCERA EDAD
EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
EN URUAPAN MICHOACÁN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:



DR. CARLOS GILBERTO CHÁVEZ MURGUÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
DE LA TERCERA EDAD EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
DE LA CIUDAD DE URUAPAN, MICHOACÁN.

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar, presenta:

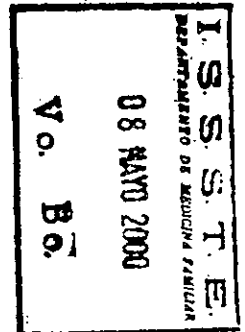
DR. CARLOS GILBERTO CHÁVEZ MURGUÍA

DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS DEL ISSSTE EN
URUAPAN, MICHOACÁN.

DRA. MARTHA PATRICIA CHAGOLLA VILLASEÑOR
ASESOR DE TESIS

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE




**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN
DERECHOHABIENTE DE LA TERCERA EDAD
EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
EN URUAPAN MICHOACÁN**


**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar,
presenta:**

DR. CARLOS GILBERTO CHÁVEZ MURGUÍA

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**J. Jesús,
María de los Ángeles,
Gloria,
Carlos Christopher,
Itzel Patricia,
Oscar Raúl...**

Gracias

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO	TEMA	PÁGINA
1	Resumen	1
2	Antecedentes de la depresión	2
	* Definición	2
	* Antecedentes históricos	2
	* Clasificación de las enfermedades depresivas	3
	* Perspectiva etiopatogénica	7
	* SNC y las emociones	7
	* Biología de la depresión	7
	* Hipótesis de las catecolaminas en la depresión	7
	* Síntesis y metabolismo de las catecolaminas	8
	* Receptores de las monoaminas	8
	* Estudios neuroendócrinos	9
	* Eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenales	9
	* Eje Hipotálamo-Hipófisis-Tiroides	9
	* Hormona del crecimiento	9
	* Estudios neurofisiológicos	9
	* Estudios genéticos	10
	* Factores psicodinámicos	11
	* Causas ecológicas	11
	* Causas sociales	11
	* Psicología de la vejez	11
	* Epidemiología	14
	* Prevalencia, Incidencia y riesgo	14
	* Factores transhistóricos y transculturales	14
	* Factores raciales	14
	* Género	14
	* Edad	15
	* Estado civil	15
	* Sintomatología	16
	* Diagnóstico	17
	* Clínico	17
	* Escalas de medición	18
	* Escala de Zung	19
	* Curso y pronóstico	19
	* Prevención de la depresión	20
	* Tratamiento de la depresión	21
	1) Farmacológico	21
	* Metabolismo de los neurotransmisores	21
	* Mecanismo de acción de los antidepresivos	21
	* Antidepresivos tricíclicos	22
	* Inhibidores de la MAO	23
	* Nuevos antidepresivos	27
	2) Tratamiento Electroconvulsivo	29
	3) Psicocirugía	29
	4) Psicoterapia	30
III	Planteamiento del problema	31
IV	Justificación	32
V	Objetivo	33
VI	Metodología	34
VII	Resultados	35
	* Tabla 1	36
	* Gráfica 1	37
	* Tabla 2	38

	* Gráfica 2	39
	* Tabla 3	40
	* Gráfica 3	41
	* Tabla 4	42
	* Gráfica 4	43
	* Tabla 5	44
	* Gráfica 5	45
	* Tabla 6	46
	* Gráfica 6	47
VIII	Análisis	48
IX	Conclusiones	49
X	Anexos	
	* Dibujo 1	50
	* Dibujo 2	51
	* Dibujo 3	52
	* Dibujo 4	53
	* Cédula de recolección de datos	54
	* Protocolo de Zung	55
	* Tabla de calificación del protocolo de Zung	56
XI	Bibliografía	57

RESUMEN

El estudio se realiza con el objeto de identificar con qué frecuencia se presenta la depresión en la población derechohabientes de la tercera edad adscrita a la Unidad, con el apoyo de la escala de Zung.

Se comprobó que la escala de Zung es un instrumento muy valiosos para el estudio y diagnóstico de estos enfermos. Su sencillez permite su utilización rutinaria en el consultorio del médico familiar general.

Se corrobora lo publicado en diversas fuentes. A los síntomas siempre se les asocia con algún padecimiento orgánico, estableciéndose el diagnóstico de acuerdo a dicha correlación, motivo por el cual las alteraciones psiquiátricas y psicológicas no aparecen en los reportes de los padecimientos más frecuentes de atención médica en la consulta externa.

De la población estudiada, los que presentaron el porcentaje más alto de síndrome depresivo fueron los viudos.

ANTECEDENTE DE LA DEPRESIÓN

DEFINICIÓN.-

- a) Estado de abatimiento que imposibilita para la acción, se caracteriza por tristeza profunda, e inmotivada. Puede dar síntomas físicos o psíquicos.
- b) Estado de melancolía que hace perder el ánimo.
- c) Es un trastorno de humor que se caracteriza por una visión sombría del mundo y de sí mismo.

1.2

La depresión es el resultado de la interacción de determinadas fuerzas biológicas y sociales que en un medio complejo, actúan de forma nociva para el Sistema Nervioso Central de una persona. Los humores son emociones sostenidas, los afectos son expresiones de menor duración. La depresión y la euforia predominan en los trastornos del humor. 2,4

ANTECEDENTE HISTÓRICOS.-

La historia de las enfermedades psiquiátricas es tan antigua como el hombre mismo. La interpretación de las manifestaciones de éstas, dependía del tipo de cultura que predominara; así tenemos que en tiempo de predominio de las religiones, se consideraba al individuo que la padecía como "poseído por el diablo o los malos espíritus". En la época de Hipócrates según el criterio predominante, el estado de salud de los individuos dependía del equilibrio o desequilibrio de los humores corporales (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema). A la melancolía (que correspondería a la depresión) se consideraba producida por la bilis negra. Así tenemos registros de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Plutarco, Celsus, Galeno, etc. Entre los siglos XVII y XVIII sobresalieron las obras de Bright y Robert Burton. A principios del siglo XIX Philippe Pinel relacionaba la melancolía y el suicidio. En Francia los Falret (padre e hijo) detectan que ciertas locuras tienen cierta ciclicidad en su presentación, con carácter hereditario. Kahlbaum identifica que la depresión y la manía son dos fases opuestas de un mismo padecimiento.

A finales del siglo XIX y los albores del siglo XX, hay un choque muy importante entre dos corrientes psiquiátricas, Freud y Kraepelin. El primero consideraba que muchas depresiones eran de origen psicológico, en el cual el individuo elaboraba un mecanismo de defensa para adaptarse a condiciones hostiles. Su origen lo remitía a la infancia del enfermo (etapa oral), en la que experimenta una pérdida valiosa hacia la que siente odio por haberse alejado, para posteriormente volver contra sí mismo dicho sentimiento. Conforme transcurre el tiempo, se desechan conceptos, se conservan otros y se incorporan nuevos. Actualmente el carácter oral se ha convertido en sinónimo de necesidades afectivas, de apoyo exagerado y dependencia excesiva. La constante es que hay una pérdida vital para el paciente durante su desarrollo. Para Kraepelin las depresiones eran de origen endógeno, de causa orgánica, ligadas a la herencia. Indica la presencia de un trastorno químico o endócrino que provoca un trastorno en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. 1,4

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS.-

- HISTORIA:

Ha sido larga y difícil la labor para unificar, diagnosticar y clasificar las entidades psicopatológicas a través de la historia de la medicina. Las alteraciones patológicas del humor son conocidas desde antiguo en medicina, las artes y otras ciencias.

Desde Aristóteles se repite la asociación entre genio y melancolía.

La medicina antigua engloba en el término *melancolía* no solo las alteraciones patológicas, generalmente las más intensas del humor y del ánimo sino a otros cuadros delirantes crónicos a los que clasificamos como esquizofrenias. Hasta Weygandt, a finales del siglo XVIII no aparece una clara distinción entre las enfermedades afectivas y las enfermedades mentales. Comparativamente, la melancolía de la antigua medicina correspondería a la psicosis endógena y las psicosis afectivas graves son lo que queda una vez desgajada la esquizofrenia. Esta misma jerarquización se repite en la noción de síntomas de primer orden de K. Schneider. ^{1,3}

En la actualidad persiste la polémica en cuanto a la definición y clasificación de las enfermedades depresivas. No solo hay diferencias de escuelas, sino dentro de las mismas, incluso, un mismo psiquiatra puede presentar diferencias entre su trato a los pacientes, lo que publica, dice y enseña.

Lo más común dentro de los trastornos afectivos son la depresión y la excitación emocional. Puede presentarse una sola o alternada. La más común es la depresión sola, se denomina trastorno unipolar. Cuando el individuo sufre ya de manía sola o alterna cíclicamente con depresión, se denomina trastorno bipolar.

Un método para clasificar los trastornos afectivos es separarlos en:

- Primarios
- Secundarios

Los trastornos afectivos primarios se originan dentro del contexto de procesos patológicos, mientras los trastornos afectivos secundarios se presentan como respuesta a otra patología psiquiátrica, enfermedad sistémica o como efecto secundario de algún medicamento que se este ingiriendo.

Es importante recordar que la mayoría de los trastornos afectivos pueden ser tratados, o al menos controlados con éxito; que la mitad de los cuadros pasan desapercibidos al médico que un elevado número de éstos pacientes terminarán suicidándose.

De acuerdo a la IX revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-IX) llevada a cabo por la OMS, son incluidos los cuatro cuadros nosológicos de Hippus y Selbach, quedando:

En resumen, a la depresión psicótica le corresponden los rubros del 295 al 298.0, a la depresión neurótica 300.4 y a la depresión simple del 308 al 313.

Recordemos que en la depresión psicótica los elementos genéticos juegan un papel muy importante. Se caracteriza por una acentuada alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y un choque muy importante con el medio.

En la depresión neurótica la personalidad del individuo ha sido mal integrada durante su etapa evolutiva, por problemas que presentó durante las etapas de niñez y adolescencia.

En la depresión simple, el enfermo es un individuo con un estado de salud mental satisfactorio que ha sufrido un desequilibrio bioquímico que altera el metabolismo de sus neurotransmisores cerebrales a consecuencia de problemas psicológicos, sociales o ecológicos. 4, 5

Clasificación Internacional de las Enfermedades

ICD- IX

- 290** **Psicosis orgánica senil y presenil**
- 290.2** Demencia presenil del tipo depresivo o paranoide
- 295** Psicosis esquizofrénica
- 295.7** Tipo esquizoafectivo
- 296** Psicosis afectivas
- 296.0** Psicosis maniacodepresiva, tipo maniaco
- 296.1** Psicosis maniacodepresiva tipo depresiva
- 296.2** Psicosis maniacodepresiva, circular, fase maniaca
- 296.3** Psicosis maniacodepresiva, circular, fase depresiva
- 296.4** Psicosis maniacodepresiva, circular, mixta
- 296.5** Psicosis maniacodepresiva, circular, fase no especificada
- 296.6** Psicosis maniacodepresiva de otro tipo y del no especificado
- 296.8** Otros
- 296.9** Sin especificación
- 298** Otras psicosis no orgánicas
- 300** Trastornos neuróticos
- 300.4** Depresión neurótica
- 301** Trastornos de la personalidad
- 301.1** Trastorno afectivo de la personalidad
- 308** Reacción aguda ante gran tensión
- 308.0** Con predominio de las alteraciones emocionales
- 309** Reacciones de adaptación
- 309.0** Reacción depresiva breve
- 309.1** Reacción depresiva prolongada
- 309.2** Con predominio de alteración en otras emociones
- 311** Trastorno depresivo no clasificado en otra parte
- 313** Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
- 313.0** Con ansiedad y miedo
- 313.1** Con sentimiento de infelicidad y tristeza
- 313.2** Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social
- 313.3** Problemas de relación
- 313.8** Trastornos mixtos u otros

La tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III), clasifica los trastornos afectivos de la siguiente manera:

Trastorno afectivo orgánico

293.83 Trastornos afectivos mayores

Trastorno bipolar

296.4X Maníaco

296.5X Depresivo

296.6X Mixto

Depresión mayor

296.2X Episodio único

296.3X Recurrente

Otros trastornos afectivos específicos

301.3 Trastornos ciclotímicos

301.4 Trastornos distímicos (neurosis depresiva)

Trastornos afectivos atípicos

296.70 Trastorno bipolar atípico

296.82 Depresión atípica

En los últimos años las técnicas estadísticas aplicadas a los hallazgos clínicos coinciden bastante con los de Klerman, quien había formulado cuatro rasgos hipotéticos de la depresión endógena: Síndrome clínico especial, factores precipitantes generalmente ausentes, personalidad premórbida estable y evolución autónoma. En consecuencia, parece sugestivo aceptar una jerarquización de los síndromes afectivos para la patología psiquiátrica y la medicina en general.

CLASIFICACIÓN JERÁRQUICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Sintomáticos o secundarios

- a) Somatógenos
- b) Esquizofrénicos

Icásticos, primarios o genuinos

- a) Bipolares II (Depresión-manía)
- b) Bipolares I (Depresión-hipomanía)
- c) Unipolares Enfermedad depresiva familiar pura.
Enfermedad depresiva esporádica.
Espectro de enfermedad depresiva.

*Enmascarados **

- a) Máscaras vegetativas (psicosomáticas).
- b) Máscaras conductuales y neuróticas.
 - Neurosis
 - Trastornos de la personalidad
 - Conductas autodestructivas
 - Adicciones
 - Trastornos de conducta

- Delitos menores
- Depresión pseudodemencial

Distimias de la vida cotidiana

Depresión de subfondo (e hipomanías).

Depresión de trasfondo (e hipomanías).

Reacción de duelo.

* Puede ser unipolar o bipolar

Clasificación de los trastornos afectivos primarios:

<i>Bipolar I</i>	Tiene antecedentes de hospitalización por manías.
<i>Bipolar II</i>	Tiene antecedentes de hospitalización sólo por depresión (ha padecido o Padece de <i>hipomanía</i>).
<i>Otros bipolares</i>	Sólo ha tenido tratamiento ambulatorio por depresión o <i>hipomanía</i> . Personalidad ciclotímica
Unipolar I	Reúne los criterios de manía pero no precisa de tratamiento. Tiene antecedentes de hospitalización por depresión. Carece de antecedentes familiares de manía.
UnipolarII	Tiene antecedentes de hospitalización por depresión. Tiene antecedentes familiares de manía.
Otros unipolares	Ha estado en tratamiento por depresión.

PERSPECTIVA ETIOPATOGÉNICA

- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y LAS EMOCIONES

Las manifestaciones afectivas de la mente o emociones –alegría, miedo, ira, tristeza, etc.- poseen un componente psíquico y otro físico que consiste en modificaciones viscerales o somáticas. Todos los individuos han experimentado en los estados emocionales, modificaciones emocionales –temblor durante el miedo, depresión muscular durante la tristeza, etc.- y cambios en la función glandular, cardiovascular, etc. Por tanto las emociones se acompañan, las emociones se acompañan de una función integrada del Sistema Nervioso Central (SNC) y de este, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), interviniendo tanto el Sistema Simpático como Parasimpático. En la regulación de las manifestaciones descritas interviene un conjunto de centros nerviosos, especialmente, el *Hipotálamo*, *Sistema límbico*, y el *Sistema Activador Reticular Ascendente*.

Fig 1

- a) *Hipotálamo*: Es un centro de integración simpático y parasimpático, y rige las manifestaciones viscerales de las emociones, pero también influye sobre la actividad somática a través de vías que se dirigen a la *formación reticular* y que a su vez, a través de las vías reticulares descendentes actúan sobre el músculo. Fig. 2
- b) *Sistema Límbico*: Es evidente que la corteza cerebral interviene en la fisiología emocional. En primer lugar, el *Lóbulo Prefrontal*, pero sobretodo, el sistema límbico que está unido por varias vías a aquél. El sistema Límbico está comprendido esencialmente por el *hipocampo*, el *cingulo*, *amígdalas* y *núcleos septales*. La estimulación de éstos centros puede provocar ira o miedo, apatía, depresión emocional, etc. Es muy probable que en las estructuras límbicas se encuentren centros que actúen de forma opuesta, unos de otros. El sistema Límbico está conectado al Hipotálamo y a la *Formación Reticular*. Fig. 1
- c) *Sistema Activador Reticular Ascendente*: Comprende la Formación Reticular y las proyecciones tálamo-corticales difusas. Se encuentra conectado por diversas vías a las estructuras anteriores.

BIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Los estudios sobre los neurotransmisores en animales de laboratorio y en seres humanos, han permitido progresos muy importantes sobre las bases biológicas de la depresión.

En 1952 Se empezó a utilizar la reserpina como agente antihipertensivo, apareciendo posteriormente reportes que atribuían a esta sustancia efectos depresores en algunos individuos. En ese tiempo se empezó a utilizar la Iproniazida –Inhibidor de la MonoAmino Oxidasa (MAO)-derivado de la Isoniazida, agente antifímico que demostró efectos antidepresivos. En 1957, en un estudio controlado, se demostró su efecto antidepresor. En 1958 se empezó a demostrar el efecto antidepresor de la imipramina. En base a tales hallazgos se empezaron a desarrollar las primeras hipótesis acerca de la etiología de la depresión desde el punto de vista biológico.

- HIPÓTESIS DE LAS CATECOLAMINAS EN LA DEPRESIÓN

Las hipótesis biológicas más importantes en las últimas décadas acerca de la etiología de la depresión atribuyen el problema a la función alterada de una o más MonoAminoOxidasas (MAO) Que actúan como neurotransmisores sinápticos en el SNC. Dichos neurotransmisores a los que se les atribuyen influencia en la depresión son:

- 1) Noradrenalina (NA).
- 2) Acetilcollina (AC)

- 3) Dopamina (DA)
- 4) Serotonina (SE)
- 5) Ácido Gamma-aminobutírico (GABA)

- Síntesis y Metabolismo de las catecolaminas

La Tiroxina, precursora de algunas catecolaminas, es hidroxilada por la enzima correspondiente produciendo **DOPA** que a su vez es descarboxilada dando lugar a la **DA**, la cual es captada por las vesículas que en las neuronas noradrenérgicas contienen Betahidroxilasa de la **DA** (**BHD**) la cual añade un grupo hidroxilo a la cadena lateral de la **DA** para producir **NA**. Las **MAO** y la Catecol-O-transferasa (**COMT**) degradan a las catecolaminas produciendo diversos metabolitos inactivos, que en caso de la **DA** son Metoxitiramina, ácido hidroxifenil acético (**DOPAC**) y ácido homovanílico (**HVA**). De manera análoga, los metabolitos de la **NA** son Normetanefrina 3-metoxi-4-hidroxifeniletilglicol (**MHPG**) y el ácido vanililmandélico (**VMA**).

Las terminaciones nerviosas productoras de **SE** tiene vías metabólicas semejantes a las de las terminaciones productoras de catecolaminas. El Triptofano por medio de la hidroxilasa y descarboxilasa respectivamente, se transforman en **SE**. Una de sus vías de inactivación es la **MAO-Mitocondril** cuyo producto único principal de desdoblamiento es el ácido 5-hidroxiindolacético (**5-HIAA**). La vía de inactivación de estas sustancias (**NA**, **DA**, **SE**) a nivel de la sinapsis, es el proceso de recaptación activa hacia la neurona presináptica.

Los neurotransmisores se almacenan en vesículas sinápticas protegidas contra la acción de las **MAO**. Estos neurotransmisores se descargan por exocitosis o por fusión de las membranas de las vesículas presinápticas con la membrana plasmática de la célula, vaciándose el contenido de la vesícula en el espacio sináptico. Las catecolaminas ejercen sus efectos selectivos a nivel de los receptores localizados en la superficie de la membrana de las células postsináptica.

A finales de los años 60's la perfección de las técnicas histoquímicas permitió confirmar que existen vías independientes para la **NA** y la **DA**. Actualmente la mayoría de las pruebas se inclinan a favor de la función de la **NA** en la depresión, involucran también a la **DA**. Si se compara la determinación cuantitativa de metabolitos de los neurotransmisores en la orina de un individuo sano y la de otro que cursa con depresión, se encuentra que en éste último las cifras de **MHPG**, **HVA**, **5-HIAA** son bajas.

RECEPTORES DE LAS MONOAMINAS

El receptor es una proteína fija en la membrana que cuando se combina con el receptor, cambia su configuración y da lugar a diversos acontecimientos intracelulares. Cuando disminuye su estimulación funciona de forma decreciente, y viceversa (homeostasis).

Se cree que los receptores beta postsinápticos estimulan la actividad de la Adenilciclasa que convierte el **ATP** en **AMPc**, el cual a su vez actúa como segundo mensajero de diversas hormonas y neurotransmisores para que ejerzan su efecto sobre los receptores.

Se ha demostrado que los tratamientos crónicos con antidepresivos reduce la sensibilidad de los receptores beta centrales por disminución de su número. La capacidad para disminuir la función de los receptores es una propiedad de todos los tratamientos antidepresivos eficaces. 9

- ESTUDIOS NEUROENDÓCRINOS

De acuerdo a la anatomía y fisiología del Sistema Nervioso Central (SNC), este integra, regula, así como interrelaciona en sus estructuras las funciones tanto del Sistema Simpático como Parasimpático de las funciones más elevadas como son, la memoria, el sueño la vigilia, alegría, ira, satisfacción, insatisfacción, etc. La regulación de las funciones hormonales se verá alterada en los casos en que las estructuras centrales del SNC que las coordina, se encuentren disfuncionales, como es el caso de los enfermos depresivos. En base a lo anterior se ha tratado de determinar alteraciones en los ejes Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenales (HHS), Hipotálamo-Hipófisis-Tiroides (HHT), y de la Hormona del Crecimiento.

EJE HIPOTÁLAMO-HIIPÓFISIS-SUPRARRENALES.(HHS).

Se sabe que los pacientes deprimidos suelen tener concentraciones altas de Cortisol libre en orina de 24 horas, aumento de las crisis secretorias, alteración de las estructuras de la producción de cortisol. Actualmente la prueba de supresión de la dexametasona (PSD), se ha convertido en la única prueba biológica más estudiada en psiquiatría. Consiste en la aplicación al paciente de 1 mg de dexametasona a las 23 horas, al día siguiente se toman muestras de sangre a las 8, 16 y 23 horas para medir la concentración plasmática del cortisol. Una concentración plasmática de cortisol mayor a 5 microgramos en cualquiera de las muestras se considera anormal, o falta de supresión. Normalmente la supresión de cortisol plasmático de dexametasona, persiste por un mínimo de 24 horas. La sensibilidad de la prueba en pacientes sospechosos o ya diagnosticados como deprimidos es leve en los caso de depresión mayor (40%-50%), pero mayor en los casos de depresión grave o particularmente psicóticos (60%-70%). Hay datos de incapacidad para que éstos enfermos vuelvan a la supresión normal en la prueba arriba mencionada, lo cual puede indicar el peligro de una recaída o de adoptar una conducta suicida. Este estudio se utiliza sólo para confirmar los casos diagnosticados o fuertemente sospechosos, pero de ninguna manera para diagnosticar la patología. 10

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-TIROIDES (HHT).

Se ha informado de elevaciones en las concentraciones séricas basales (CSB) de la Hormona Estimulante de la Tiroides (TRH por sus siglas en inglés) y la presencia de anticuerpos antitiroideos con mayor frecuencia de la esperada en personas deprimidas. La TRH normalmente estimula la descarga hipofisaria de TSH, Prolactina, Hormona Luteinizante y la Hormona Foliculo Estimulante. La descarga de TRH puede ser inducida por la NA y DA e inhibida por la SE pero no la AC. Se determinan los valores séricos de la TSH tanto en condiciones basales como después de la aplicación IV de 0. mg de TRH. La diferencia mayor entre las concentraciones basales de TSH y las que se observan después de la administración de TRH se define como incremento de TSH. Al 50% de los pacientes con depresión mayor se les identifica con una especificidad del 90%. Este estudio se utiliza con el mismo criterio que la prueba del PSD, sólo para corroborar diagnósticos.

HORMONAS DEL CRECIMIENTO

Se sabe que los agonistas-Alfa adrenérgicos, los dopaminérgicos y los serotoninógenos inducen a la descarga de Hormona del Crecimiento. Las investigaciones actuales permiten hacer algunas inferencias, sin que sean estas aún significativas. 4,9

-ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

El Estudio de los registros electroencefalográficos (EEG) de la actividad neurológica durante el

sueño en individuos que cursan con depresión, no muestra trazos que permitan identificarlos como patognomónicos del padecimiento, ni que permita confiar en que la presencia de alguno de ellos identifique a un sujeto que está cursando con depresión. No obstante lo anterior, se han encontrado ciertas alteraciones que son comunes en estos individuos.

El EEG de un individuo sano muestra dos periodos:

- 1) Sueño REM
- 2) Sueño no REM

Ambos se van alternando cíclicamente durante el sueño. En el periodo del sueño REM, se presentan movimientos oculares rápidos, es cuando ocurren los sueños, hay una disminución del tono muscular. El 20%-25% del sueño corresponde a este periodo. El primer periodo REM se inicia normalmente 90 minutos después de comenzada la etapa 2 del sueño y cada ciclo REM y no REM subsiguientes dura entre 70 y 120 minutos.

El periodo no REM está constituido por cuatro etapas:

- Etapa 1: Que es un periodo de transición de la actividad EEG desde el despertar hacia el sueño. Cerca del 5-10% del tiempo de sueño corresponde a esta etapa.
- Etapa 2: Se caracteriza por la aparición de espigas de sueño y complejos K'. El 45-55% del sueño corresponde a esta etapa.
- Etapas 3 y 4: Se caracteriza por ondas delta de baja frecuencia. El 10-20% del sueño corresponde a estas etapas.

De acuerdo a investigaciones, se encuentran cuatro anomalías electroencefalográficas comunes en los pacientes con depresión primaria o endógena; a) Reducción del tiempo del sueño delta. b) Aumento de la actividad REM y acortamiento de la latencia REM. En la mayoría de estos pacientes se ha encontrado alteraciones del sueño (80-85%), aumento del número de ocasiones en que el paciente despierta en la noche. Despertar temprano por la mañana y disminución de la eficiencia del sueño. El 15-20% de estos pacientes presenta hipersomnia. En la actualidad se cuentan que apoyan el empleo de la latencia REM acortada como sugestiva de depresión. 11

- ESTUDIOS GENÉTICOS

Son varias las líneas de estudio que sugieren que algunas formas de depresión tienen etiología genética. Las proporciones de riesgo pasan del 25% si están afectados un hermano y uno de los padres y del 40% si el trastorno del humor lo presentan un hermano y ambos padres. Los índices de riesgo entre los parientes de primer grado se incrementa cuando el sujeto en estudio experimenta depresión unipolar a una edad relativamente temprana de iniciación (antes de los 40 años). La mayor parte de los estudios ha demostrado un incremento en la prevalencia de la depresión (sobre todo de tipo unipolar) entre las mujeres, con una proporción entre mujeres y varones de 2:1, o mayor.

Los estudios realizados en gemelos han demostrado una concordancia mayor entre gemelos monocigotos que entre los dicigotos, sobre todo la forma bipolar. Otros estudios que han abordado estas líneas de trabajo son las de los hijos de progenitores depresivos que se desarrollan en familias que no presentan esta condición y sin embargo, desarrollan la alteración y viceversa.

Se han involucrado a los cromosomas X y 11 así como al sistema HLA. Hay estudios que sugieren que la punta del brazo corto del cromosoma 11 confiere una fuerte predisposición a la enfermedad bipolar.

Algunos rasgos biotipológicos se han relacionado con algunas forma de depresión como son el temperamento ciclotímico y el tipo pícnico y las crisis maniaco-depresivas. 1,4,5

- FACTORES PSICODINÁMICOS

El estudio de los factores psicodinámicos ha demostrado que de individuos que se encuentran en condiciones similares en las que pueden desencadenar un cuadro depresivo, sólo el 20% de ellos lo desarrolla, lo cual apoya indirectamente los estudios de predisposición genética más que los factores por sí mismos.

- CAUSAS ECOLÓGICAS

En general, la contaminación ambiental en sus diversas formas (tierra, aire, agua, alimentos, etc.) ha sido uno de los factores más frecuentemente relacionados con estos cuadros, ya que los daños orgánicos que va causando a los organismos, en muchos casos son irreversibles. Afecta la calidad de vida de grandes grupos de población. Así tenemos los individuos que viven en las inmediaciones de los aeropuertos, los cuales no tienen sueño normal y con el transcurso del tiempo se afecta su comportamiento como consecuencia del insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, sordera, hipertensión arterial, todo lo cual genera problemas de relación, depresión etc. Las condiciones de tráfico caóticos en las grandes ciudades que implica mayor número de accidentes viales, pérdidas de vidas y económicas y en el mejor de los casos, pérdida de tiempo (actualmente tiempo es dinero), de tal manera que en muchos de estos casos, a las dos horas de haber iniciado el nuevo día ya se perdió el control normal de sus acciones y sentimientos. Conforme aumenta el grado de contaminación. Ambiental, decrece la calidad de vida de los habitantes de las urbes. Es otra constante que afecta directamente la conducta de los individuos.

- CAUSAS SOCIALES

El individuo durante su desarrollo ha sido influido definitivamente por la familia, la comunidad en que vive así como la religión. Si bien a la mayoría de las personas les ha dado cierta seguridad y un desarrollo relativamente normal. También a ciertos individuos les ha propiciado y generado ciertas condiciones adecuada para desarrollar alteraciones de su humor. En la actualidad en que se han debilitado los lazos del individuo con su familia, comunidad y religión, enfrenta solo situaciones por sí cada vez más difíciles de superar sin tener una adecuada preparación tanto en lo emocional como en lo intelectual, moral, físico. 1,4

- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ

Las personas de la tercera edad presentan el efecto acumulativo de una serie de enfermedades de orden general que les causan serias limitaciones en su vida de relación y en su rendimiento. Lo anterior hace que estos individuos se sientan seres incapaces, estorbos en una sociedad altamente tecnificada en la que el rendimiento se encuentra sobrevaluado. Lo anterior se ve magnificado por la ausencia de programas ocupacionales para estas personas. 2

Los adultos de edad avanzada no suelen mencionar sus síntomas depresivos al médico, en gran medida debido a su visión distorsionada de lo que es una enfermedad mental. Lo anterior aunado al proceso propio de la edad como la dificultad de adaptación, labilidad de carácter, debilitamiento de las funciones intelectuales de forma global y parcializada. Las reacciones a estas limitaciones pueden tener muchos matices e implicaciones. Sin embargo, la depresión no es parte natural del proceso de envejecimiento. En el individuo anciano como en otras poblaciones de pacientes es una enfermedad seria y –más a menudo– crónica que afecta el estado de ánimo, la conducta y la salud física.

La depresión profunda ocurre más frecuentemente en ancianos recluidos en alguna institución, en tanto que la frecuencia de los tipos de depresión menos debilitante que aumenta de forma impresionante con la edad, es la más alta en la comunidad. Las fases depresivas al paso por los periodos de involución suelen ser más duraderos y los intervalos entre ellos suelen ser menores; así como los cuadros de tipo sintomático durante la involución ven disminuir la intensidad de los síntomas nucleares; además, ven que se añade con una frecuencia mayor de combinaciones a esas edades, síntomas de tipo paranoides.

Glickman y Friedman afirman que el desorden psiquiátrico más frecuente en la vejez es la depresión. A veces la orientación depresiva de la personalidad toma un curso clínico de cronicidad, así vemos enfermos que nunca se curan. Otra manifestación depresiva, ahora psicótica de la tercera edad, son las depresiones involutivas que corresponde a uno de los cuadros depresivos de curso más tórpido de la clínica que puede terminar como un cuadro demencial. Este tipo de cuadros es más frecuente en la mujer.

En el anciano es más frecuente el suicidio que las tentativas, lo cual es más frecuente entre los varones. Entre las mujeres se encuentra una mayor tendencia al suicidio entre los 55-65 años y luego disminuye, lo cual no ocurre con el varón que mantiene la tendencia al suicidio incluso hasta los 75 años. 2,12,27

En los EE UU el grupo de hombres de raza blanca, mayores de 80 años de edad constituye el núcleo de población de mayor riesgo de suicidio. Sus posibilidades de suicidio es 6 veces mayor que el del resto de la población. Otros individuos que corren el riesgo son los que tienen antecedentes de cáncer, consumo excesivo de alcohol, trastornos emocionales o mentales.

Se debe evaluar el riesgo de suicidio como parte del interrogatorio sistemático de éstos pacientes o de los que sean sospechosos. Preguntar si su sentimiento es "no vale la pena vivir", si en algún momento ha pensado hacerse daño. Preguntar su cuenta con algún medicamento o instrumento con el que se pueda hacer daño, si se encuentra frecuentemente solo, si ingiere bebidas alcohólicas de forma moderada o excesiva, etc. 7,8

La evaluación de la calidad del sueño del paciente puede ser útil para distinguir entre la ansiedad y la depresión. Quienes padecen de un trastorno de ansiedad primario suelen referir alteraciones del sueño, sobretodo para conciliar el sueño por la noche. Sin embargo, la hipersomnia no descarta la posibilidad de que exista ansiedad, de modo tal que la clave para diferenciar los dos cuadros es distinguir el tipo de cambio en el patrón de sueño. El hecho de despertar temprano es más común en el paciente con depresión que en quienes padecen de trastornos de ansiedad.

Los ancianos que padecen de ansiedad lucen tensos, ansiosos, nerviosos e irritables, pero no muy deprimidos. Puede ser que se sientan mejor por la mañana y conforme transcurre el día, va aumentando su ansiedad. En la ansiedad el peso se encuentra relativamente estable. 28

ENFERMEDADES QUE SE RELACIONAN CON LA DEPRESIÓN EN GERIATRÍA

CARDIOVASCULARES

Infarto de miocardio
Insuficiencia cardiaca congestiva

INFECCIOSAS

Hepatitis
Encefalitis
Influenza
Neumonía
Virus Epstein-barr

NEOPLASIAS

Cáncer de páncreas
Procesos malignos Supratentoriales

OTROS

Anemia
Dolor

ENDOCRINOLOGICAS

Hiperadrenocorticalismo
Hiperparatiroidismo
Hipertiroidismo
Hipotiroidismo

NEUROLÓGICAS

Demencia
Enf. De Huntington
Enf. De Parkinson
Epilepsia
Esclerosis múltiple
Infarto cerebral (especialmente del hemisferio cerebral izquierdo).

TRASTORNOS METABÓLICOS

Desequilibrio hidroelectrolítico
Deshidratación

EPIDEMIOLOGÍA

PREVALENCIA, INCIDENCIA Y RIESGO.

Los datos epidemiológicos sobre los trastornos afectivos difieren mucho en función de la metodología empleada, de los criterios de inclusión y exclusión y del enfoque que se le dé. Mientras más florido sea el cuadro, más fácil será su identificación. La OMS ha calculado la prevalencia de las psicosis afectivas en alrededor del 0.6% y de los trastornos depresivos de 3-5%. En México se ha encontrado una prevalencia de 11.63% de depresiones medias y 2.4% de depresiones severas, o sea, 14.1% de la población general. Las estadísticas en enfermos hospitalizados o ambulatorios permiten deducir datos acerca de la *incidencia*. Los cuadros depresivos ocupan el primer lugar en los diagnósticos de trastornos afectivos de primer ingreso en los EE UU que corresponde al 23%. De estos, 1/5 parte recibe tratamiento, 1/5 parte es hospitalizado y 1/200 parte realiza un intento de suicidio. La *espectancia* a lo largo de toda la vida es de alrededor de 1/10, aunque probablemente para la mujer sea del doble. El *riesgo vital* para los trastornos afectivos es de 15-30%. El *riesgo de enfermar* es la probabilidad de padecer al menos un episodio de la enfermedad si se sobrevive el periodo de riesgo. Las tasas de mortalidad son 2-3 veces más altas que en la población general. A la elevada tasa contribuyen de manera muy importante el descuido en su persona, la mala alimentación lo cual los hace más susceptibles a la infecciones. Hay un aumento en los accidentes, algunos de los cuales son intencionales, con fines suicidas. Y como se ha dicho anteriormente, es el grupo de población con mayor frecuencia de suicidios. Se ha calculado que aproximadamente el 15% de los pacientes deprimidos va a suicidarse. Los primeros intentos de suicidio ocurren dentro de los primeros meses que siguen a su hospitalización. La evaluación del riesgo de suicidio considera el grado y tipo de depresión; los melancólicos tienen un 30% de tentativas de suicidio, mientras que los neuróticos un 10%. 1,2,5

- FACTORES TRANSHISTÓRICOS Y TRANSCULTURALES

Hay explicaciones sociogenéticas en cuanto a la influencia de factores como urbanización, aglomeración, consumismo, la elevación del nivel de vida y cultural. Conforme el individuo va incorporando nuevas palabras a su vocabulario, sobre todo si lee artículos de divulgación científica -que es común actualmente- hará más fácil que describa su sintomatología de forma apropiada, facilitando su diagnóstico. Este ha sido un aspecto que ha venido influyendo para que se diagnostiquen más casos de trastornos afectivos. No sólo entre países, sino en una misma región se puede valorar de un modo muy distinto un mismo síntoma psicopatológico, en lo cual influyen las costumbres locales y nacionales. Se ha encontrado mayor número de deprimidos en poblaciones de menor escolaridad y menor en la de mayor nivel educativo. 1,2

- FACTORES RACIALES

Las diferencias entre japoneses y caucásicos son notables, los últimos muestran una tendencia mayor a los síntomas afectivos, mientras que en los primeros domina más una conducta retraída, esquizoide. En trabajos llevados a cabo por Halevi en que estudió la depresión en judíos orientales y la comparó con los judíos europeos, encontrando mayor incidencia entre aquellos judíos de condición socioeconómica y nivel educativo mas bajos. 1,2

- GENERO

La prevalencia de la depresión es mayor en las mujeres que en los hombres en proporción que varía de 1:5 a 1:8. El uso de antidepresivos se da en proporción de 8:1, sobretodo en mujeres entre los 20-29 años. En ciertas formas de psicosis bipolar se ha encontrado que se transmiten a

través del cromosoma X. En la India parece ser que hay más hombres con depresión que mujeres.

- EDAD

La máxima incidencia tiene lugar entre los 45-50 años en la mujer, después de los 60 en el hombre en las formas endógenas. En las formas reactivas la mayor incidencia se presenta entre los 26-40 años en las mujeres y entre los 36-40 en los varones. Las depresiones en la infancia y adolescencia suelen ser enmascaradas. 1

- ESTADO CIVIL

El estado civil más representativo es el de la viudez, el 30.7% de la población con depresión pertenece a este grupo, siguiéndole los solteros con 14.2%, divorciados, con 11.1%.

Actualmente se ha demostrado que los trastornos afectivos puede aparecer en cualquier nivel de la escala socioeconómica, intelectual y en cualquier tipo de personalidad. 1

SINTOMATOLOGÍA

Es posible descubrir un síndrome depresivo genuino que corresponde con el grupo endógeno en la mayor parte de análisis de agrupamiento. Este síndrome se presenta puro en muchos casos, en las formas graves es el prototipo. Siempre se presenta como elemento de un cuadro clínico. Cinco grupos de síntomas componen este síndrome:

- Trastorno del humor. Tristeza corporizada e independiente de acontecimientos externos.
- Trastornos de los impulsos y tendencias. Se trata de una inhibición psíquica y somática. La agitación está presente en las formas más angustiosas de depresión. La presencia de hiperactividad que es un tipo de agitación conlleva un alto riesgo de suicidio. Hay disminución tanto de apetito nutricional como del sexual.
- Trastornos del pensamiento: Se encuentran disminuidos el pensamiento, la atención, la concentración, el mantenimiento de la atención psíquica y de la riqueza de su contenido. Se trata de un pensamiento con perspectivas negativas de sí mismo, del mundo y del futuro. Hay una gran inseguridad.
- Trastorno de los ritmos vitales: Refieren empeoramiento de su cuadro por las mañanas, navidad, periodos vacacionales, en ciertas estaciones del año, en ciertas condiciones climáticas, etc.
- Síntomas somáticos: Trastornos del sueño, pérdida del apetito, fatiga, astenia, cefalea tensional, obesidad, mialgias, estreñimiento.
- Situaciones que pueden desencadenar la enfermedad (máximo un año retrospectivo):

Incremento en las discusiones conyugales	Fracaso en los negocios
Separación conyugal	Aborto
Comienzo de un trabajo distinto	Cambios de las condiciones de trabajo
Divorcio	Jubilación
Dejar la escuela	Problemas económicos serios
Cambio de domicilio	Tener un hijo
Enfermedad propia grave	Paro laboral
Muerte de un familiar próximo	Un hijo se va a casar
Enfermedad grave de un familiar	Una nueva persona vive en la casa
Un miembro de la familia deja el hogar	Despido
Embarazo	

El que la depresión se manifieste a través de dolores, no debe sorprender. El dolor aquí toma el carácter de sentimiento (corporal), más que sensación y tiene carácter difuso y global. No es de distribución radicular ni troncular, a pesar de lo cual puede confundirse con afecciones neurológicas. Pueden aparecer de forma aislada parestesias o algias aisladas o en combinación. Las *criestesis* son formas especiales de parestesias que los enfermos refieren en las zonas distales de los miembros.

Trastornos psicosenoriales:

Destacan los *vértigos timpánicos* y la *disopsia álgera*. En las depresiones se considera como fundamental, un trastorno del tiempo y espacio. La transición de éstos fenómenos con la

despersonalización son fluidos. La *acatisia* (imposibilidad para estarse quietos) conocida anteriormente a la introducción de los psicofármacos aunque se ha aumentado su presentación desde que se usan éstos. Las piernas intranquilas consiste en una sensación parestésica o disestésica que recorre la cresta tibial acompañada de pequeñas contracciones musculares, se presenta por la noche, generalmente antes de conciliar el sueño. El paciente siente mejoría al pisar el suelo frío.

Otros síntomas que refieren frecuentemente éstos enfermos son: náuseas, vómitos, gastralgias, acidez, pirosis, aerofagia, meteorismo, hipo, estreñimiento, diarrea, colitis, disnea, rinitis vasomotora, asma, disuria, impotencia, eyaculación precoz, hipersexualidad, amenorrea, frigidez, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, prurito, neurodermatitis, alopecia, delgadez, obesidad.

DIAGNÓSTICO

- CLÍNICO

Es condición de la vida que los logros y éxitos generen alegría y satisfacción, y que en base a éstos, darle valor y estabilidad a la vida individual; pero también es cierto que la pérdida de cualquiera de ellos, de lugar a sentimientos de tristeza, frustración en intensidad y duración autolimitada en los individuos normales. Es común que al médico General/Familiar acudan pacientes en estas condiciones, requiriendo apoyo o ayuda, siendo papel del facultativo investigar si el enfermo presenta un estado depresivo normal de acuerdo a su vivencia o presenta un cuadro de depresión patológica

La metodología para estudiar al paciente deprimido corresponde a la de todas las patologías:

- a) Historia Clínica.
- b) Interrogatorio al paciente, familiares y amistades.
- c) Aplicación de las escalas de medición.

Inicialmente el enfermo refiere síntomas vagos como “pérdida del apetito”, “dificultad para dormir”, “falta de concentración”, “cansancio”, o francamente refiere tristeza. La falta de rendimiento en su trabajo, la falta de deseos de distraerse, son referidos por la mayoría de estas personas.

El aspecto del paciente es elocuente, habla por sí mismo. Decaído apesadumbrado, con cierto grado de ensimismamiento, en ocasiones apático o presenta facies dolorosa que refleja la intimidad de sus sentimientos. La inflexión y contenido de sus palabras orientan al médico a pensar en el estado emocional adecuadamente, ya que refleja la desesperanza, el pesimismo. En los casos de depresión intensa, las expresiones son extremas, exageradas.

En el paciente se buscan los ocho criterios para el diagnóstico de depresión, establecidos por la DMS-III de la Asociación Americana de Psiquiatría, que son:

- 1) disminución del apetito con pérdida de peso, o aumento del apetito con aumento de peso.
- 2) Insomnio o hipersomnía.
- 3) Agitación o retraso psicomotor.
- 4) Pérdida del interés o del placer por las actividades comunes o disminución del impulso sexual.
- 5) Sensación de fatiga y pérdida de energía.
- 6) Sentimientos de invalidez, autoreproche o culpabilidad inadecuada.
- 7) Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse

8) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Cinco de los ocho criterios confirma el diagnóstico de depresión. Cuatro de ellos indican la posibilidad de que se encuentre deprimido. Se requiere que el estado depresivo se encuentre presente durante un mes para ser considerado como tal.

Una vez que se ha sospechado o establecido el diagnóstico de Síndrome depresivo, se tratará de identificar los factores desencadenantes, así como determinar si existen otras patologías asociadas. Se lleva a cabo un interrogatorio exhaustivo de los síntomas referidos por el paciente, incluyendo la evolución que han seguido cada uno de ellos (tristeza, sueño, astenia, etc.).

Se tratará de establecer las condiciones de descompensación depresiva y los factores desencadenantes en cada etapa de desarrollo (escolar, puber, adolescencia). Lo anterior para establecer la estructura de la personalidad del enfermo, que es el primer paso para llegar a la explicación del estado del paciente.

Si se cuenta con alguna de las escalas para el estudio sistematizado del paciente, ésta será una herramienta más en la ayuda para un diagnóstico más objetivo.

Es necesario recordar:

- La depresión sintomática de una afección orgánica implica el tratamiento de la afección causal.
- La depresión psicótica debe ser tratada por especialistas en salud mental.
- El tratamiento de la depresión neurótica depende de :
 - La calidad del medio que rodea al enfermo
 - La intensidad del síndrome depresivo, la existencia de ideas suicidas, tentativas anteriores.
 - La estructura de la personalidad del enfermo.
- En las depresiones de gravedad moderada, cuando el enfermo cuenta con asistencia eficaz pueden ser tratadas de forma ambulatoria; cuando no cuenta con dicha asistencia, o ésta no es la adecuada, se aconseja la hospitalización. Las depresiones neuróticas graves requieren de hospitalización en medio especializado.
- La depresión reactiva (secundaria) sólo requiere de apoyo psicológico.
- La depresión endógena requiere de farmacoterapia. 1,2,12,13

ESCALAS DE MEDICIÓN

- Métodos para medir la depresión

El registro sistemático de los hallazgos clínicos ha permitido la elaboración de escalas para medir el grado de depresión que sufren los pacientes que están cursando con dicha alteración. Esto ha permitido la estandarización y unificación de criterios de diagnóstico en la práctica clínica.

Un buen estudio clínico elaborado por un médico conocedor de la materia, no puede ser reemplazado por la mejor escala de evaluación, sino que ésta será un instrumento más del que dispone el profesional para el estudio de sus pacientes.

Actualmente las escalas de medición más conocidas y utilizadas son:

- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota.
- Escala de Hamilton.
- Inventario de Beck.
- Cuestionario General de Salud.
- Escala de Automedición de la Depresión (Zung).

Los cuatro primeros se aplican en estudios de investigación por lo exhaustivos que son, mas que en el campo clínico asistencial.

en el campo clínico asistencial.

La escala de Zung la va resolviendo el paciente, el médico se limita a asesorarlo en la interpretación de las dudas que se presenten durante la elaboración de la prueba. Incluye los síntomas más comunes del cuadro en términos sencillos, fácilmente entendibles para el enfermo. Los valores numéricos dados a las respuestas permiten la rápida cuantificación de las mismas, e identificar la severidad del cuadro.

ESCALA DE ZUNG

Consiste en 20 declaraciones, la mitad de las cuales son manifestación común de la depresión, fácilmente identificables por la persona que lo está resolviendo. Hay cuatro posibles respuestas al planteamiento: **muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo, continuamente.** El paciente marca la que corresponda a su vivencia.

Cada declaración tiene un valor numérico el cual se anota al margen derecho de la última columna. Al finalizar, éstos se suman y el resultado se extrapola con una tabla de valores que califica hasta cien puntos, dependiendo de las respuestas. Los valores bajos no tienen significado clínico. Los valores altos si requieren de atención médica.

Como medida de control, se intercalan declaraciones propias de individuos normales, de tal manera que se puede detectar si éste está siendo honesto en las respuestas o no. Corresponden a la mitad de los enunciados.

Como se mencionaba con anterioridad, este estudio cuantifica la intensidad del cuadro, no distingue entre síntomas y enfermedad. Los valores inferiores a 40 no son significativos de depresión, estos valores se encontraron en individuos normales que se utilizaron como controles. Puntuación de 40-47 se interpreta de acuerdo con el criterio de Zung, como una depresión moderada, de 48-55 es una depresión marcada, y de 56 ó más es una depresión grave. 1,2,4,12,13

CURSO Y PRONÓSTICO

La mayoría de los trastornos afectivos son autolimitados, con buen pronóstico, aún sin tratamiento. El pronóstico de un solo episodio afectivo, es generalmente benigno, aunque no son raras las recaídas. Con tratamiento, el 70-85% de los pacientes con trastornos afectivos agudos, presentan remisión completa.

Con las estrategias terapéuticas actuales, la enfermedad aguda se ha reducido a unas cuantas semanas. Anteriormente, la duración aproximada de los episodios depresivos agudos eran de 6-8 meses. Cerca del 15% de estos pacientes desarrollan la depresión crónica. El riesgo de recurrencia aumenta conforme avanza la edad.

En el caso de los trastornos bipolares, incluso en los episodios repetidos dejan intacta la mente, en las áreas intelectual, emocional, etc. y no va seguido de una desorganización de la personalidad. De hecho, muchos individuos que han sobresalido en el campo, de las ciencias y humanidades, han padecido de algunas de éstas alteraciones. Como es de esperar, un grupo de individuos presenta un comportamiento diferente; después de una serie de ataques muestran alteraciones en la iniciativa y juicio, así como una disminución progresiva en su capacidad para manejar los asuntos cotidianos.

El suicidio es la principal complicación de ésta enfermedad. La mayoría de éstos no son impulsivos, son planeados, a menudo esta intensión no es comunicada por el enfermo a sus allegados. Es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer, sobre todo en los ancianos y en especial, aquellos que han perdido a su pareja. El riesgo de autodestrucción aumenta cuando hay antecedentes familiares de algún suicidio o de algún intento.

Por regla, todas las amenazas de suicidio deben tomarse en serio. Estos pacientes deberán ser atendidos psiquiátricamente. 7,26,27,28

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Es envidiable la posición del Médico Familiar/General para detectar los factores del núcleo familiar de sus pacientes que pueden predisponer o de hecho desencadenan cuadros depresivos en uno o varios miembros de la familia. Esta situación es la ideal para trabajar sobre estos factores antes de que afecten a los individuos predispuestos. La prevención oportuna de los cuadros leves es importante ya que se puede evitar su agravamiento o su evolución a la cronicidad, con un tratamiento oportuno. La detección y tratamiento oportuno de las múltiples patologías que presentan los pacientes de la tercera edad, evitan los estragos físicos y en consecuencia, las alteraciones emocionales que los acompañan.

El restablecer la relación padre-hijos ayuda a que el enfermo mejore en gran medida su cuadro depresivo, gran parte de ello se quejan de haber sido abandonados por sus descendientes, refieren "estar solos".

Se ha estimado que los pacientes deprimidos acuden más con el médico Familiar que con los Psiquiatras, y que la mayoría de éstos diagnósticos se establecen en la consulta de primer nivel, pero también es cierto que muchos pacientes quedan sin ser diagnosticados. Aquí la importancia de estar atentos a detectar oportunamente esta alteración.

Un alto porcentaje de las personas de la tercera edad, cursan con enfermedades crónico-degenerativas, o ya con sus complicaciones. El hecho de jubilarse o pensionarse implica para éstas personas pérdida de su independencia económica, un cambio radical de sus hábitos y costumbres. La pérdida de seres queridos (familiares, amistades, etc.) acentúa el sentimiento de soledad. A esa edad es poco menos que imposible que encuentren una actividad remunerativa, lo cual aumenta su sentimiento de "ser inútiles". Si consideramos que el 39% de las defunciones por suicidio ocurren en este grupo etareo, y que previamente cursaron con cuadros depresivos, los cuales iniciaron como leves pero se fueron agravando por persistir el contacto paciente-factor desencadenante. Lo anterior evidencia la conveniencia de que el Médico Familiar/General trabaje en equipo con el Psiquiatra para el manejo adecuado de los enfermos con cuadro de depresión grave.

La posibilidad de éxito en la prevención, diagnóstico y tratamiento de éstos enfermos, se incrementa en la medida que la relación médico paciente sean óptimas, de tal manera que el médico identifique aquellos individuos predispuestos a presentar éste tipo de trastorno afectivo por estar en contacto o expuesto a alguno(s) de los factores desencadenantes del mismo.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

1) FARMACOLÓGICO

Para entender el efecto de los agentes antidepresores, es necesario recordar la fisiología de la sinapsis, que es el sitio donde ejercen su acción:

Se entiende por sinapsis el punto o sitio de contacto entre dos neuronas. Esta formado por la membrana de la neurona presináptica (que es la que libera los neurotransmisores), la membrana postsináptica (que es la que va a recibir el mensaje químico o neurotransmisor) y un espacio entre ambas membranas que se denomina sináptico. En los organelos de la neurona presináptica se lleva a cabo la síntesis de mediadores químicos del SNC. De manera somera el proceso sintético de éstas es el siguiente:

- Metabolismo de los neurotransmisores (NT):

La tirosina que es el precursor de las catecolaminas, es hidroxilada por la enzima correspondiente, dando lugar a la DOPA, la cual a su vez es descarboxilada por la enzima respectiva, cuyo producto es la DOPAMINA (DA). Las neuronas adrenérgicas contienen la enzima Betahidroxilasa de la DA (DBH por sus siglas en inglés), que se encuentra almacenada en unas vesículas a las cuales es incorporada la DA y se le añade a la cadena lateral un grupo carboxilo, dando lugar a la NORADRENALINA (NA). Fig. 3

Las terminaciones nerviosas productoras de SEROTONINA (SE) tienen vías metabólicas semejantes a las productoras de catecolaminas. El Triptófano que es el precursor de la SE por la acción de las enzimas hidroxilasas y descarboxilasas sucesivamente, se transforma en SE.

Fig. 3

- Catabolismo e los Neurotransmisores

El proceso catabólico de los mediadores químicos es el siguiente:

Las catecolaminas son degradadas por acción de las enzimas MONOAMINOOXIDASAS (MAO) y la CATECOL-O-METILTRANSFERASA (COMT), para producir diversos metabolitos de actividad biológica sin importancia. Estos metabolitos son, en el caso de la NA la nor-metanefrina, la 3-metoxi-4-hidroxifeniletilenglicol (MHPG) y ácido Vanililmandélico (VMA). En cuanto a la SE, el producto único principal de su desdoblamiento es el ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA).

Aunque estas formas metabólicas de inactivación son importantes, el proceso más importante de inactivación de estos neurotransmisores a nivel de la sinapsis, es el proceso de recaptación activa de éstos hacia la neurona presináptica.

Las catecolaminas y la SE son almacenadas en vesículas sinápticas en las que se encuentran protegidas contra la acción de las MAO presentes en las terminaciones nerviosas. Los neurotransmisores se descargan por exocitosis o por fusión de la membrana de la vesícula presináptica con la membrana de la célula, vaciando su contenido en el espacio sináptico. Una vez liberados los neurotransmisores, éstos ejercen sus efectos selectivos a nivel de los receptores localizados en la superficie de la membrana postsináptica. 14, 15, 16

- Mecanismo de acción de los antidepresivos:

Los agentes antidepresivos actúan *grosso modo*:

- a) Bloqueando uno de los pasos intermedios del proceso de catabolismo de los neurotransmisores. Fig. 3
- b) Compiten con los neurotransmisores a nivel de sus receptores, bloqueando de esta manera su recaptura e inactivación. Fig. 4

El receptor es una proteína fija en la membrana celular, que cuando se combina con el transmisor, cambia su configuración y da lugar a diversos acontecimientos intracelulares.

Los tratamientos farmacológicos se sustentan en la hipótesis de que el origen de la depresión son alteraciones cuantitativas de los NT en el SNC, cursando generalmente con disminución de la concentración de alguno(s) de ellos, como se menciona en el capítulo correspondiente.

Se ha demostrado que el tratamiento crónico con antidepresivos, reduce el número de receptores. La capacidad de disminuir la función de los receptores es una característica de los tratamientos eficaces.

Los medicamentos que se utilizan con la finalidad de modificar los procesos de inactivación de los neurotransmisores son:

- 1) Antidepresivos Tricíclicos (AT)
- 2) Inhibidores de las MAO (IMAO)
- 3) Otros

- Antidepresivos Tricíclicos (AT)

Denominados así porque su estructura química fundamental es un núcleo constituido por tres anillos. Son de origen sintético. Es el grupo de antidepresivos más importante. Inhiben la captura de NA y SE lo que les permite ejercer su actividad biológica por más tiempo. No tienen efecto sobre la DA. A nivel del SNC tienen acción anticolinérgica y adrenérgica. En el SNA ejercen un efecto simpaticomimético a dosis bajas y adrenalítico a dosis altas. Sobre el Sistema Parasimpático desarrollan una acción lítica cuyo efecto es de carácter atropínico. Lo conforman dos grupos principales :

- a) Dibenzacepinas: Imipramina, Trimipramina, Clomipramina, Dibenzepina, etc. Son no sedantes
- b) Derivados del Dibenzociclohepteno (amitriptilina, nortriptilina, protriptilina, Doxepina. Son sedantes.

Las manifestaciones de los efectos de los AT sobre los enfermos son: mejoría del humor, del sueño y del apetito, sensación de bienestar. La modificaciones electroencefalográficas de los efectos de estos medicamentos son: Aparición de ondas lentas y de alto voltaje (sincronización), así como resincronización de los trazos desincronizados, bloqueando la reacción de alerta por estímulos sensoriales o por estimulación de la formación reticular mesencefálica. Estas drogas no afectan la actividad eléctrica del Sistema Límbico.

Efectos secundarios:

Los efectos secundarios (sedantes y anticolinérgicos) sobre el paciente son los que determinan el medicamento más adecuado para él. La imipramina y Desipramina se indican cuando el paciente es lento en su actividad y la agitación no constituye un problema, ya que no tiene efectos sedantes. La Amitriptilina y Doxepina se prescriben en los casos en que en la depresión hay predominio de nerviosismo, tensión, insomnio e inestabilidad motora.

Visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, resequedad de boca, taquicardia, hipotensión

Visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento, resequedad de boca, taquicardia, hipotensión ortostática. En los pacientes con arritmia cardíaca hay que poner especial cuidado al seleccionar el antidepresivo, ya que algunos de éstos retrasan la conducción eléctrica del corazón y pueden causar fibrilación.

- Contraindicaciones:

En pacientes con glaucoma, adenoma prostático, diabetes y otros trastornos endócrino-metabólico severos, en afecciones coronarias, pacientes agitados o excitados, epilépticos, embarazo. Nunca se deba administrar junto con **IMAO**, ya que esto ocasiona crisis hipertensivas severas, en algunos casos fatales.

Los AT se absorben bien y casi en su totalidad cuando se administra por vía bucal y parenteral. Una vez en la sangre se unen a la albúmina sérica en un 92-96%. La vida media de la Imipramina es de 2 horas, de la Amitriptilina de 60 horas, de la Desipramina es de 24 horas y la de la Nortriptilina de 25 horas aproximadamente. Por lo general los AT no actúan rápidamente. Los efectos benéficos de la imipramina se empiezan a notarse de 6 a 8 días de iniciada su administración, llegando al máximo a las 2-3 semanas; lo mismo es válido para la amitriptilina. Para la Desipramina y la Nortriptilina el inicio de su efecto es por lo general más rápido, de 2-3 días y su máximo se produce en 1-2 semanas. La clomipramina y Protiptilina tienen también efecto rápido. La dosis inicial es de 25 mg al día incrementándola poco a poco según los efectos que presente el paciente, hasta 150 mg al día. La dosis de éstos medicamentos oscila entre los 75-300 mg diarios. 20, 22

Inhibidores de la MAO (IMAO)

Fueron las primeras drogas antidepresivas eficaces descubiertas, pero en la actualidad han pasado a segundo plano ante los AT que han mostrado ser más eficientes y menos tóxicos. Su efecto reside en el bloqueo de uno de los pasos intermedios del catabolismo de los neurotransmisores, inhibiendo la actividad de la enzima MAO, lo cual permite la acumulación de DA, NA, SE, así como de Adrenalina en el espacio sináptico con lo que actúan por más tiempo los mediadores. La acción farmacológica central de estos agentes se puede resumir en acciones antireserpínicas, anticatalépticas y anfetaminoide. La indicación de estas sustancias es la presencia de un componente asténico o apragmático del estado depresivo. Tarda de 10-15 días en presentar su acción. En el caso de la meclobemida es de sólo una semana. Se clasifican en dos grupos:

- a) Las hidrazinas
- b) Las no Hidrazinas

el efecto de estos agentes no se evidencia inmediatamente, sino a cabo de varias semanas y su duración es prolongada. Su acción fundamental es la supresión de los estados depresivos. Dosis elevadas pueden producir una gran excitación, hiperreflexia, temblores e incluso convulsiones. No produce modificaciones significativas en el Electroencefalograma.

La inhibición de la MAO por los agentes que estamos estudiando provoca acumulación de SE, NA, que es lo que requiere el enfermo para mejorar su estado.

La asociación de los IMAO con otros antidepresivos facilita la acción de los segundos, pudiendo llegar a producir fenómenos tóxicos, hipertensión arterial severa. Su asociación con alcohol puede llevar al paciente al estado de coma. Con los hipnoanalgésicos puede provocar depresión respiratoria.

La acción antidepresiva de estos medicamentos es cualitativamente semejante, la diferencia es cuantitativa. La tranilcipromina es la droga depresiva más potente del grupo, le siguen en orden

descendente la isocboxazida, fenelzina, nialamida, iproniazida. Esta última actualmente en desuso por su elevada toxicidad. Uno de los efectos secundarios de éstos medicamentos es la hipotensión ortostática. La ingesta de alimentos que contengan tiramina (queso, vino, cerveza, sardina, hígado de pollo, levadura, café en grandes cantidades, cítricos, chocolate, crema y sus derivados están contraindicados por individuos que están en tratamiento con IMAO, ya que son capaces de provocar un ascenso brusco, súbito de la presión arterial, que se acompaña de cefalea intensa, accidentes cerebrales o cardíacos. Estas drogas son capaces de provocar hepatitis aguda, necrótica y fatal. 10

La fenelzina se administra a dosis de 15 mg tres veces al día, la tranilcipromina 20 mg dos veces al día. Se requieren de 3-6 semanas para lograr un alivio sintomático. Una vez logrado éste, se reduce la dosis de mantenimiento a la mitad o dos tercios de la dosis de inducción. El tratamiento se continúa de seis meses a un año, reduciéndolo gradualmente hasta retirarlo en caso de que el paciente se encuentre asintomático.

- Contraindicaciones:

Estos productos no deben ser indicados a individuos que cursen con cualquiera de las siguientes patologías: Hepatopatías, Nefropatías, Diabetes, Hipertensión arterial, trastornos cardiovasculares, migraña, Feocromocitoma, esquizofrenia latente, durante el primer trimestre del embarazo, que estén ingiriendo simpaticomiméticos o antidepresivos tricíclicos. 15, 16, 17, 18, 19

Generalidades de los agentes antidepresivos

TRICÍCLICOS

	Agente	Dosis terapéutica
Sedantes	Amitriptilina	90-200 mg
	Trimeprimina	300-500 mg
	Nortriptilina	25-250 mg
	Butriptilina	75-200 mg
No sedantes	Imipramina	50-300 mg
	Desimipramina	50-300 mg
	Clomipramina	50-250 mg
	Protriptilina	60-120 mg

TETRACÍCLICOS

Maprolina	50-225 mg
Mianserina	30-90 mg

IMAO

Irreversibles	<i>Fenelzina</i>	15-45 mg
	Isocarboxazida	10-45 mg
	Tranilcipromina	30-60 mg
Reversible	Meclobemida	50-600 mg

DERIVADOS DIBENZOXEPÍNICOS

Doxepin

50-200 mg

OTROS

Sales de litio	600- 1200 mg
Salpirida	100- 1200 mg
Bupropión	150-450 mg
Fluoxetina	20-80 mg
Trazodona	150- 600 mg

TRICÍCLICOS SEDANTES

Nombre genérico	Nombre comercial	Laboratorio	Presentación
Amitriptilina	Adepsique	Psicofarma	Caja 30 tabs.con: Amitriptilina 0.010 g Diazepan 0.003 g Perfenazina 0.002 g
	Dosis: 1 a 4 tabletas al día		
	Tryptanol	Prosalud	Fco.50 tabs, de 25 mg
Trimeprimina	Surmontil	Rhône Poulenc	Caja 50 tabs. de 25 mg Caja 20 tabs, 100 mg Fco. Susp. 1ml= 1mg
	Dosis: Inicial, 75 mg/ día. En caso necesario hasta 150 mg /día.		
	Dosis: única, nocturna. Iniciar con 25 mg al día, aumentando 25 mg al día hasta obtener mejoría. Una vez alcanzada la dosis inicial (150-200 mg/día), se mantiene por varios días, para continuar con la dosis de sostén (25-75 mg). En menores de 10 años, ancianos e individuos debilitados se inicia con 25 mg y se aumenta paulatinamente hasta alcanzar una dosis óptima de 50-150 mg/día, según la respuesta.		
Nortriptilina	Motival	Squibb	Caja 30 tab de 10 mg Con 0.05 mg de Flufenecina
	Dosis: Una tableta tres veces al día		
Butriptilina	Evadyne	Wyeth ayerst	Tabs. 10,25,50,75 mg
	Dosis: Adultos: 25 mg tres veces al día, en casos severos se duplica la dosis. Se va aumentando la dosis inicial, 25 mg cada tercer día hasta llegar a los 50-150 mg. Una vez que se presenta una respuesta satisfactoria, se reduce la dosis a 25 mg tres veces al día. En el adolescente la dosis es de 10 mg tres veces al día, 20 mg al acostarse. En niños de 6-12 años la dosis es de 1 mg/Kg de peso en tres tomas al día.		

TRICÍCLICOS NO SEDANTES

Nombre Genérico	Nombre comercial	Laboratorio	Presentación
Imipramida	Tofranil	Psicofarma	Tabs. 10, 25, 75 mg
	<p>Dosis: Adulto: de una a tres tabletas al día, aumentando gradualmente hasta 6-8 diarias al término de una semana. Una vez presentada la mejoría, se reduce gradualmente, individualizando la dosis de mantenimiento. En el paciente geriátrico Se inicia con una tableta diaria, Aumentándola gradualmente hasta 3-5 grageas por día en el transcurso de 10 días. La dosis óptima se mantendrá durante todo el tratamiento.</p>		
Desipramina	Norpramin	Lakeside	Tabs de 25 y 50 mg
	<p>Dosis: Adultos: al acostarse 3 tabletas de 50 mg. Niños mayores de 10 años, 2 tabletas de 50 mg. De 8-10 años, tres tabletas de 25 mg. Después de 2-5 días se presenta una respuesta clínica. Después de 2-3 semanas se hará un ajuste a la dosis de acuerdo a la respuesta del paciente, ésta será la dosis de mantenimiento, que no deberá rebasar al doble de la dosis propuesta</p>		
Clorimipramina	Anafranil	Ciba Geigy	Amp. De 25 mg Tabs de 25 y 50 mg
	<p>Dosis: 25 mg 3 veces/ día, o una tableta de 75 mg / día. Se incrementará Progresivamente a 4-6 tabletas/día en tres tomas o dos tabletas de 75 mg al día. Una vez que se presente la mejoría, se iniciará la dosis de mantenimiento de 2-4 tabletas de 25 mg al día o una de 75 mg. IM: una o dos ampolletas de 25 mg al día aumentando una ampolleta diaria hasta llegar a 4-6 ampolletas diarias, según la respuesta clínica del enfermo. Una vez presentada la mejoría, se va disminuyendo el número de ampolletas y se inicia el tratamiento vía oral. Para la aplicación IV, se diluye 2-3 amps. En 250-500 ml de Sol. Fisiológica o glucosada al 5% que se pasarán en 2-3 horas, presentada la mejoría, se inicia la vía oral.</p>		

IMAO

Isocarboxazida	Marplan	Roche	Tabs. 10 mg
	<p>Dosis: tres comprimidos al día. Una vez que presente mejoría, uno o dos comprimidos al día</p>		
Fenzina	Nardil		Tabs. 15 mg
	<p>Dosis: de 15 a 45 mg al día en una o tres tomas. Algunos enfermos requieren el doble.</p>		
Mebeclomida	Aurorex	Roche	Tabs. 100 mg.
	<p>Dosis: Inicial de 100 mg tres veces al día. Al presentar mejoría, la dosis de sostén será la mitad de la inicial. En caso graves, se puede duplicar la dosis inicial. En casos de hepatopatías, la dosis se reducirá a la mitad. Los ancianos y nefrópatas no requiere de ajustes de la dosis. Sólo en los casos de absoluta necesidad se administrará en el primer trimestre del embarazo. No debe administrarse en pacientes que cursan con agitación o excitación a no ser que se les indique algún sedante. En pacientes con psicosis esquizofrénica esquizoafectiva que cursan con depresión, puede exacerbar los síntomas esquizofrenicos. Este medicamento generalmente es bien tolerado y de baja toxicidad.</p>		

OTROS

Carbonato de Litio	Litheum	Valdecasas	Tabs. 300 mg
	Dosis: La dosis media es de 600 a 1200 mg/día. Es el medicamento de elección para la hipomanía y manía aguda, así como para la manía recurrente, la enfermedad bipolar, ocasionalmente en la depresión unipolar. El paciente debe hospitalizarse al inicio del tratamiento, ya que se requiere de una o dos semanas para que inicie su efecto. La depresión se deberá controlar con antidepresivos.		
Sulpirida	Dogmatil	Carnot	Caps, 50 mg
	Dosis: 1-2 cápsulas al día. Los epilépticos requieren de vigilancia continua al ingerir este medicamento		
Trazodona	Desyrel		
	Dosis: 150-600 mg/día en tres tomas.		
Fluoxetina	Prozac	Eli Lily	Caps. 20 mg Líquido 400mg/100 ml
	Dosis: 20-80 mg/día		
Bupropión	Weellbutrín		
	Dosis: 150-450 mg/día en tres tomas.		

NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

Mientras más debilitante y grave sea la depresión, más importante resulta recurrir a los medicamentos antidepresivos, haciendo caso omiso si el paciente es anciano o no. Para los pacientes de edad avanzada, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) son los preferidos como los fármacos de primera línea en la atención primaria aunque los Antidepresivos Tricíclicos y los IMAO pueden ser útiles en el tratamiento en la depresión atípica o resistente al tratamiento. Al prescribir alguno de estos fármacos, no olvidar que la absorción y metabolismo en los pacientes de edad avanzada es diferente. En forma general, la misma dosis requiere de mayor tiempo para presentar su efecto y permanece en el organismo más tiempo y puede producir un efecto mayor. Además, el paciente de edad avanzada padecen frecuentemente de otras enfermedades y acostumbran a tomar más medicamentos ya sean prescritos por algún médico o por su cuanta, lo cual puede interferir la eficacia de los antidepresivos. ^{26,27}

Para la prescripción del paciente, se debe analizar detenida y profundamente cada caso. ¿el paciente ha ingerido anteriormente algún otro antidepresivo?, ¿le surtió efecto?. Si el tratamiento anterior fue el adecuado, debe seleccionarse el mismo medicamento. ¿el paciente está ingiriendo algún medicamento contraindicado con antidepresivos de alguna clase?. Se debe revisar detenidamente qué otros fármacos está tomando el paciente y buscar si tiene alguna interacción farmacológica, en especial con los efectos anticolinérgicos, que son comunes en los pacientes ancianos cuando se agregan fármacos tricíclicos a los medicamentos que tienen propiedades anticolinérgicas. ^{26, 28}

Como la mayor parte de los antidepresivos se metabolizan principalmente en el hígado y pueden inhibir el metabolismo de otros fármacos que se prescriben a menudo, se corre el riesgo de ocasionar complicaciones cardiovasculares graves, e incluso la muerte como es el caso de la contraindicación de prescribir simultáneamente la cisaprida y algunos antihistamínicos como el astemizol, junto con nefazodona y la fluvoxamina.

Con los actuales antidepresivos los efectos colaterales desaparecen a las 2-3 semanas de tratamiento. Estos fármacos no están exentos de efectos colaterales de los cuales los más frecuentes son los problemas gastrointestinales como náuseas, malestar estomacal, dispepsia; algunos pacientes padecen de diarrea. Estos síntomas disminuyen o desaparecen si se toman los medicamentos junto con los alimentos. Otros efectos colaterales que se observan con los ISRS son irritabilidad o agitación, insomnio y arritmias cardiacas. 27

Es recomendable que el médico aprenda el uso de dos o tres de estos medicamentos cuyos efectos colaterales sean distintos. Así, no indicar fármacos que provocan más activación en pacientes que de por sí ya están agitados, tienen problemas para dormir o sufren de trastornos de ansiedad.

- ❖ Fluoxetina, Dosis inicial: 10 mg al día, por la mañana. Después de varias semanas se indica un incremento de 10 mg por día según se requiera, hasta llegar a un máximo de 60 mg por día. Su vida media es la más larga de todos los ISRS no suele ser la primer elección de esta clase de medicamentos para los ancianos, puede causar más activación en el paciente, puede inducir un síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética que se manifiesta por hiponatremia.
- ❖ Paroxetina: Dosis inicial recomendada: 10 mg por la mañana. Después de dos o tres semanas efectuar incrementos de 20 mg según sea necesario, hasta lograr un máximo de 40 mg en una dosis al día. Puesto que tiene efecto sedante, se sugiere que los ajustes se realicen por las tardes.
- ❖ Sertralina: Dosis inicial: 25 mg después del desayuno, aumentar la dosis a 50 mg cuatro o cinco semanas después. Generalmente se requieren 100 mg al día para obtener una respuesta adecuada. La dosis máxima es de 150 mg al día.
- ❖ Nefazodona: dosis inicial: 25-50 mg al acostarse, aumentándola gradualmente a un margen terapéutico de 200- 300 mg dos veces al día.
- ❖ Venlafaxina: Dosis inicial: 75 mg al día, aumentándola gradualmente hasta un máximo de 225 mg al día, en dos o tres dosis, junto con los alimentos.
- ❖ Bupropión: Dosis inicial: 200 mg por día divididos en dos tomas; después de 2-3 días aumentarla a 300 mg por día divididos en tres tomas. Si esta dosis no es eficaz después de varias semanas, aumentarla a un máximo de 450 mg por día.
- ❖ Nortriptilina: Dosis inicial: 10 mg al acostarse, la cual se puede aumentar a razón de 10 mg por semana, hasta un máximo de 60 mg por día divididos en dos o tres dosis.
- ❖ Desipramina: Dosis inicial: 30 mg por día dividida en tres dosis (mañana, tarde y noche); después de una semana ajuste dosis con incrementos de 10 mg por semana hasta llegar a un máximo de 150 mg por día.
- ❖ Mirtazapina: Dosis inicial: 15 mg por día en una sola toma, de preferencia al acostarse. Después de una semana aumente la dosis de forma gradual hasta un máximo de 43 mg por día. Se debe dejar transcurrir dos a cuatro semanas antes de que los efectos colaterales empiecen a resolverse y uno más largo para que el medicamento comience a actuar. Casi todos los fármacos requieren de 6-8 semanas para producir su efecto óptimo.

resolverse y uno más largo para que el medicamento comience a actuar. Casi todos los fármacos requieren de 6-8 semanas para producir su efecto óptimo.

La duración del tratamiento depende de varios factores, entre los que se encuentran si el cuadro es primario o recurrente. En un cuadro inicial de depresión mayor en un adulto de edad avanzada, mantenga al paciente con dosis terapéuticas por un mínimo de 6-9 meses, aunque 12 meses suele ser el periodo habitual. Los pacientes que experimentan un cuadro único de depresión profunda corren el riesgo de sufrir recaídas. El riesgo aumenta de forma notoria en pacientes que han experimentado más de dos cuadros previos de depresión mayor o profunda. La mayoría de los pacientes ancianos obtienen beneficios del tratamiento continuo. El tratamiento a largo plazo o por tiempo indefinido se recomienda ampliamente en pacientes que padecen de depresión recurrente. La suspensión prematura del tratamiento predispone a las recaídas. 28

Una vez que haya remitido el cuadro, haga que el paciente continúe con el régimen terapéutico a la misma dosis con la que se resolvieron los síntomas. Vigile la evolución de los pacientes que están tomando medicamentos antidepresivos durante un tiempo prolongado, por lo menos dos veces al año. Las consultas de seguimiento deberán ser mas frecuentes, cada tres o cuatro meses.

17, 18, 26

2) TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO (TEC).

Weschler y cols. encontraron que de 5864 pacientes tratados con imipramina, nialamida y amitriptilina, el 65% presentaron mejoría; los que recibieron iproniada y fenelcina presentaron mejoría el 49%; mientras que los que fueron tratados con TEC, presentaron mejoría el 72%.

Se consideran candidatos al TEC aquellos pacientes resistentes a los medicamentos y los que tienen ideas suicidas agudas. La mayoría de los pacientes deprimidos sometidos a este tratamiento responden a una serie de 5-12 electrochoques durante el lapso de un mes. A las seis semanas se reintegran prácticamente a su vida normal. 29

- Contraindicaciones

Las contraindicaciones para el TEC son:

- ❖ Úlcera duodenal
- ❖ Hematoma subdural
- ❖ Aneurisma aórtico
- ❖ Glaucoma
- ❖ Amenaza de desprendimiento de retina
- ❖ Infarto de miocardio con antigüedad de tres meses
- ❖ Angina de pecho
- ❖ Insuficiencia cardiaca congestiva
- ❖ Tromboflebitis
- ❖ Osteoporosis severa
- ❖ Fracturas severas
- ❖ Enfermedades respiratorias agudas y crónicas
- ❖ Anemia perniciosa
- ❖ Tirotoxicosis
- ❖ Embarazo.

3) PSICOCIRUGÍA

Consiste fundamentalmente en la acción física y directa sobre el cerebro humano con el objetivo

de cambiar o alterar la ideación, emoción, personalidad o comportamiento de una persona para la cual no han resultado otros tratamientos con fines curativos.

Las intervenciones quirúrgicas indicadas son las que se practican sobre el circuito lateral (tractotomía bifrontal y tractotomía subcaudada con lesión más restringida). Se practica a pacientes con cuadros severos de depresión, distimias, miedo. Los síntomas que mejoran con este tratamiento son: depresión, un 80%; ansiedad un 68%; fobias, 76%; alucinaciones, 75%; agresividad, 70%, pánico, 55% (Strom-Olsen). A pesar de éstos resultados, este tratamiento se encuentra restringido a casos muy seleccionados. 4, 24

4) PSICOTERAPIA

Es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona capacitada, el terapeuta, establece una relación profesional con el paciente para modificar ciertos síntomas o trastornos y promover una maduración personal (Wolberg).

La adecuada relación médico-paciente constituye el 50% del éxito del paciente deprimido. Las entrevistas se deben efectuar de forma regular de tal manera que el enfermo perciba el interés del médico en su caso. Se trata de un proceso dinámico en el que es necesaria la cooperación de los demás miembros de la familia. Se trata de individuos con una gran fragilidad emocional, susceptibles, a los cuales el trato inadecuado por parte del médico les puede provocar mayor daño y en consecuencia llevar al fracaso terapéutico.

En gran medida implica reeducar al paciente y ayudarlo a su revaloración. La mayoría de estos enfermos requieren de terapia ocupacional, programas de actividades deportivas leves. Especial cuidado requieren aquellos pacientes con algún grado de incapacidad o limitaciones importantes que impliquen pérdida de su independencia o autonomía. No se debe olvidar que éste grupo de población es el de mayor índice de suicidios. 24, 25

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento de las enfermedades, sin que se identifique sus causas, ha llevado a su persistencia por tiempo indefinido, permitiendo en muchos de los casos, su evolución y presentación de complicaciones, lo cual complica más su diagnóstico.

El estudio cuidadoso y profundo de la sintomatología referida por los enfermos que se encuentran en la tercera edad, así como investigar la problemática vivencial, permite en gran medida integrar el diagnóstico de depresión. Sin embargo, esta entidad patológica no aparece en la mayoría de los reportes de atención médica. Lo anterior refleja la poca importancia que se le da al papel de las emociones en la función normal del organismo y la repercusión en el mismo en las alteraciones de aquellas.

Se han mencionado en múltiples estudios a los síntomas somáticos como una característica común de los trastornos somatomorfos, depresivos y de ansiedad, siendo difícil distinguirlos entre ellos cuando sus síntomas de presentación son de predominio somático. El mismo estudio demostró que los mismos médicos familiares hacen poca diferencia diagnóstica entre la depresión y la ansiedad.

Davison y cols. mostró que con frecuencia se hace uso inadecuado y no sistemático de drogas antipsicóticas y antidepressivas. Si bien se demostró que en general los médicos familiares están enterados del tratamiento correcto para la depresión endógena, tienden a prescribir el medicamento a dosis inadecuadas y por tiempo más corto. También se demostró que cerca del 50% de los pacientes afectados de depresión severa que acudían con su médico de cabecera, no estaban diagnosticados como tales.

El diagnóstico se dificulta en parte por la subjetividad de los síntomas y la somatización del cuadro, pero la falta de sistematización y objetividad del interrogatorio por parte del médico, lo llevan a conclusiones erróneas.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos:

¿Qué tan numerosa es la población de derechohabientes de la tercera edad con depresión, en la Clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Uruapan Michoacán.

JUSTIFICACIÓN

El número de la población derechohabiente de la tercera edad va en aumento constantemente y en esta proporción se ha incrementado la demanda de atención médica por parte de ellos; tan es así, que al menos en la Clínica hospital del ISSSTE de la localidad se ha asignado un consultorio médico exclusivamente para atender a los mismos.

Dentro de las patologías –de acuerdo a las diferentes publicaciones- en esta población de pacientes, se encuentra el síndrome depresivo, el cual al menos en la mitad de los casos – según varios reportes- no son diagnosticados.

El diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de esta patología llevará a su control temprano y evitará sus complicaciones, así como también evitará los eternos tratamientos sintomáticos que también llegan a perjudicar a estos enfermos.

El diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de éste padecimiento se verá reflejados en la disminución en la constante solicitud de atención médica por parte de estos pacientes, por encontrarse controlados o curados, dejando su lugar a otros pacientes que actualmente son desplazados por los mismos.

También se verá reflejado en la disminución de la carga de trabajo de los médicos de consulta externa, internamientos a hospital, mejorando la calidad de la atención médica que se les proporciona.

Una vez diagnosticado y controlado el paciente, éste dejará de ingerir medicamentos sintomáticos, lo cual implica para la institución un gasto innecesario.

Por lo anterior, es necesario encontrar un instrumento práctico y sencillo de aplicar durante la consulta

OBJETIVOS

1.- GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en la población de la tercera edad en la Clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Uruapan Michoacán.

2.- ESPECÍFICOS

- Determinar en cuál sexo es más frecuente.
- Determinar el grado de escolaridad en que se presenta más la depresión, en este grupo etáreo.
- Determinar el estado civil en que se presenta más la depresión en este grupo etáreo.
- Determinar cuántos pacientes no diagnosticados como deprimidos previamente al estudio, sí cursan con dicho síndrome, según la escala de Zung.

METODOLOGÍA

1.- TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y diagnóstico, utilizando el método deductivo para su realización.

2.- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Universo: Se incluyen sólo derechohabientes de la tercera edad, cuatro diarios, seleccionados al azar, que acudieron a consulta externa por cualquier motivo, de lunes a viernes, exclusivamente en el turno matutino.

3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- El 100% de los casos será analizado
- Se entrevistaron 80 pacientes en total, que corresponde al 5.86% del total de ésta población en el turno matutino.

4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

- a) Inclusión: Pacientes derechohabientes de la tercera edad.
- b) Exclusión: Pacientes que voluntariamente no deseen intervenir en el estudio. Pacientes que por sus limitaciones físicas no estén en condiciones de contestar el cuestionario.

5.- VARIABLES DE MEDICIÓN

- a) Cuantitativas: tasa y porcentaje.
- b) Cualitativas: Edad, sexo, Escolaridad, Estado civil.

6.- MÉTODO DEL PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El protocolo se aplicó en el mismo consultorio a cada uno de los pacientes que se entrevistaron diario, de lunes a viernes, durante el mes de enero de 1996. Durante la entrevista se les proporcionó el protocolo de Zung para que lo leyeran y contestaran. En todas las ocasiones fue la misma persona la que lo aplicó. En los casos en que el paciente por problemas de la vista, no podía registrar su respuesta (retinopatía diabética, cataratas, etc.) o analfabetas, la persona que aplicó el reactivo anotaba las respuestas indicadas por el enfermo. Al finalizar, se sumaron los puntos correspondientes a cada respuesta, dándoles el valor de acuerdo a lo indicado en la tabla del mismo protocolo

La calificación se efectuó de la siguiente manera:

Menos de 40 puntos	Normal
41 a 47 puntos	Depresión moderada
48 a 55 puntos	Depresión marcada
56 puntos o más	Depresión grave

7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación no implicó la aplicación de medicamento ni sustancia alguna, ni la modificación o suspensión de los tratamientos previamente establecidos. Sólo se aplicó un reactivo elaborado previamente, por lo que en ningún momento del estudio se pone la vida del paciente en peligro, ni se afectó la evolución de sus padecimientos.

RESULTADOS

- 1.- 48 (60%) de los 80 pacientes de la tercera edad a los que se les aplicó el protocolo de Zung, presentaron sintomatología compatible con depresión.
- 2.- Los casos de depresión fueron más numerosos en las personas con escolaridad de primaria (31.25%), siguiéndoles las de secundaria (25%), preparatoria (18.75%), analfabetas (16.66%) y finalmente aquellos con estudios profesionales concluidos (8.33%).
- 3.- En esta población, es más frecuente la depresión entre los viudos (31.25%), le siguen los divorciados (25%), los que viven en unión libre (20.83%), los casados (14.58%) y finalmente los solteros (8.33%).
- 4.- En esta población es más frecuente la depresión entre las mujeres (52.08%) que entre los hombres.
- 5.- Los casos de depresión diagnosticados en esta población con el uso del protocolo de Zung, se duplicaron (33) en relación a los diagnosticados previamente a la aplicación de éste instrumento (15).

TABLA 1

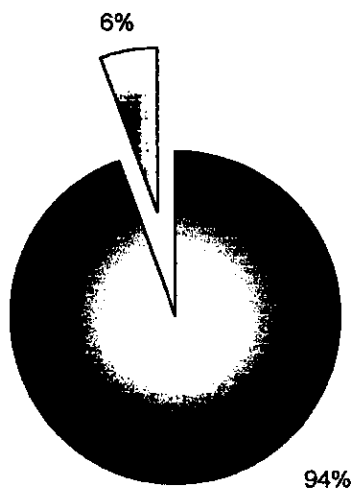
Población estudiada de Derechohabientes de 65 años ó más, en relación con el total de población del mismo grupo etario, en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Mich.

Población	Número	Porcentaje
Estudiada	80	5.86%
Total	1362	100%

Fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencias.

GRÁFICA 1

porcentaje de pacientes derechohabientes de 65 años ó más, estudiada, en comparación con la población total de derechohabientes del mismo grupo etario.



Población derechohabiente de la tercera edad estudiada

Fuente: Subdirección de afiliación y Vigencias.

TABLA 2

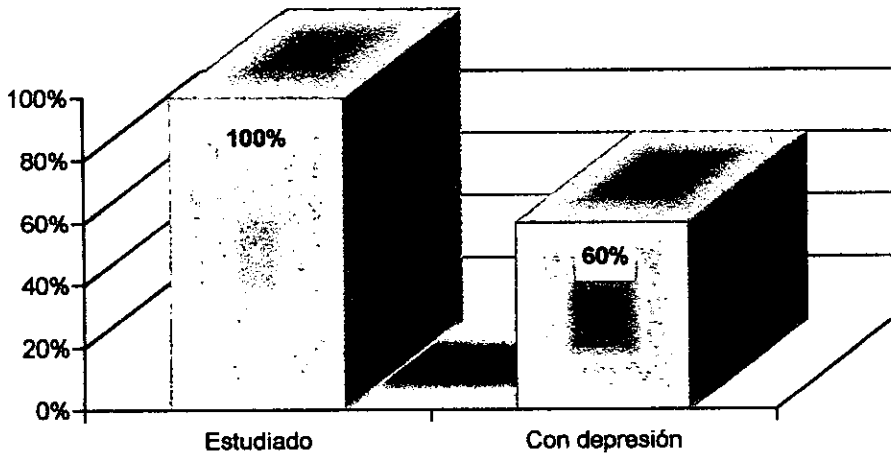
Porcentaje de pacientes de la tercera edad estudiado,
que presentaron depresión según la escala de Zung
En la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Mich.

Pacientes	Número	Porcentaje
Estudiados	80	100%
Con depresión	48	60%

Fuente: Escala de Zung.

GRÁFICA 2

Porcentaje de pacientes de la tercera edad del grupo estudiado, que presentan depresión según la escala de Zung, en la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, Mich. Enero de 1996.



Fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencias.

TABLA 3

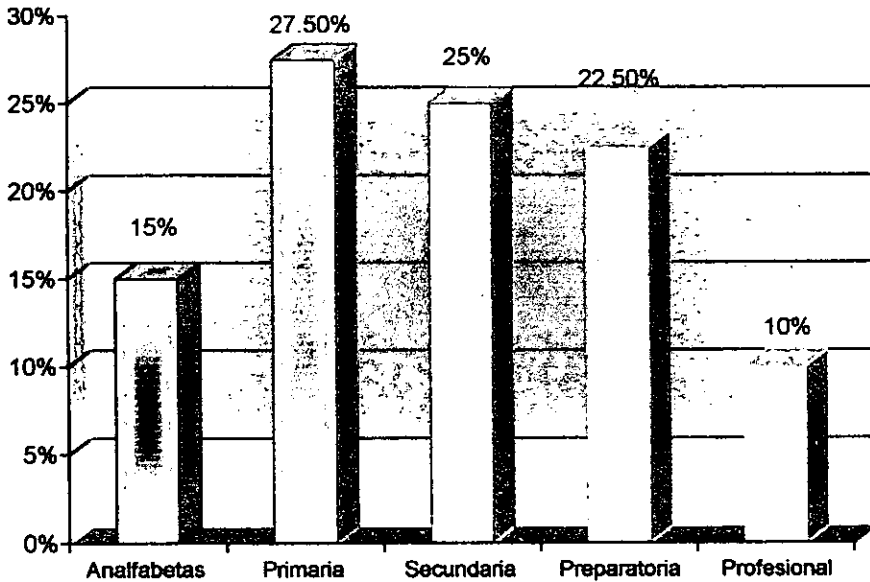
Grado de escolaridad de los pacientes estudiados

Escolaridad	Porcentaje
Analfabetas	15%
Primaria	27.50%
Secundaria	25%
Preparatoria	22.50%
Profesional	10%
Total	100%

Fuente: Subdirección de Afiliación y Vigencias.

GRÁFICA 3

Grado de escolaridad de los pacientes estudiados



Fuente: Población de Derechohabientes.

GRÁFICA 4.

Porcentaje de pacientes de la tercera edad estudiados, con y sin depresión,
de acuerdo a su estado civil
En la Clínica Hospital Uruapan, Mich. Enero de 1996

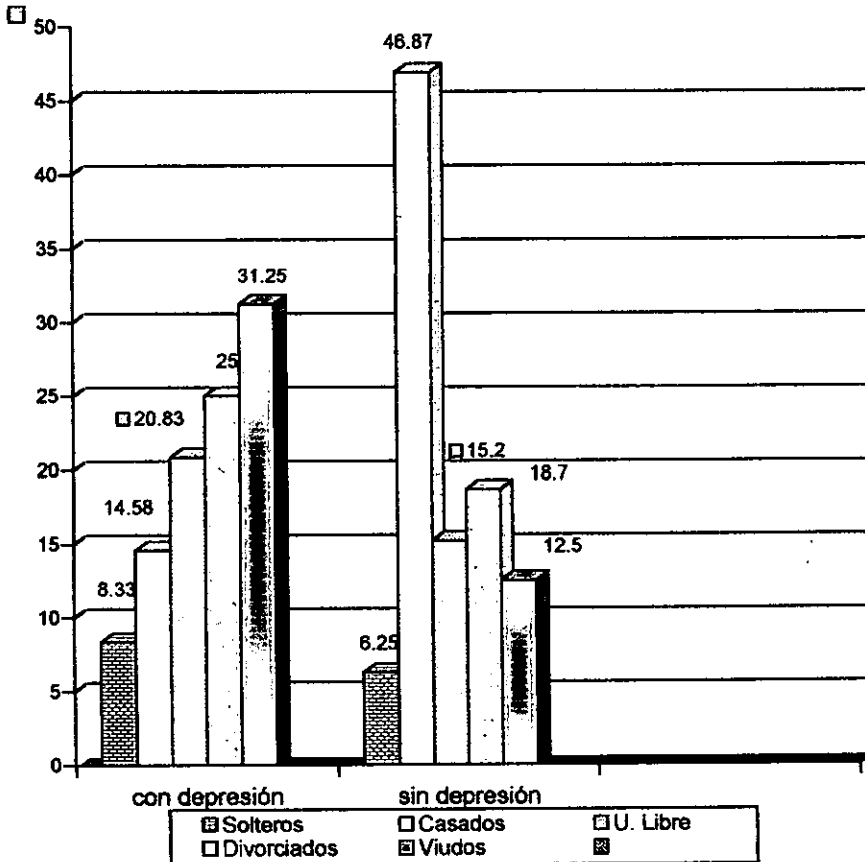


TABLA 5

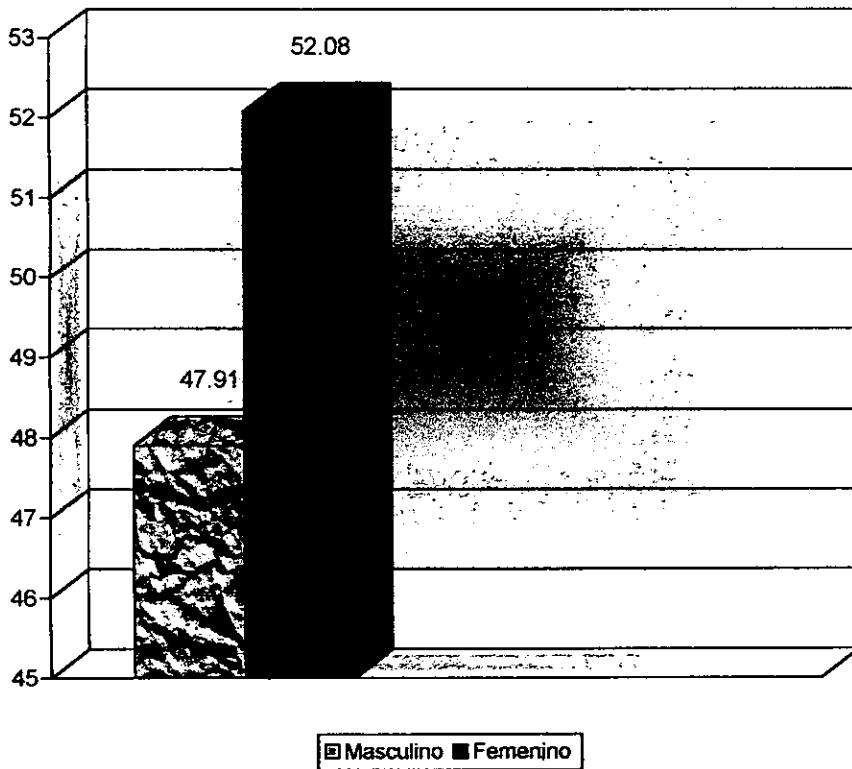
Pacientes de la tercera edad con depresión, agrupados por sexo,
En la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan Mich.

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	23	47.91%
Femenino	25	52.08%
Total	48	99.99%

Fuente: Escala de Zung

GRÁFICA 5

Porcentaje de pacientes de la Tercera Edad del grupo estudiado,
con depresión, agrupados por sexo,
En la Clínica Hospital ISSSTE de Uruapan, Mich. Enero de 1996.



Fuente: Población de Derechohabientes.

TABLA 6

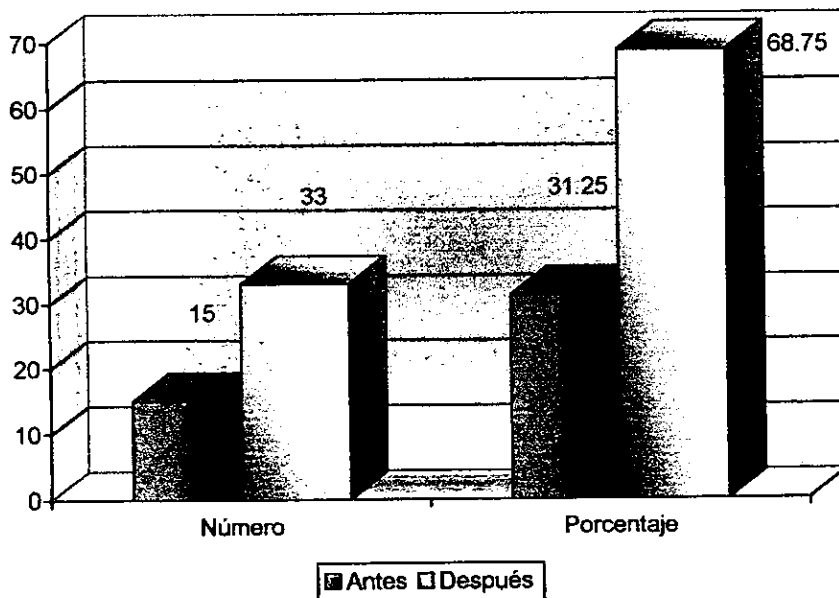
Pacientes de la tercera edad a los que se les detectó depresión
antes y después de la aplicación de la Escala de Zung.

	Número	Porcentaje
Antes	15	31.25%
Después	33	68.75%
Total	48	100%

Fuente: Expediente Clínico
Escala de Zung

GRÁFICA 6

Pacientes a los que les detectó depresión antes y después de la aplicación del protocolo de Zung.



Fuente: Población de derechohabientes

ANÁLISIS

1.- De los 80 pacientes estudiados, 48 de ellos (60%) probablemente cursen con depresión. De los 48 pacientes con sintomatología compatible con depresión, sólo 15 (31%) ya habían sido diagnosticados como tales previamente a la aplicación del protocolo de Zung, el 33 restante (68.75%) se diagnosticaron con dicho protocolo. Lo anterior corrobora que un número importante de casos con cuadro compatibles con depresión no son diagnosticados, como lo reportan otros estudios. 2,26.

2.- El mayor número de caso de depresión se encontró en la población con nivel escolar de primaria (31.25%), seguido de la que tiene sólo secundaria (25%) luego la de preparatoria (18.75%), 16 población analfabeta con 16.66% y finalmente la profesional (8.33%).

De la población estudiada, sólo el 10% eran profesionistas, el 15% analfabetas, 22.5 % habían estudiado hasta la preparatoria, el 25% hasta la secundaria y el 27.5% sólo la primaria. Así, la mitad de los profesionistas presentaron síntomas compatibles con depresión, lo mismo ocurrió con los que estudiaron hasta la preparatoria, mientras que los que estudiaron hasta la secundaria 12 presentaron sintomatología relacionada con la depresión. De las 22 personas que sólo alcanzaron la primaria, 15 tenían sintomatología de depresión y de los 12 analfabetas, 8 también tenían dicha sintomatología.

3.- De acuerdo al estado civil, los casos con probable depresión fueron más numerosos entre los viudo(a)s (31.25%), seguido de los divorciado(a)s (25%), lo(a)s que viven en unión libre (20.83%), los casados(as) (14.58%) y finalmente lo(a)s solteros(as) (8.33%).

De la población estudiada, 22 eran casados(as), 19 viudos(as), 18 divorciados(as), 15 vivían en unión libre, y 6 eran solteros(as).

4.- De acuerdo al sexo, fue mayor el número de casos con probable depresión entre las mujeres (52.08%), que entre los hombres (48.91%), considerando al total de población estudiada.

En el estudio se incluyeron 45 mujeres y 35 hombres. De las mujeres estudiadas, el 55.5% presentaron síntomas compatibles con depresión. De los hombres el 67.5% de los hombres presentó sintomatología compatible con una depresión.

La aplicación del protocolo de Zung permitió a los pacientes entrevistados identificar aquella sintomatología que les había pasado desapercibida o simplemente le habían restado importancia.

En base a los anteriores resultados, y dado que la población de la tercera edad se ha ido incrementando, sería conveniente que se implemente algún instrumento que permita al médico familiar/general en la consulta externa, interrogar intencional y sistemáticamente a esta población de pacientes para identificar aquellos casos con probable depresión e iniciar su tratamiento oportunamente de corroborarse el diagnóstico, evitando tanto su evolución hacia la cronicidad, como los tratamientos sintomáticos por tiempo indefinido.

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de depresión entre la población de la tercera edad estudiada fue elevada, del 60%.
- 2.- La depresión sí es más frecuente de lo que se diagnostica y se reporta. Antes del estudio se habían diagnosticado sólo 15 casos, después de éste, 33 casos nuevos.
- 3.- La depresión es más frecuente entre aquellas personas que están solas (viudos).
- 4.- Los síntomas de depresión frecuentemente están enmascarados por los signos de otras patologías que coexisten en el enfermo.
- 5.- Si se requiere de un instrumento que nos permita sistematizar el interrogatorio al menos en los pacientes de la tercera edad.

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

FIGURA 1

RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO
Y LAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DEPRESIVO

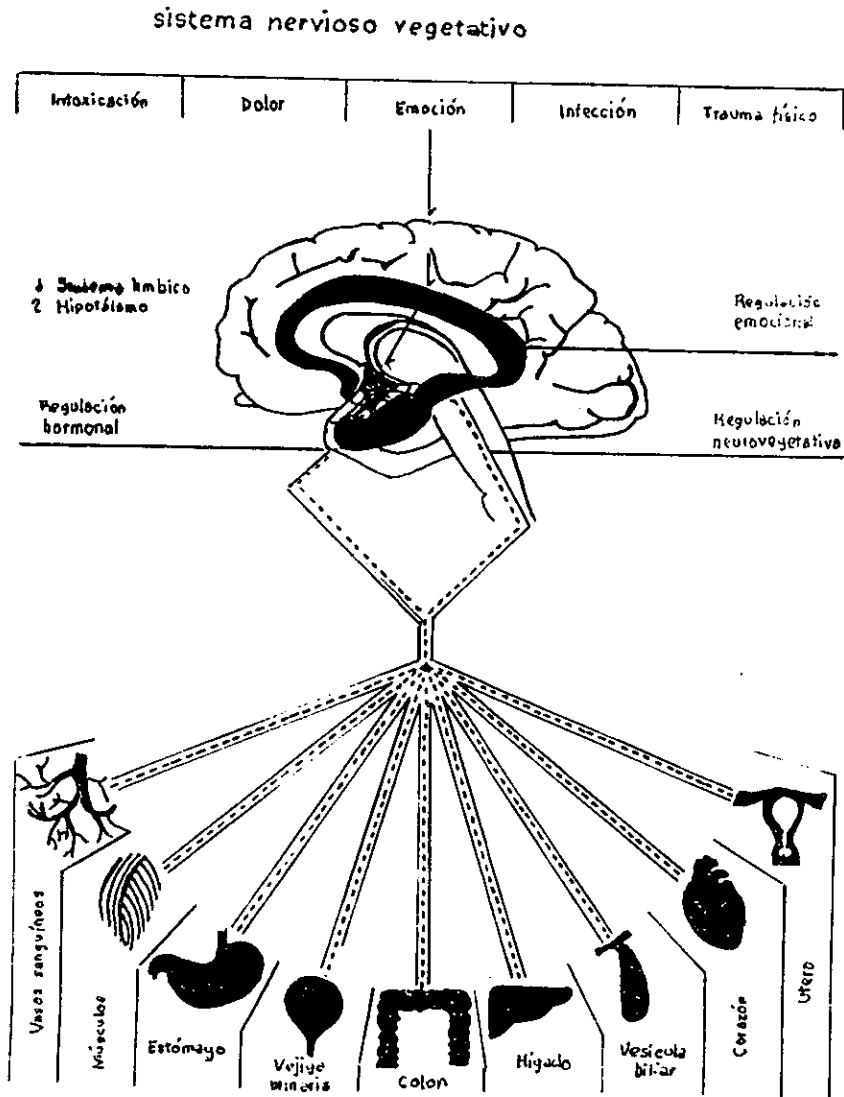
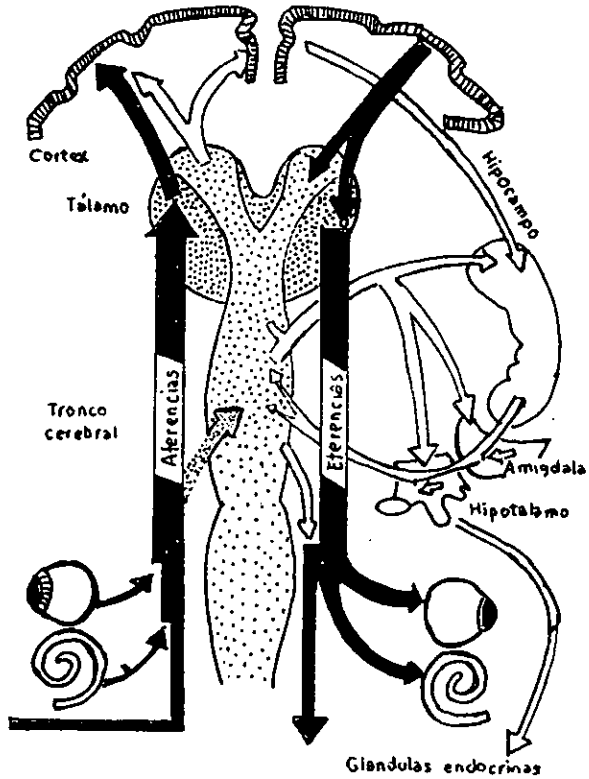


FIGURA 2

RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO
EL CENTRO DE LAS EMOCIONES



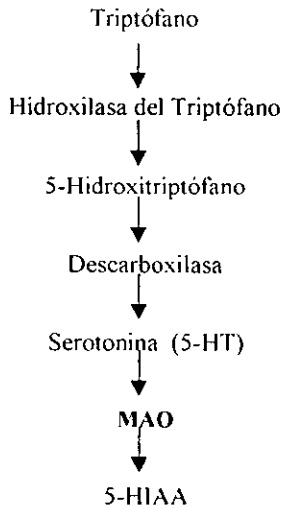
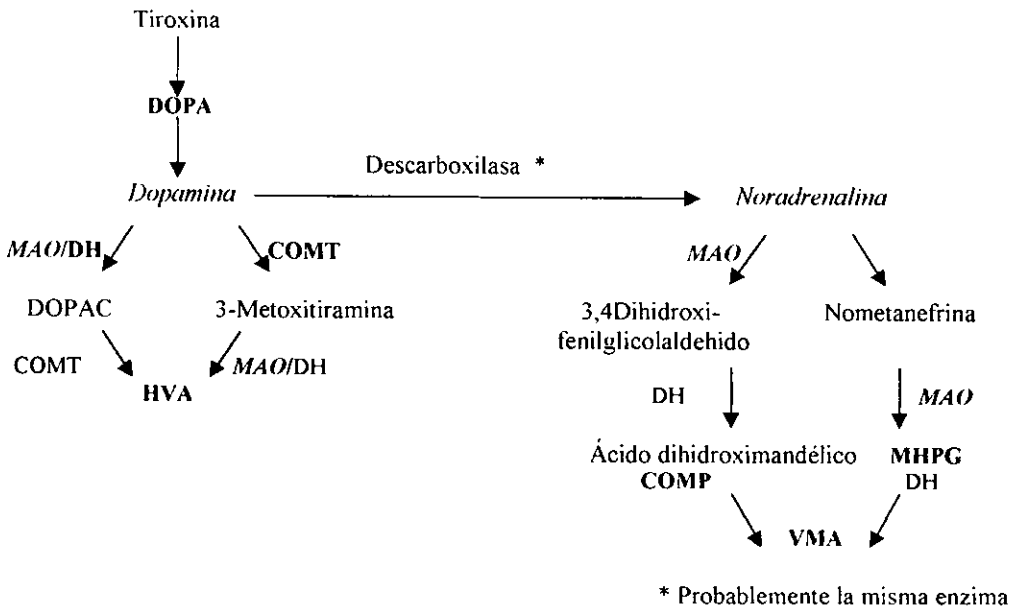


Fig. 3.

Síntesis y Catabolismo de la DOPAMINA, NORADRENALINA, SEROTONINA. MAO: Sitio en el que actúan los IMAO. DH: Deshidrogenasa. DOPAC: Ácido dihidrofeniacético. COMT: Catecol-O metiltransferasa. HVA: Ácido homovanílico. VMA: Ácido Vanililmandélico. MHPG: 3-metoxihidroxifeniletilenglicol. 5-HT: Serotonina. 5-HIAA: Ácido 5-hidroxiindolacético.

SITIO DE ACCIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

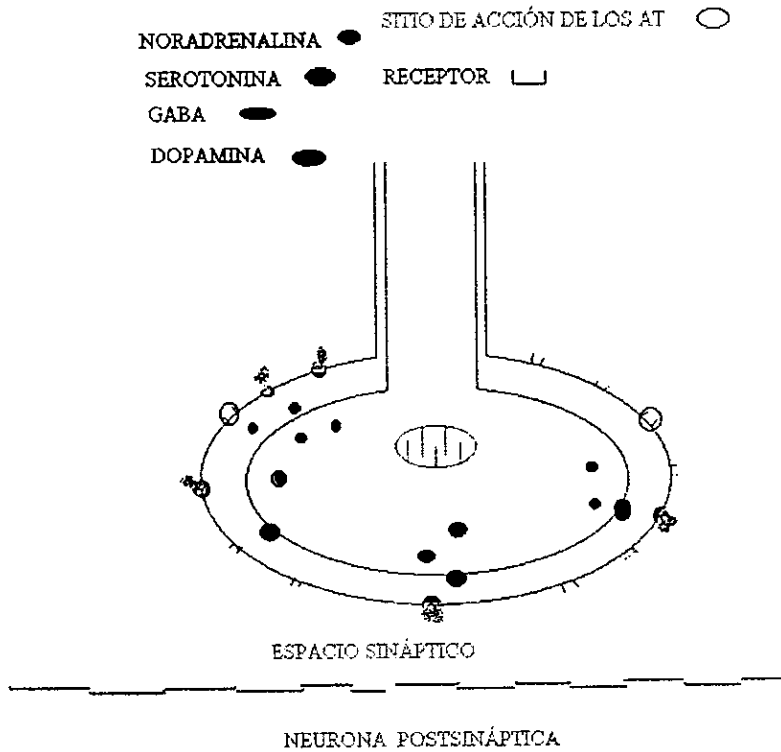


Fig. 4

Los antidepresivos Tricíclicos evitan que los neurotransmisores sea recaptados por la neurona presináptica por lo que prolongan su actividad biológica sobre las neuronas postsinápticas .

ANEXO 1
ISSSTE
Clínica Hospital Uruapan
Detección Oportuna de Depresión

Unidad: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Cédula: _____

Ocupación: _____ No. de Consultorio: _____

Sexo: M () F () Edad: _____

Escolaridad:

- | | | |
|-----------------------|-----|----------------|
| Analfabeta | () | |
| Primaria: Completa | () | Incompleta () |
| Secundaria Completa | () | Incompleta () |
| Preparatoria Completa | () | Incompleta () |
| Profesional Completa | () | Incompleta () |
| Post-grado Completo | () | Incompleta () |

¿cuál?: _____

Estado civil:

Soltero(a) () Casado(a) () Unión Libre () Divorciado(a) () Viudo(a) ()

Motivo de la consulta: _____

Otras patologías: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO

Diagnóstico(s) Presuntivo(s): _____

Diagnóstico(s) Final(es): _____

Nombre y Clave del Médico

ANEXO 2

PROTOCOLO DE ZUNG

	Muy pocas Veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1.- Me siento abatido y melancólico.				
2.- En las mañanas me siento mejor.				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.- Me cuesta trabajo dormirse por la noche.				
5.- Como igual que antes solía hacerlo.				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.- Noto que estoy perdiendo peso.				
8.- Tengo molestias de constipación.				
9.-El corazón me late más aprisa que antes.				
10.- Me canso sin hacer nada.				
11.- Tengo la mente tan clara como antes.				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.- Tengo esperanza en el futuro.				
15.- Estoy más irritable de lo usual.				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.- Siento que soy útil y necesario.				
18.- Mi vida tiene bastante interés.				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas.				

ANEXO 3

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

Forma de convertir la calificación básica al índice EAMD

BIBLIOGRAFÍA

- 1) López, J.J. Ruiz, OC. Barcia, SD.: Las Psicosis y los Trastornos Afectivos. Psiquiatría. Ed. Toray S.A. 1ª Edición. Tomo II: pp. 911-1007.
- 2) López, J.J. Ruiz, OC. Barcia, SD.: Psicogeriatría Psiquiátrica. Psiquiatría. Ed. Toray S.A.: 1ª Edición. Tomo II, pp. 1241-1252.
- 3) Farreras, VP.: Síndromes Depresivos. Medicina Interna. Psiquiatría. Ed. Marín, 8ª Edición; Tomo II, pp. 323-329.
- 4) Ansiedad y Depresión. Clínicas Médicas de Nortamérica. 1988. Vol. 4.
- 5) Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders. 3ªEd. (revised), Washington, DC. American Psychiatric Association. 1987.
- 6) Kernis, MD.: Epidemiology of Mental Disorders in the Elderly. Gerontologist 1986. 26: 482-487.
- 7) Balvet, P.: A propósito de la demencia senil. Gerontología. 1971; (71). 3.
- 8) Lemperière, T. Jullien, R.: El Suicidio en el Anciano. Revue practicien. 1972; (22). 12.
- 9) Coppen, A. Shaw, DM.: Biochemical aspects of Affective Disorders. Pharmakopsychiatr. Neuropsychopharmakol. 1974. 3-36
- 10) Alcala, AA. Greden, JF.: Dexamethasone suppression test in affective disorders Am. J. Psychiatry. 1980; pp. 137-183.
- 11) Akiskal, H. Lcmni, H. Yermanian, B. *et al.*: The utility of the REM latency test in psychiatric diagnosis Psychiatry Rev. 7; 101-110. 1982.
- 12) Block, M. Schulberg, HC. Coulchan, JC. *et al.*: Diagnosing Depression among new patients in ambulatory training setting. Fam. Pract. J. 1988; 16, 458.
- 13) Glass, RM. Allan, AT. Uhlenhuth, EH. *et al.*: Psychiatric Screening in a Medical Clinic. Arch. Gen. Psychiatry 1978; 35. 1189-1195.
- 14) Carlson, A.: Effects of drugs on Amine storage mechanism. Springer. 1970; pp. 223-233.
- 15) Ashford, JW. Ford, CV.: Use of MAO Inhibitors in ederly patients. Am. Psychiatry. 1979; 136. pp. 1466-1467.
- 16) Litter, M.: Farmacologia Experimental y Clinica. El Ateneo Ed. 5ª Ed. 1975; pp. 430-442
- 17) Blackwell, B.: Newer antidepressant drugs. Psychopharmacology. New York. Traven Press. 1987; pp. 1041-1049.
- 18) Cole, JO.: New Antidepressant drugs. McLean Hospital J. 1983. (8) 62-74.
- 19) Salzman C.: Clinical geriatric Phychofarmacology. New York. Megaw-Hill. 1987.
- 20) López, J.J. Ruiz, OC. Barcia, SD.: Terapéuticas biológicas en psiquiatría. Psiquiatría. Ed. Toray S.A. 1ª Ed. Tomo II, pp 1282-1304.
- 21) López, J.J. Ruiz, OC. Barcia, SD.: Fármacos Antidepresivos. Psiquiatría. Ed. Toray S.A. 1ª Ed. Tomo II, pp. 1340-1402.
- 22) Klerman, GI. Cole, JO.: Clinical Pharmacology of imipramine and related antidepressant compounds. Pharmacology .1965. 17: pp.101-141
- 23) Alexopoulos, GS. Shamoian, CJ. Lucas, J. *et al.*: Medical problems of geriatric psychiatric patients and younger controls during Electroconvulsive therapy. J. Am. Geriatr. Soc. 32: 651-654, 1984.
- 24) Laintinen, L. Livingston, K.: Surgical Aproxches in Psychiatry. Medical and Technical pub. Co. LTD. 1973.
- 25) Hitchcock, E. Ballantine, H. Meyerson, B.: Modern concepts in Psychiatric Surgery. El sevier. Amsterdam. 1979.

Bibliografia...

- 26) Small GW: Recognition and treatment of depression in the elderly. *J. Clin. Psychiatry* 1991; 52:11-22.
- 27) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al: Diagnosis and treatment of depression in the late life: Consensus Statement update. *JAMA* 1997, 278: 1186-1190.
- 28) Sullivan MD: Maintaining good morale in old age. *West J. Med.* 1997; 167: 276-284.