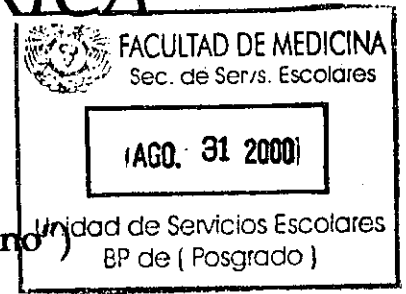


11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Título:

**"LA DEPRESIÓN EN LA
CONSULTA PSIQUIÁTRICA
PRIVADA"**



(Experiencia de 15 años en el "Bajío zamorano")

Alumno:

Dr. Arturo García Duarte

TUTOR TEÓRICO:

Dr. Javier Alfaro Torres

TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. Fernando Corona Hernández

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN
EN PSIQUIATRÍA"

AÑO: 2000

VoBo.: Dr. Alejandro Díaz Martínez

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vo. Bo.

DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al personal del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, y muy especialmente al Dr. Alejandro Díaz Martínez y a la Dra. Claudia Fouilloux, por las facilidades que se me otorgaron para presentar tan a destiempo esta tesis de especialidad en psiquiatría, y la motivación constante que de ellos obtuve. Además, también de manera especial, a los asesores (o tutores) de tesis: al Dr. Javier Alfaro Torres y el Dr. Fernando Corona Hernández, sin cuya guía y ayuda invaluable nunca hubiera logrado concluir este trabajo.

Muchas gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Prólogo.....	4-5
Introducción.....	6-10
El Entorno.....	11-33
La Depresión: Un Grave Problema de Salud.....	34-46
Los Nuevos Antidepresivos.....	47-54
Medicinas Alternativas.....	55-56
Economía de la Depresión.....	57-59
Material y Métodos.....	60
Resultados.....	61-65
Epílogo (Conclusiones).....	66-70
Bibliografía.....	71-78

PRÓLOGO

La psiquiatría, al igual que las demás ramas de la medicina, ha alcanzado un auge impresionante en los últimos años a consecuencia del desarrollo tecnológico que se ha dado en la investigación. La adquisición de nuevos instrumentos de estudio y el descubrimiento de medicinas nuevas ha permitido mejorar los diagnósticos y los tratamientos de los pacientes. De igual manera, han mejorado la nomenclatura psiquiátrica, las clasificaciones y las descripciones de los cuadros clínicos esclareciendo aún más las entidades nosológicas, unificando criterios y evitando confusiones y pugnas entre los diferentes grupos de investigadores, como solía suceder en el pasado.

En estos quince años de labor en la consulta privada, he sido testigo de innovaciones excepcionales en la psiquiatría; he visto aparecer medicamentos nuevos y efectivos que han revolucionado incluso las teorías sobre la depresión y sus orígenes, y hasta la concepción que se tenía acerca de las alteraciones neurobioquímicas de dicha enfermedad, y se ha mejorado, con mucho, el pronóstico del paciente depresivo y su calidad de vida. Pero, como bien se conoce, "no hay enfermedades sino enfermos", lo cual nos recuerda que cada individuo requiere de un estudio concienzudo y específico, y que debemos establecer con él una buena relación terapéutica, escuchándolo con atención y tratando de comprenderlo como un ente biológico, psíquico y social, ya que de ahí habrá de provenir en gran medida la posible curación de los problemas que padece.

Cada individuo es un ser vivo "único e irrepetible" que posee un modo muy particular de ver el mundo y que tiene una manera peculiar para manifestar sus quejas y dolencias. A los psiquiatras nos corresponde, entonces, entenderlo e intentar conocer qué le sucede y qué le afecta, tanto en su interior como en su entorno. Por lo tanto, nos incumbe como médicos tratantes conocer dónde vive, cómo se las arregla para hacerse de alimento y de vivienda, así como de abrigo, y cuáles son sus posibilidades de desarrollo, y, en consecuencia, cuáles son sus frustraciones, y otras tantas cosas no menos importantes. Solamente así, de esa manera, llegaremos a entenderlo y a establecer entonces esa buena relación entre médico y paciente, que es, a fin de cuentas, la piedra angular de la psicoterapia.

De ahí, pues, que el presente estudio se centre en la investigación de los enfermos deprimidos vistos como individuos que sienten y reaccionan ante las circunstancias del medio donde viven, y que tienen su concepto muy propio de la enfermedad mental (de la depresión, en este caso) y sus formas de combatirla, o de negarla, según su grado de instrucción, así como sus tradiciones y creencias.

He aquí el resultado de mi investigación, y el itinerario de dicha travesía.

INTRODUCCION

En el presente estudio se investiga de manera retrospectiva la frecuencia del trastorno depresivo mayor en la consulta psiquiátrica privada (con pacientes ambulatorios), en una región conocida como el "Bajío zamorano" situada en la *esquina* noroccidental del estado de Michoacán, en el lapso de un año anterior a la elaboración del trabajo en cuestión.

Se tomó como base al DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, en donde se dan los lineamientos para hacer los diagnósticos pertinentes. Y se tomó en cuenta sobre todo al Trastorno distímico, al Trastorno depresivo mayor y a los Trastornos bipolares, encontrando que el Trastorno depresivo mayor es, con mucho, el trastorno más común en la consulta particular de pacientes ambulatorios, y que la correlación con respecto a los sexos fue ligeramente mayor (2:1) a favor de las mujeres, lo cual se corresponde con los resultados obtenidos en otros múltiples estudios al respecto. Sin embargo, se ha visto que los hombres acuden menos a la consulta psiquiátrica que las mujeres, debido, muy probablemente, a la mayor tendencia de aquéllos a la negación o a la no-aceptación del problema emocional, o al miedo a ser atendido por otro hombre, lo cual podría despertar en el enfermo sus conflictos con la autoridad o sus temores homosexuales; o, bien, a que prevalece aún la idea en nuestra cultura *machista* de que padecer de un trastorno emocional como la depresión es señal de una supuesta "debilidad de carácter", y, probablemente por eso, los hombres más bien se evaden

con el alcohol o con el juego, o en los burdeles, lo que acarrea consecuencias de un mayor sufrimiento tanto para sí mismos como para sus cónyuges y demás familiares (madre y hermanas, sobre todo), aumentando con ello la frecuencia de depresión en el sexo femenino. Otro hallazgo encontrado es que en mi consulta el 100 % de personas que acuden han ido antes a otros médicos (generales y especialistas), e incluso van con los brujos antes de aceptar la necesidad de acudir con un psiquiatra, y es que prevalece entre la población general la idea de que el psiquiatra es un "loquero" —aun entre los demás médicos no psiquiatras, así sean especialistas—. En dichas circunstancias, las mujeres buscan apoyo en grupos de autoayuda, y sobre todo acuden a la religión —especialmente la católica—, y a grupos de alcohólicos o de neuróticos anónimos, en donde suelen encontrar la ayuda espiritual que les permite continuar adelante, y con frecuencia sobrellevar mejor su depresión, e incluso, eventualmente, hasta salir de ella.

La depresión se ha convertido en un problema muy serio de salud mental. El Trastorno depresivo mayor es la enfermedad más común en la consulta psiquiátrica privada —al menos en la mía—, en la ciudad de Zamora, Michoacán, a donde acuden gentes de lugares distantes, de ciudades medias y chicas, de villas y pueblos, y de rancherías, con una población total aproximada de un millón de habitantes. Siendo la región en estudio una de las más importantes en cuanto a emigración a los Estados Unidos de Norteamérica en todo el país, con un buen ingreso económico proveniente de allá, pero con las consecuencias que ello trae

consigo de abandono familiar, separación, ruptura, y pérdida de las tradiciones, y trastornos de identidad tanto en los individuos como en las comunidades.

En estas circunstancias, el médico psiquiatra cumple un papel fundamental al verse en la necesidad de encontrar soluciones a los problemas depresivos de los pobladores, y buscar, en lo posible, la prevención de los mismos. De ahí, que el presente trabajo se enfoque a la depresión en general y al papel del psiquiatra en la comunidad, en particular.

El psiquiatra es, a menudo, el médico que se ocupa de las cosas más simples, de los dichos y hechos banales; estudia muchos menos sucesos y casos hermosos que cualquier otro médico, pero siempre es testigo de tristes y bellas historias sobre cariños desaparecidos o tristezas insoportables. No podemos evaluar la tasa de sufrimiento ni el exceso de euforia desorganizante. Nuestro papel es encontrar, detrás de la opacidad, la claridad de la pasión; detrás de la incoherencia, los deseos no realizados, las satisfacciones y las insatisfacciones de nuestra infancia, olvidadas con el tiempo y luego reaparecidas (...). El papel del psiquiatra no es el de regular los conflictos sociales ni el de dar directrices sociales bien definidas. La psicocracia no es nuestra meta. Nosotros no queremos psiquiatrizar la vida (...sino) enfrentar al hombre con sus problemas, reduciendo al mínimo la ambigüedad a fin de que escoja lo más libremente posible según sus deberes y aspiraciones. No estamos aquí para pulir las asperezas de los individuos, sino para desarrollar una personalidad que ya poseían y para hacer que parezca más probable lo que tan a menudo se interpreta como impensable."

J. de Ajuriaguerra (1983) (1)

Hace ya casi quince años que inicié mi trabajo como psiquiatra privado en la ciudad de Zamora, Michoacán. Al principio, era muy difícil que el paciente acudiera espontáneamente a la consulta; siempre llegaba temeroso y cuidando que

no lo vieran entrar al consultorio. Por su parte, los médicos generales, y aun los especialistas, temían que su paciente se molestara cuando le dijeran que debía ser atendido por un psiquiatra, si lo creían pertinente, y lo peor era que muchas veces en su ignorancia, cuando el mismo paciente les sugería la posibilidad de tener que acudir, ellos trataban de convencerlo de que no debía hacerlo aduciendo que no estaba "loco". Así que, tanto los médicos como los pacientes nos veían a los psiquiatras como bichos raros. No es extraño, como señalaba Guimón (2), que haya entre la gente y en el gremio médico no especialista del ramo una gran confusión en cuanto al rol del psiquiatra. Además, nuestra labor con frecuencia se confunde con la del neurólogo y la de otros profesionistas no médicos como los psicólogos. Por otra parte, no es raro que las personas acudan con la idea de que el psiquiatra las va a hipnotizar y que les va a *sacar* todos sus secretos, y como los seres humanos guardamos siempre algo que nos preocupa o que nos parece turbio, y lo ocultamos con mucho celo, pues a la gente le resulta más cómodo no enfrentar el trance, evadiendo dicha situación.

La enfermedad mental ha sido considerada como mágica o sobrenatural desde el principio de la historia de la humanidad, lo cual perdura, aunque en menor medida, hasta nuestros días (3). En la actualidad, la psiquiatría se ha ido ganando su lugar entre el gremio médico, y en la sociedad en general, debido a los grandes avances en la investigación y a la búsqueda de unidad de criterios diagnósticos por parte de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con su DSM (actualmente en su cuarta edición), aunque aún se sigue satanizando

nuestra labor por parte de la gente y aun de algunos médicos. El trabajo paciente de años, hecho a conciencia, ha ido convenciendo a médicos y enfermos de que sí requieren ayuda y que la pueden obtener acudiendo con nosotros. Poco a poco, como suele suceder, unos pacientes han ido recomendando a otros, y éstos a otros, y así, en la actualidad, algunos enfermos llegan por la recomendación de algún médico, pero, sobre todo, de otros pacientes que ya han sanado, lo que resulta benéfico, pues con una buena dosis de fe en el tratamiento el paciente sanará más pronto.

Al respecto, Guimón nos dice lo siguiente:

A nadie se le oculta, por otra parte, el alto contenido de concepciones mágicas evidenciables en determinados abordajes contemporáneos a la enfermedad mental (...) El hombre de la calle nos sigue atribuyendo facultades portentosas, y son pocos los que se nos acercan socialmente sin cierto recelo de que vayamos a adivinar, a la primera de cambio, los secretos más remotos de su psique. Detrás de la mayoría de las críticas y chistes sobre la profesión de psiquiatra se esconde una mágica idealización por parte de una población simplista dispuesta aún a admirar pasmada a sus modernos chamanes. Y es de señalar que ese halo de admiración es el responsable de buena parte del poder curativo de los médicos y en especial de los psiquiatras (4).

EL ENTORNO

El Bajío zamorano es una región que vive de la agricultura y el comercio, pero sobre todo vive de la emigración a los Estados Unidos de Norteamérica. Zamora, Michoacán, cabecera del municipio del mismo nombre, es una ciudad mediana y más o menos próspera. Sede de la diócesis, obispado y cabecera de distrito, se encuentra localizada en la parte noroccidental del estado de Michoacán, en la región conocida como el "Bajío zamorano" (5). Se le conoce también como "La Sultana del Duero" y es considerada la localidad más dinámica de la región, pues se ha perfilado como una de las ciudades agroexportadoras más importantes no sólo del estado sino del país (6). Actualmente tiene cerca de 114,000 habitantes, ubicados en una extensión territorial de 438 km² (7), y es un centro comercial y de servicios a donde acuden los pobladores de las comunidades vecinas, con una población aproximada de un millón de habitantes (8). Actualmente, esta ciudad cuenta con aproximadamente 16,000 has. de tierras irrigadas casi en su totalidad, por lo que la agricultura es una de las actividades más importantes a las que se dedican sus pobladores.

Con la apertura de la carretera México-Morelia-Guadalajara, que facilitó un intercambio más estrecho entre Zamora y los grandes centros comerciales del centro y del occidente del país, se tuvo un auge en la economía de la región a partir de los años treinta. Ya en los años 50, debido a la desecación del valle de Zamora, aumentó la extensión de tierra cultivable, y se fundó el Banco de Zamora —que

posteriormente vendría a ser Banca Promex—, el cual tenía la finalidad de brindar apoyo económico a los agricultores y ganaderos, y con ello se modernizó la agricultura que ya para entonces se especializaba en el cultivo de papa, jitomate, cebolla, fresa, trigo y sorgo. Actualmente estos productos se comercializan no sólo en el mercado nacional sino también internacional. (9)

Debido al progreso en la región, la ciudad de Zamora ha sufrido un crecimiento rápido, y a veces caótico, con la inmigración de trabajadores de las comunidades vecinas que llegan con la esperanza de conseguir mejores condiciones de vida y un empleo permanente, y también de gente progresista, económicamente “bien”, que busca establecerse en un lugar más seguro y próspero para instalar sus negocios y vivir con sus familias.

Debido al incremento poblacional, crece también la demanda de servicios. Aumenta el número de comercios y planteles educativos, así como el de la industria de procesamiento de alimentos (como las congeladoras de fresa) (10). En la ciudad de Zamora se ofrecen cada vez más y mejores servicios en medicina, y cuenta con un buen número de especialistas en todas sus áreas. En cuanto a la salud mental, cuenta con psiquiatras y psicólogos clínicos en número suficiente para atender las necesidades de la población. A la ciudad de Zamora, acude en busca de atención médica gente de lugares distantes y de ciudades de cierta importancia, como La Piedad, Los Reyes, Zacapu, Jiquilpan, Sahuayo, La Barca, y en menor grado de Uruapan y Apatzingán, y de una gran cantidad de villas,

pueblos y rancherías. Al respecto, Guillermo Fernández Ruíz, en su tesis de maestría por el Colegio de Michoacán, A. C., nos dice lo siguiente:

Funcionando como el enclave articulador de la región, la conurbación Zamora-Jacona concentra población, economía, comercio y servicios; sus principales rubros económicos son la actividad agroexportadora, el comercio, la prestación de servicios y la actividad bancaria y financiera. Como ciudad media y como nodo integrador de un amplio *hinterland* rural, concentra y ofrece casi todos los géneros de servicio, desde el abasto de productos perecederos hasta los bienes duraderos y artículos suntuarios, desde diversión y esparcimiento hasta servicios médicos especializados, desde industrias extractivas hasta las de transformación; las facilidades de transporte y comunicaciones de que dispone, dinamizan su economía y mantiene enlazadas y cautivas a las pequeñas ciudades y pueblos que forman su entorno periférico; hasta como centro de cultura y del poder clerical, mantiene desde el siglo pasado su preeminencia sobre todo el noroeste michoacano. (11)

La región en estudio es una región todavía más inmersa en el ambiente rural que en el urbano, aun cuando se hable de ciudades —ciudades medias o chicas—. Existen industrias, pero, en su mayoría, son de la transformación de productos agrícolas: empacadoras de fresa y hortalizas, y ganaderos, específicamente de productos lácteos a pequeña escala, y sus dueños son agricultores o ganaderos de toda la vida, o asociaciones de ellos como en el caso de la asociación de productores de fresas y hortalizas del valle de Zamora, o cooperativas lecheras. Los niños de las ciudades todavía viven muy cerca del campo. Hay poca contaminación, al menos en el aire, y es un medio ambiente todavía sano para el buen desarrollo de los individuos. Existen, de cualquier manera, grupos de personas humildes, o proletarios, que viven en asentamientos irregulares y en

condiciones paupérrimas en las inmediaciones de la ciudad, formados por gentes que llegaron en busca de trabajo, y que ahí se quedaron, o que son *pobladores flotantes* que acuden desde lugares lejanos a la pizca de la fresa, de la papa, y de otras hortalizas durante el tiempo de la cosecha y que luego vuelven a sus lugares de origen. En consecuencia, no es fácil aplicar en nuestro medio algunos resultados de estudios practicados en sociedades más desarrolladas (27), como en Estados Unidos de Norteamérica o en países de Europa, en donde se ha tratado de demostrar que cierto tipo de trastornos mentales afecta más a algunos grupos sociales. Tampoco es fácil encontrar resultados semejantes en estudios de acuerdo a si se vive en el campo o la ciudad (28). Las rancherías y los poblados más pequeños con una ecología campirana son las comunidades que por desgracia sufren mayormente de la emigración y por tanto de la soledad y de la frustración entre sus habitantes. En cambio, en las ciudades, especialmente en Zamora, se concentran las actividades culturales, educativas y de comercio, y hay un dinamismo que da vitalidad a la comunidad y a sus pobladores.

En la región, la familia es nuclear y, a veces, extensa; es decir, está formada por el padre, la madre y los hijos, y no es raro encontrar en el grupo familiar a los abuelos o tíos. Con frecuencia, las parejas recién casadas van a vivir por algún tiempo con los padres del marido. Esto ocasiona serios problemas en la relación de los nuevos cónyuges, ya que la esposa tiene que soportar la falta de privacidad, la convivencia con personas que la ven como un extraño al grupo familiar, con cuñadas que la agreden, o, aun, la nueva esposa llega a ser objeto del control y el

maltrato de los suegros. No es raro que los nuevos cónyuges, después de semanas o meses, tengan serios problemas de relación al grado de caer en un estado de ansiedad que llega a ser motivo de consulta psiquiátrica, o se ven a punto de la separación. Sin embargo, la familia sigue siendo el grupo social fundamental.

Una familia bien integrada, es la base de la salud mental entre sus miembros. Sabemos la importancia de las experiencias infantiles en el medio familiar para el buen desarrollo del ser humano. El matrimonio es un paso definitivo en la vida del individuo y, bien llevado, juega un papel estabilizador en la salud mental. Tanto el hombre como la mujer, al contraer matrimonio, se ven ante un "cambio de vida" al que no están preparados, pero que una vez llevado a cabo los pone en una situación que les confiere responsabilidades y prerrogativas de mucha utilidad para su mejor desarrollo como personas y en la sociedad. La mujer, se realiza como tal; y, luego, por lo general llega a ser madre, y esto también la hace sentir realizada. El hombre finalmente debe entender que ya no es un niño o adolescente y que tiene que ser jefe de familia, cargo para el cual nunca estará lo suficientemente preparado, por lo cual es común en nuestro medio que la mujer cargue con toda la responsabilidad del hogar: economía, educación, apoyo en la instrucción escolar, etc., y que su única recompensa sea la que obtenga de criar a sus hijos, verlos crecer, educarlos, y ayudarlos a desarrollarse como personas y alcanzar sus metas, hasta que un día se van de la casa dejando en consecuencia un vacío irremplazable en el hogar para la madre.

Es bastante común el machismo en la región. Los hombres, con frecuencia tienen otras mujeres de manera ocasional, o bien, no es raro que lleguen a tener lo que ellos llaman *la casa chica*, es decir, una relación de pareja bien establecida y con hijos fuera del matrimonio. A través de mi experiencia como psiquiatra, he podido constatar cómo esto es más común en algunos lugares que en otros. Hay ciudades pequeñas o pueblos en donde se da con mucha mayor frecuencia el tener una relación de amante bien establecida y duradera, e incluso muy cerca de la casa familiar. Lo grave del asunto es que las esposas toleran —con la hostilidad reprimida— estas situaciones, ya que, según dicen las mujeres mayores que ya pasaron por eso, “ésa es su cruz, y deben cargarla por toda la vida, porque así les tocó...” En realidad, a las mujeres que se encuentran en tal situación no les agrada en lo más mínimo —como era de esperar—, pero tienen que tolerarlo, y sin embargo, como en una cadena, luego ellas mismas fomentan dicho comportamiento machista en sus hijos varones, sobreprotegiéndolos, mimándolos en exceso, dándoles todo sin esperar nada a cambio, y tolerando, o aun festejando cuando llega su momento, el comportamiento machista de sus hijos al ir en búsqueda de relaciones de pareja.

Al llevar la carga de las responsabilidades de la casa, y al sufrir frustraciones y agresiones en la relación con sus maridos, las mujeres madres se desviven en el cuidado de sus hijos transmitiéndoles sus conflictos y, esperando realizarse en ellos, a veces llevando una relación francamente edípica, o en otras ocasiones descargando en ellos la hostilidad que no pueden canalizar hacia el marido, y

terminan criando unos hijos inmaduros y egocéntricos, ambivalentes e incapaces de amar, o de expresar amor si es que lo tienen por sus parejas, con trastornos de personalidad que los deja marcados sin remedio para toda la vida. Al respecto, Guillermo Fernández Ruíz nos dice lo siguiente:

El machismo, como modelo de conducta y como supuesta "idiosincrasia nacional" del mexicano, se puede definir por la exaltación exagerada de los atributos masculinos, la subvaloración de la mujer y cierta rebeldía ante las normas y principios sociales, políticos y aun religiosos. (...) Y ese absurdo, engendra una diferencia de valoraciones con que se juzga al género femenino; a las mujeres, en general se les subvalora y cosifica, son objeto y no sujeto; esa entidad enigmática que nunca se llega a comprender, es para ser conquistada, poseída, dominada, ninguneada y, a veces, abandonada; pero la madre-mujer es otra cosa: encarnación viva de lo divino, virgen inmaculada, personificación de todas las virtudes, objeto de devoción, piedra angular de toda la sabiduría, reconfortante bálsamo cuando está presente y ángel de la guarda cuando está ausente, diosa tutelar que redime y salva. (12)

El valle de Zamora es un valle fértil, de tierras cultivables, con clima templado, y el *Bajío zamorano*, con sus valles y su ciénega, además cuenta con tierras altas y de sierra, con la diversidad de climas que esto conlleva. En la región de nuestro estudio, los cultivos son variados, de ahí que se dé la agroexportación, especialmente de fresa y aguacate, hacia los Estados Unidos de Norteamérica, pero en realidad lo que más se exporta es mano de obra barata, siendo una de las regiones de México con mayor índice de emigración. En los municipios vecinos de Zamora, Michoacán, se encuentran varios de los que se registran con mayor índice de población migrante a los Estados Unidos de Norteamérica en toda la República Mexicana: Chavinda, Purépero, Tangancícuaro, y Tlazazalca, entre otros. Dato

interesante porque el estado de Michoacán es uno de los que más fuerza de trabajo exportan a los Estados Unidos (con Jalisco se disputan los dos primeros lugares) y, por tanto, estos municipios a nivel nacional también se destacan por ello; o sea que no obstante el gran desarrollo agrícola, y aunque podría parecer contradictorio, en la región se da un alto índice de desocupación masculina que fomenta la migración a los Estados Unidos (13, 14), y en menor número a la capital y al interior de la República Mexicana. Por otro lado, existe un buen número de jefes de familia que cuentan con su pasaporte en regla, o que han adquirido la ciudadanía norteamericana, y que no obstante que tienen sus tierras de cultivo o algún negocio familiar del cual se logran sostener económicamente la mayor parte del año, emigran durante la temporada de verano, que es el período lluvioso cuando la producción se paraliza y la economía se ve más afectada, y laboran allá tres o cuatro meses —de junio a septiembre—, aprovechando la posibilidad que tienen de entrar y salir cuando lo deseen del país vecino.

Sin embargo, muchos pobladores viajan al *norte* sin documentación, o sea, de *mojados*, por lo que su trabajo resulta mucho más redituable para quienes los ocupan, realizando labores de lavaplatos clandestinos, cuidando niños, o arreglando jardines o *yardas* como les llaman ellos; haciendo cualquier cosa que les permita sobrevivir. Los más afortunados, llegan a hacerse residentes o ciudadanos norteamericanos y sus ingresos son más elevados, y cuentan con todas las prestaciones de ley, aunque generalmente se ocupan en los trabajos más pesados del campo o de las fábricas. Los hijos de unos y de otros nacidos allá, crecen en una

dicotomía, en una verdadera esquizofrenia, cuando las ideas que sus padres tratan de inculcarles son muy diferentes a las que ellos ven en sus coetáneos en las escuelas y en la sociedad *gringa*. Con frecuencia, los hijos hablan el inglés, pero los padres nunca lo aprenden, o bien, los hijos hablan un lenguaje *chicano* o "tex-mex", una mezcla híbrida de español e inglés.

No obstante las penalidades de nuestros coterráneos en los Estados Unidos, sin los ingresos que ellos envían no habría progresos en la región. Realmente muchos pueblos, de por sí solitarios —por cuyas calles de vez en cuando se ve la figura escuálida de algún anciano o de mujeres y niños—, sin los dineros que mandan sus familiares ya estarían completamente muertos. Los hombres apenas adolescentes se van a *la aventura*, con la idea de conseguir un trabajo que les dé mayores ingresos y prosperidad, y sólo en el fin de año, por allá entre noviembre y diciembre, cuando regresan los emigrados, la vida renace y las rancherías y los pueblos se llenan de fiesta, y hasta las depresiones disminuyen (seguramente escondidas en la hipomanía); además, muchos de los que regresan aprovechan el tiempo para atenderse de sus diversos males, con lo cual los prestadores de servicios, entre ellos los médicos, tienen un auge económico durante esa época.

Cuando los maridos emigran a Estados Unidos se da una ruptura en el núcleo familiar que, sin ser la muerte física, es un trastorno muy serio para el grupo, especialmente en la relación de la pareja. Las mujeres que se encuentran en dicha situación pasan años solitarias y frustradas, esperando con ansias el día que el marido regrese y sufriendo anticipadamente el día que se volverá a ir, dejándola

en el abandono. Esto se complica sobremanera en las mujeres cuando llegan a la etapa de separación de los hijos, cuando éstos se casan o emigran, y se queda el “nido vacío”, lo que además suele coincidir con la llegada de la menopausia y todas sus consecuencias a nivel emocional, y se desencadena con ello la “crisis de la edad madura” (15). De pronto, el motivo de su existencia deja de tener sentido, y las angustias y las depresiones se apoderan de ellas intempestivamente.

No obstante, a partir de 1986, cuando se puso en marcha la reforma a la ley de inmigración en los Estados Unidos de Norteamérica, se legalizó el paso y la estancia en aquel país para un gran número de indocumentados, los cuales al lograr esto pudieron llevar consigo a sus familias, y con ello mejoró en muchos hogares la mencionada situación de frustración y de abandono. Pero el daño ya estaba hecho por varias generaciones. Y, además, muchos de los que antes viajaban solos sí estaban *arreglados*, es decir, tenían pasaporte, pero siguieron con el mismo patrón de conducta con el pretexto de que “con familia no se puede hacer dinero”. De cualquier manera, en ese reacomodo de la relación matrimonial y familiar, las mujeres tuvieron una ganancia neta en cuanto a su estado emocional (16, 17). Sin embargo, a consecuencia de la migración de familias enteras, y la de muchos que se siguen yendo incluso en número mayor que antes debido a la falta de fuentes de trabajo, y a la pésima situación socioeconómica que prevalece en nuestro país, muchos pueblos o ciudades pequeñas se van quedando más solos cada vez, y esto acarrea otro tipo de trastornos a sus pobladores —sobre todo a los mayores de edad— que ven cómo sus hijos, nietos y demás parientes se van alejando para no

volver, ya que la mayoría de ellos prefieren la vida de progreso y de comodidades en los Estados Unidos, y qué decir de los descendientes de éstos, nacidos allá y que nada los arraiga a esta tierra, y que ya están totalmente hechos al modo de vivir *americano*.

En esas comunidades, los niños esperan llegar a la adolescencia para irse *al otro lado*, y las mujeres jóvenes y solteras esperan a su *príncipe azul* emigrado que les brinde la posibilidad de realizar sus sueños de casarse y volar. Y los ancianos sólo se concretan a ver, sentados en alguna esquina, asoleando sus reumas, cómo su lugar de origen y/o residencia carece de atractivos que motiven la vida en comunidad. A la mayoría de éstos sólo les resta acudir a los actos del culto y estar cerca de Dios, esperando con resignación —o sin ella— el día que les llegue la muerte.

Por otro lado, acudir a consulta en los Estados Unidos, sobre todo con un especialista, muchas veces resulta contraproducente o infructuoso: el servicio es caro, las medicinas son muy costosas, y, lo que es peor, los pacientes se encuentran con un serio problema: tienen que servirse de un intermediario que traduzca sus quejas... Con lo complicado que es, de por sí, para el paciente expresar y explicar sus síntomas, generalmente resulta que o no lo entienden o el enfermo siente que no fue comprendido, y así es difícil que cualquier tratamiento psiquiátrico, y sobre todo psicoterapéutico, pueda dar buenos resultados. Por ello, un gran número de pacientes con trastornos emocionales, especialmente depresivos, acude de

noviembre a enero —en la temporada de vacaciones— a la consulta en Zamora, buscando ayuda para sus múltiples males.

Debo hacer hincapié en que en una región en donde la emigración a los Estados Unidos es la mayor fuente de ingresos económicos, muchas mujeres se quedan solas durante la mayor parte del año, o por varios años, lo que conlleva una serie de trastornos en la persona, en la pareja, en la familia y en su comunidad. Acá sí, como dijo Gabriel García Márquez, “Las mujeres cargan el mundo sobre sus hombros”, y tienen que cuidar de sus hijos, educarlos, atenderlos en sus enfermedades; y, además, cuidar de la economía familiar, y sufrir la separación casi continua de sus maridos que por necesidad emigran en busca de mejores salarios para progresar. Las mujeres envejecen solas, los hijos crecen sin padre, y todo esto complica más la problemática social, dando como consecuencia trastornos emocionales severos, infidelidades, o frustración, con una buena cantidad de trastornos psicosomáticos: cefalea tensional, colitis, gastritis, migraña, etc., y en los hijos un número cada vez mayor de problemas de desajuste con un alto índice de fracaso y deserción escolar y pandillerismo, volviéndose un campo fértil para que proliferen las drogas y para que los narcotraficantes hagan de las suyas. En este aspecto, se ha venido dando un auge espeluznante en el uso de cocaína entre niños y adolescentes, especialmente de la región que se conecta con *Tierra Caliente*, ya que se vende ésta en las calles, en las escuelas, en las *discos*, en los bares, en los prostíbulos, y en los lugares más inverosímiles, al grado que se volvió ya un problema de salud bastante serio, el cual no se ve cómo pueda solucionarse.

Con el uso cada vez más frecuente de la cocaína, y por su precio elevado, han aumentado considerablemente los asaltos a mano armada, los robos a casas-habitación, los asesinatos, los secuestros, y algo muy grave: la prostitución entre las jovencitas para poder conseguir la droga, y se vive un ambiente de inseguridad que creíamos distante de nosotros, en las grandes ciudades o en las películas. En esta situación, las mujeres –madres, esposas, hermanas– suelen ser las que más sufren, y es uno de los varios motivos por lo que diariamente, como ya decía, la depresión es el trastorno que más se ve en la consulta privada en el Bajío zamorano. Hay días en que el 100% de la consulta suelen ser casos de depresión, y no es raro que todos sean mujeres.

Hasta ahora he puesto el énfasis en la separación de la pareja y sus consecuencias tan graves hacia la mujer. Claro que el hombre al tener que marcharse también sufre, y sobre todo sufren los hijos quienes deben convivir con una madre enferma y con la figura de un padre ausente. En tales circunstancias es muy difícil que los hijos puedan desarrollarse mentalmente sanos. El problema se agrava aún más cuando los padres provienen de una familia desintegrada o incompleta. Roger Bastide comenta al respecto:

...hay una influencia de la separación o el divorcio y de la existencia de trastornos mentales en los padres sobre los niños pequeños, que se traduciría ulteriormente entre estos últimos por trastornos de la personalidad; (...) En una generación anterior, cuando la madre proviene de una familia incompleta y tiene tras de sí una historia infantil

complicada, lleva en sí tendencias neuróticas que, aun cuando no estallen en ella misma, pasan al niño al que educa; (...) Uno de los elementos más importantes es la unión y la armonía entre los padres; las estadísticas de Dührssen son aquí significativas; otros autores muestran igualmente que cuando la pareja no se entiende, vale más para el hijo que se separen o divorcien, antes que continuar con disputas u odios delante de su progenitura. (...) Podemos concluir de todo esto que el medio familiar armonioso es necesario para el equilibrio psíquico del niño y que los trastornos que éste puede presentar, tanto durante la infancia como después, provienen en gran parte de los conflictos entre los padres. (18)

La religión, según Durkheim, es una fuerza integradora en la sociedad. Pero para que la religión tenga un sentido pleno debe ser el de la experiencia mística vivida en las profundidades del alma y no solamente por el hecho de haber sido bautizado en ella. Solamente en este sentido sería como la religión conservaría dicha función integradora. Entonces, es la religión del individuo la que hay que tomar en consideración y no la adherencia a una iglesia (19). Diversos pensadores han hablado del tema; por ejemplo, Jung ve en la religión "el gran camino real de la salud mental", al ayudar las Iglesias a trascender los conflictos psíquicos dándole un sentido a la existencia humana (20); o como en el caso de Viktor Frankl, que ve en la represión o la disminución de nuestra vida espiritual la verdadera patología de nuestra era (21). Sin meterme aquí a investigar las diferencias entre las diversas religiones, su manera de practicarlas, su elemento comunitario o, en caso contrario, individualista; si es más o menos represiva; si se realiza la confesión, etc., diré, simplemente, que la religión cumple un papel muy importante en la vida del ser humano, especialmente en el Bajío zamorano.

Dice Roger Bastide:

...Y es que, la religión, aun la no vivida, incluso la olvidada, ha modelado la cultura de un pueblo de generación en generación, ha arquitecturado las costumbres según sus reglas ocultas y muy particularmente su manera de educar a los niños. La fe ha podido morir, pero la cultura seguirá siendo su máscara mortuoria. (22)

En la región, existen algunas religiones "cristianas" importadas de los Estados Unidos como los testigos de Jehová, los mormones, etc., pero la religión católica sigue siendo la predominante, en especial en la ciudad de Zamora que se caracteriza por ser fundamentalista y conservadora a ultranza. Se cuenta con un seminario mayor en Jacona, Michoacán (zona conurbada con la ciudad de Zamora), de donde han surgido grandes personalidades de la vida cultural, política y religiosa de nuestro país, como el poeta Amado Nervo, el premio nobel de la paz Alfonso García Robles, e incluso algunos políticos abiertamente anticlericales como Francisco J. Múgica, entre muchos otros.

Habría que mencionar como datos interesantes que durante la Intervención Francesa, el arzobispo imperial de la ciudad de México, y gran luchador antiliberal, fue el zamorano don Pelagio Antonio de Labastida y Dávalos, y años después, en Guadalajara, el monseñor Orozco y Jiménez, otro obispo zamorano, se enfrentó al gobierno de Calles y jugó un papel crucial en las negociaciones entre Iglesia y gobierno durante la lucha cristera. (23)

Las grandes fiestas en la región van de acuerdo con el calendario religioso. El día de la Virgen de Guadalupe es un día feriado y se festeja en todas las comunidades casi durante medio mes. En la ciudad de Zamora se construye desde hace un siglo la Iglesia que pretendía llegar a ser la más grande de Latinoamérica, llamada "El Santuario Guadalupano". Y es que la Virgen de Guadalupe es la madre protectora y el símbolo de unidad comunitaria de los católicos, además de emblema en la lucha de éstos contra el avance de las sectas religiosas importadas de los Estados Unidos de Norteamérica, ya que estas últimas rechazan a la Virgen María como madre de Dios y, en consecuencia, rechazan la "Purísima Concepción", lo que representa una grave ofensa para los católicos.

En el año de 1973 llegó a Zamora el Movimiento de la Renovación Carismática del Espíritu Santo, lo cual vino a revolucionar y a revitalizar las prácticas religiosas en el ámbito católico de la región (24, 25). Dicho Movimiento se había iniciado años antes en Estados Unidos por un sacerdote jesuita, quien, viendo como progresaban las sectas protestantes o cristianas no católicas, buscó que los seglares tuvieran una participación mayor de acuerdo a lo sugerido en el Concilio Vaticano II. En este Movimiento se presentan cambios en el sentido de pertenencia e identidad que manifiestan los católicos que son miembros de algún grupo de renovación. Estos cambios giran alrededor de cinco factores que son característicos del proyecto de la renovación carismática, a saber: un sentimiento de comunidad o hermandad de todos sus miembros; se brinda ayuda y apoyo mutuo entre los integrantes; las prácticas rituales son más activas, demostrativas y

entusiastas, es decir más espontáneas. Se adora a Dios "con todo el cuerpo", se grita, se canta, se llora, etc., y hay una fuerte orientación hacia la curación: los que tienen el "don de sanación" imponen sus manos sobre la cabeza del enfermo mientras rezan y alaban a Dios, y así se obtienen "curaciones milagrosas". Además se tiene la certeza de que es posible un cambio radical del individuo, de la Iglesia y de la Sociedad, y por tanto de sí mismo y de toda la humanidad, en la Renovación del Espíritu Santo. Y, por último, la conversión mediante la cual el individuo se adhiere al grupo de una manera voluntaria. A diferencia de cuando se sentía católico por haber nacido en una familia católica y bautizado en ella, esto le confiere un sentimiento de pertenencia y de responsabilidad consigo mismo y con el grupo.

Elizabeth Juárez Cerdi comenta lo siguiente:

La Renovación Carismática tiene, a diferencia de otras organizaciones de laicos, características muy particulares como son: 1) expresiones muy emotivas en sus reuniones, en las que la libertad y la espontaneidad predominan; 2) la realización de asambleas de oración masivas en las que se utilizan cantos, aplausos y todo el cuerpo "para alabar a Dios"; 3) el llevar a cabo retiros y encuentros en donde, a decir de los creyentes, se producen curaciones milagrosas por medio de la "oración de sanación"; 4) la creación de ministerios especializados asociados a los carismas o dones extraordinarios otorgados por el Espíritu Santo durante el segundo Bautizo o "bautizo en el Espíritu"; y 5) la formación de pequeñas comunidades (a semejanza de los núcleos de los primeros cristianos) que muchas veces nacen y crecen independientes de la Iglesia y su jerarquía. (26)

Durante las reuniones suceden fenómenos paranormales en los que se "manifiesta Dios a través del Espíritu Santo" que otorga "dones" o "carismas" a

través del segundo "bautizo en el Espíritu", como el "don de lenguas" mediante el cual algunos de los renovados, supuestamente, pueden expresarse en idiomas desconocidos para ellos; el "don de sanación" que les permite hacer curaciones; el "don de profecía"; el "don de hacer milagros", etc. Dichos fenómenos podrían verse como casos de "histeria colectiva", o como fuera, pero la catarsis y la salud espiritual que llega a un gran número de personas durante las asambleas de dicho movimiento, nunca antes se logró en la religión católica tradicional, al menos desde los tiempos remotos de los primeros cristianos. Los *renovados* parten de la premisa de que Dios todo perdona, y así los más grandes pecados y las culpas más grandes se resuelven acudiendo a las asambleas y retiros. Es toda una terapia grupal, indiscutiblemente.

La mayoría de pacientes que acuden a mi consulta privada, son personas de las clases media y baja. Es interesante observar que las personas de mayores recursos —de las clases alta y media alta—, van a consulta psiquiátrica a las ciudades más grandes como Guadalajara y México, e incluso al extranjero. El motivo podría ser la desconfianza en cuanto al servicio que en la ciudad de Zamora se puede obtener; pero tal parece que, al menos en la clase media alta, más bien el motivo es ocultar a su familiar enfermo —sobre todo si es psicótico—, o que desean no ser vistos en la sala de espera de un médico psiquiatra de la localidad, lo que para ellos resultaría vergonzante.

No obstante los avances, existe mucha ignorancia al respecto de la psiquiatría entre los médicos generales, quienes son los que reciben en el ámbito de la atención primaria al paciente psiquiátrico por primera vez. En las escuelas de medicina de todo el mundo —hasta donde yo sé—, los cursos de medicina psicosomática y de psiquiatría son muy exiguos y superficiales, de tal manera que el médico recién egresado de la facultad tiene que enfrentarse a una población cada vez más enferma emocionalmente y sin las armas necesarias para diagnosticar, mucho menos para saber tratar a un paciente con quejas de índole emocional; de ahí que dichos enfermos no sean atendidos ni canalizados adecuadamente.

En la región del Bajío zamorano no existen hospitales psiquiátricos. Los más cercanos están en las ciudades de Morelia, Mich., Guadalajara, Jal. y León, Gto., los tres, a unas dos horas y media por carretera. Así que de ser necesario un internamiento, se debe trasladar al enfermo con la ayuda de una dosis parenteral de una combinación de tranquilizantes mayores con efecto sedante, en una ambulancia de la Cruz Roja o de Rescate. En este sentido es de mucha ayuda el Dif municipal, ya que ellos tramitan el ingreso del paciente al hospital para que no se dé el caso de que lleguen con el enfermo hasta el lugar, lo revisen allá los médicos, y lo devuelvan a su casa con una receta por falta de cupo para su internamiento. Todavía, de vez en cuando, es posible encontrar a algún paciente, sobre todo de la clase humilde, que siendo psicótico crónico y no medicado, se le mantiene en su domicilio atado con cadenas, o en un cuarto, aislado bajo llave, semidesnudo y sucio, con el pelo y las uñas largas, como un animal peligroso.

Por otra parte, el paciente psiquiátrico, como la mayoría de la población, con frecuencia tiene la idea de que el neurólogo es un "especialista de los nervios", y que, por lo tanto, aquél es el médico que lo debe tratar; de tal manera que se puede ver en la sala de espera de la consulta privada de dichos especialistas a una gran cantidad de casos propiamente psiquiátricos. Esto muchas veces complica la vida del paciente y le hace desconfiar más aún de que pueda encontrar una solución a su problema, cuando uno o varios tratamientos previos le han fallado. Así que cuando llega a nuestras manos, el paciente suele conocer un número variado de fármacos que dice haber tomado y "que ninguno le sirvió", y es preciso hacer una labor de convencimiento para que entienda o que no era el medicamento adecuado, o que la dosis era muy baja para ser de utilidad.

Con respecto a la idea que mucha gente tiene —y aun algunos médicos— en contra de los medicamentos psiquiátricos, los cuales no es raro que sean *satanizados*, es frecuente que al darse cuenta de que alguien está tomando un tratamiento se le asegure a éste que "le va a hacer daño", "que aquello es una *droga*, y que se va a acostumbrar o que se va a hacer adicto", "que en el futuro tendrá que depender de dicha sustancia y que incluso la va a tener que aumentar y deberá tomarla de por vida". Además, se le llega a decir que "de seguir tomándolo podría volverse 'loco'", lo cual inquieta mucho a los pacientes; pero ahí entra de nuevo nuestra labor de convencimiento, aclarándoles que no hay nada que temer, que el tratamiento es muy útil y necesario; y se les brinda, entonces, la confianza necesaria para seguir adelante.

A la consulta psiquiátrica, en ciudades como Zamora, acude todo tipo de pacientes con problemas muy diversos: debemos atender problemas de niños y adolescentes; de ancianos; problemas de pareja, o familiares; trastornos de tipo sexual; adicciones, etc. Además, se nos requiere frecuentemente como peritos en problemas legales y para dar pláticas a la comunidad, entre otras muchas cosas, lo cual requiere de una preparación más amplia para abarcar y ayudar al mayor número de personas, o bien, tener conciencia de nuestras limitaciones para, de ser necesario, canalizar al paciente con quien mejor corresponda. Dicha pretensión de que los psiquiatras abarquemos un campo tan amplio no es privativa de la región, es algo que se da, por lo visto, en todo el mundo. Ya Guimón comentaba al respecto:

La tendencia común en cuanto al tipo de práctica que desarrollan (los psiquiatras) en todos los países estudiados (...) es el abarcar un amplio abanico de funciones, con una tendencia que los americanos llaman *comprehensiveness*. Se quiere con este término expresar que los psiquiatras deben ser capaces de ofrecer todo tipo de servicios, para cualquier clase de problema mental, a todo tipo de personas que lo necesiten. Así, los psiquiatras deben ser capaces de diagnosticar y tratar las alteraciones orgánicas, las psicosis, las neurosis, el retraso mental, etc. Los psiquiatras, de acuerdo con esa perspectiva globalizadora, deben aplicar muchas formas de tratamiento: somático, de psicoterapia, socioterapia, rehabilitación y asesoramiento. Deben hacerse responsables de niños, de adolescentes y de adultos de todas las clases socioeconómicas, religiones y razas, y deben trabajar en hospitales, consultas de pacientes externos, instituciones a tiempo parcial, servicios de rehabilitación, centros de salud mental en la comunidad, agencias sociales, etc. (46)

Dadas las circunstancias, y las exigencias hechas al psiquiatra, cada vez se va haciendo más necesario el control de la calidad en los servicios que ofrecen los trabajadores de la salud mental, así como de cualquier otra área de la medicina. Es preciso instaurar programas de Educación Médica Continua, los que, al parecer, ya existen en nuestro país, pero que no llegan a toda la población médica psiquiátrica y general.

En un estudio muy interesante llevado a cabo en la Isla de Gotland, en Suecia, por el comité sueco de prevención tratamiento de la depresión (comité sueco PTD), entre 1983 y 1984, en una población perfectamente definida y estable, con un universo cerrado y bien controlado de médicos generales, de pacientes y centros de atención, cuyo fin era aumentar el grado de conciencia entre los médicos generales acerca del diagnóstico y tratamiento de la depresión, y ver si se podría obtener, y de qué manera, un ahorro para la sociedad implantando un programa educativo, los resultados fueron los siguientes: La cantidad de pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos disminuyó, mejoraron los patrones de prescripción de psicofármacos, y la frecuencia de suicidio también se redujo, con el subsecuente ahorro en el gasto del Estado para el sector Salud. Sin embargo, se vio que los efectos del programa educativo no duraron mucho tiempo, y se dedujo que los efectos se relacionaban estrictamente en el tiempo con los programas educativos, por lo que se hacía obvio que éstos deberían hacerse continuos. (47)

En nuestro medio, el único control de calidad es llevado por los pacientes mismos, pero, por desgracia, con el riesgo de sufrir en carne propia las

consecuencias de una mala atención y complicaciones en el curso de su padecimiento. En nuestra profesión, como en muchas otras, no es aplicable aquello de que "echando a perder se aprende", ni que "el fin justifica los medios", está de por medio la integridad de un ser humano con todo lo que ello significa.

LA DEPRESION: UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD

“La depresión se puede definir como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro. Sentirse miserable y triste es una experiencia común a la mayoría de los seres humanos; sin embargo, existe una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica, a pesar de que existe un estado continuo de transición entre la tristeza humana normal, la miseria de la neurosis y el delirio de la psicosis.” (29)

La depresión es con mucho el principal motivo de consulta psiquiátrica en el ámbito privado, y son las mujeres quienes más acuden en busca de ayuda en la región en la que yo trabajo. Los trastornos del estado de ánimo, según se definen en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición) de la Asociación Psiquiátrica Americana, son trastornos del humor que incluyen al trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico (ambos caracterizados por un estado de ánimo depresivo), el trastorno bipolar (en el que se presentan episodios maníacos o hipomaníacos alternados con episodios depresivos), el trastorno ciclotímico (lo que antes se denominaba personalidad ciclotímica y el cual se caracteriza por numerosos períodos de síntomas hipomaníacos alternados con otros períodos depresivos menores) y los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica o inducidos por el uso o la supresión del uso de sustancias; así como los trastornos depresivo no especificado y del estado de ánimo no especificado (30). Los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para los trastornos del estado de ánimo, vinieron a clarificar de

manera sobresaliente los conceptos y a evitar confusiones entre los profesionales de la psiquiatría, superando los conceptos antes vertidos en el DSM-III y DSM-III R, y estableciendo una guía en común acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y su CIE-10, con lo cual los trabajos de investigación se ven más apegados al método científico y no a los caprichos de los investigadores. Así, se ha visto una evolución promisorio en diversas categorías diagnósticas de una edición a la otra. No obstante que en ésta se pueden ver todavía algunas deficiencias a superar en el futuro, facilita cada vez más el trabajo de recolección de datos clínicos y la interpretación de los mismos para sacar conclusiones que puedan ser válidas en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo, cumpliendo así las exigencias del método científico.

Para los fines del presente estudio, me enfocaré a describir el trastorno depresivo mayor, motivo principal de consulta entre mis pacientes. En el DSM-IV se describen episodios afectivos previamente a los trastornos del estado de ánimo o como requisito para hacer el diagnóstico de los mismos. Por lo que respecta al episodio depresivo mayor, que se presenta en el trastorno depresivo mayor y en los trastornos bipolares, específicamente, su característica esencial es "un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste." Y continúa: "El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora;

falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (...) Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante" (31). Más delante se especifica que: "Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor." (32)

Entonces, la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (33), lo que cambiaría el diagnóstico a un trastorno bipolar I o II, según el caso. Al trastorno depresivo

mayor se le pueden hacer especificaciones tales como si es un episodio único o recidivante; si es leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos; en remisión parcial o total; crónico; con síntomas catatónicos; con síntomas melancólicos; con síntomas atípicos; de inicio en el posparto. Y, además, se puede especificar el curso en caso de ser recidivante, con y sin recuperación total interepisódica, o si tiene un patrón estacional (34). Todo ello con el fin de establecer subgrupos, mejores tratamientos y pronósticos más confiables.

Entre los síntomas y trastornos asociados a un trastorno depresivo mayor, se encuentra que éste se relaciona con una mortalidad alta. En estudios clínicos y epidemiológicos se habla de un 15% de pacientes con dicho trastorno que mueren por suicidio; también se dice que las tasas de muerte en sujetos con un trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse, y que los ancianos recluidos en residencias geriátricas y que padecen el trastorno pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. (35)

En cuanto a la epidemiología de los trastornos depresivos ya se ha mencionado que las mujeres acuden más a consulta, y se considera que ellas padecen el trastorno depresivo mayor en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres. Además, existe evidencia en cuanto a que los trastornos afectivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza (36). De esta manera, los hijos de padres con trastorno afectivo representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. A este respecto, en nuestro medio se ha documentado la asociación entre la presencia de

sintomatología depresiva en el adulto y la presencia de probables trastornos psíquicos y conductuales en los niños. También existe evidencia de que las personas con familiares de primer grado afectadas de alcoholismo, psicopatía y depresión, como entidades diagnósticas solas o combinadas, parecen estar en mayor riesgo de desarrollar depresiones unipolares (trastorno depresivo mayor). (37)

Estudios recientes en los que se han tomado en cuenta la discapacidad y la incapacidad asociadas al trastorno, han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo. En la actualidad, la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y se estima que para el año 2020 será el segundo (38). Por otro lado, el trastorno depresivo mayor puede aparecer a cualquier edad, pero se ve más entre los 25 y los 44 años de edad, aunque se está viendo que la edad de inicio en este rango está disminuyendo paulatinamente entre las personas nacidas más recientemente (39), lo cual significa que los casos son cada vez más frecuentes en gente más joven, o tal vez que las personas acuden a consulta con menos trabas, o son diagnosticadas mejor, y a buen tiempo, por los médicos generales y por los médicos especialistas no psiquiatras.

Jorge J. Caraveo Anduaga, abundando la información que se da en literatura al respecto, dice lo siguiente:

Además de la historia familiar, se han encontrado otros grupos de variables psicosociales asociados a la depresión, y aunque su papel etiológico no está demostrado, pueden ser de utilidad para la delimitación y el estudio de los grupos en riesgo. En primer

término están las variables de posición, las cuales incluyen sexo, edad, clase social y estado civil. Los diferentes estudios han mostrado que hay una mayor prevalencia en las mujeres, en las personas con mayores desventajas económicas, en aquellos que están separados, divorciados o viudos, así como que los grupos etarios más afectados empiezan a ser adultos jóvenes.

En otro grupo de variables se encuentran las relacionadas con el estrés y las situaciones difíciles de la vida. (...) También se ha considerado a la pérdida objetal como factor tanto predisponente como precipitante de la depresión. Los estudios han demostrado que la pérdida temprana de uno de los padres aumenta de dos a tres veces el riesgo de desarrollar una depresión en la vida adulta; también se ha relacionado con la severidad y la aparición de intentos suicidas. (...)

Otro grupo de variables psicosociales a estudiar en relación a los desórdenes afectivos son los recursos personales, que incluyen: a) redes sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos y asociaciones voluntarias); b) recursos psicológicos dados por las características de la personalidad, en particular autoestima, autodenigración y habilidades.

El soporte social se relaciona inversamente con el riesgo de presentar cualquier enfermedad mental, en especial ante situaciones estresantes como accidentes, desastres naturales y experiencias de guerra. Los estudios sociológicos han mostrado mayores tasas de enfermedad en situaciones de aislamiento, marginalidad y desorganización social. Hasta el momento, el soporte social no ha mostrado un peso específico en relación a la depresión clínica y los síntomas depresivos, por lo que su papel aparece como mediador en la génesis de la condición. (40)

En el apartado de los trastornos del estado de ánimo del DSM-IV, se eliminaron en lo posible los conceptos de orden subjetivo relacionados con la tradición psicoanalítica, como sería el caso de la denominada "neurosis depresiva" o "depresión neurótica"; aunque, por otro lado, no queda muy claro cómo diferenciar, por ejemplo, un trastorno distímico de un trastorno depresivo mayor, leve y crónico, o una "depresión doble" (episodios depresivos mayores

intercalados en la evolución de un trastorno distímico). Aunque sí se establecen los puntos a tomar en cuenta, considero que todavía es muy confuso sobre todo para que en una primera entrevista, y aun posteriormente, se pueda dejar claro cuándo se trata de un trastorno y no del otro. Al respecto, en el DSM-IV, al hacer el diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, se menciona lo siguiente: "El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo deprimido debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años..." (41)

Por otro lado, lo que antes dio en llamarse "depresión enmascarada", actualmente quedaría localizada en el apartado de la depresión mayor crónica leve con síntomas atípicos o en el trastorno distímico, o en los trastornos somatomorfos,

de ansiedad o de conversión, etc., aunque en estos últimos equivocadamente ya que estamos hablando de que existe un trastorno depresivo propiamente dicho.

Al respecto, J. J. López-Ibor Jr. comenta lo siguiente:

“(...) Cuando un médico es capaz de evaluar los síntomas depresivos que acompañan a los diferentes lamentos somáticos de un paciente que sufre de una depresión enmascarada, no está haciendo el diagnóstico de depresión enmascarada. Simplemente está desenmascarando un trastorno depresivo que debería ser incluido en una de las categorías apropiadas de trastornos depresivos. La depresión enmascarada no es un trastorno. Es esencialmente una forma de llamar la atención sobre la necesidad de un proceso diagnóstico adecuado (el reconocimiento de la depresión)” (42).

Alrededor de la mitad de todas las depresiones vistas inicialmente por los médicos de atención primaria presentan de forma predominante o exclusivamente síntomas somáticos (Kielholz, 1973). Muchas de estas depresiones no son reconocidas o son mal diagnosticadas y mal tratadas. La proporción de depresiones enmascaradas u ocultas se correlacionan positivamente con la tendencia del paciente a somatizar y se correlacionan negativamente con la capacidad del médico para reconocer las depresiones que se esconden detrás de las quejas somáticas (Fisch, 1987).

La depresión enmascarada no siempre está enmascarada. Muy frecuentemente se encuentran presentes claras alteraciones del estado de ánimo pero los médicos no las consideran o consideran que son “secundarias” a otro diagnóstico o irrelevantes para ser tratadas. (...) Algunas veces se necesita un intento de suicidio para tomar esta decisión (la de acudir al psiquiatra). La labor del clínico es hacer un diagnóstico positivo. El primer paso consiste en la correcta evaluación de los hallazgos somáticos. (43)

El trastorno depresivo mayor, es un trastorno cada vez más frecuente en la población general. Se ve a cualquier edad, y causa mucho sufrimiento entre los pacientes que lo padecen y entre sus familiares. Es un serio problema de salud mental. A mi consulta privada llegan predominantemente pacientes del sexo

femenino con trastorno depresivo mayor de grado moderado a severo, la mayoría sin síntomas psicóticos y casi siempre crónicos, multitratados y/o maltratados, los cuales no es raro que se encuentren peor a consecuencia de dichos tratamientos. Más de la mitad de ellos han acudido antes a curanderos o brujos debido a que al no encontrar una solución a sus problemas se desesperan y, ya sea sus familiares o algún vecino, les sugieren que acudan a "curarse de *mala enfermedad*" puesto que para ellos es claro que los tienen "embruados o *enhechizados*". Esto demuestra la desesperación en la que caen los enfermos con un trastorno depresivo mayor. Por su parte los pacientes con un trastorno de este tipo, pero de intensidad leve, o con un trastorno distímico, suelen ir de un consultorio médico a otro debido a sus quejas de tipo psicosomático y a sus sentimientos de malestar crónicos; y otros, como se menciona en el DSM-IV, creen que así es su forma de ser y ni siquiera buscan ayuda; pasan muchos años o toda la vida sufriendo la enfermedad sin lograr un desarrollo total en sus capacidades ni funcionar de manera adecuada en sus labores cotidianas ni en la relación con sus cónyuges y compañeros de trabajo y los demás miembros de la comunidad. Funcionan, finalmente, pero con deficiencias y a costa de grandes esfuerzos y de una tensión desgastante.

En el DSM-IV, se menciona, en el apartado *Síntomas dependientes de la cultura* —con respecto a los trastornos del estado de ánimo, y en especial de la depresión—, lo siguiente:

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos (...). Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de "calor en la cabeza" o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo "general" en una cultura. (48)

Los pacientes con un trastorno depresivo mayor, especialmente de grado moderado o severo, acuden con más frecuencia a la consulta psiquiátrica privada, debido seguramente a que sus quejas son mayores y más notorias para los que les rodean; así que, o acuden de voluntad o son llevados por los familiares hasta el consultorio para su atención. El problema mayor está con los pacientes con depresión crónica y/o resistente, tal como sucede con los pacientes que sufren de un trastorno distímico, los cuales acaban por aceptar que ésa es su forma de ser, o se les hace creer que es un trastorno de personalidad o de carácter (se les *cuelga* la etiqueta de que "tienen un carácter débil"); se les maltrata médica y moralmente, y no es raro que se les agreda en los servicios de urgencias de las clínicas u hospitales generales con la aplicación de sustancias dolorosas administradas por vía intramuscular, como alcohol o merthiolate, y se les recomienda a los familiares que les den "una buena tunda" con una reata mojada. Se les dice que son caprichudos,

infantiles en su proceder, y que *los nervios* no existen o que "se controlan con pura fuerza de voluntad". Muchos médicos tratan de compensar su ignorancia mofándose de ellos y los tratan con saña, y los familiares, hartos de tanto trajinar, acaban aceptando tales explicaciones y maltratando de igual manera al pobre enfermo depresivo crónico que ya de por sí sufre con su padecimiento y no es raro que éste llegue a convencerse de que los demás tienen la razón, y que se abandone a la fatalidad de su trastorno sobreviviendo en condiciones infrahumanas.

Muchas personas con depresión sienten temor a ser consideradas simuladores y, por ello, tienen sentimiento de culpa. Más concretamente, en la sociedad occidental en la que mantenerse firme sobre los propios pies constituye un elemento ético bastante difundido, estos sentimientos de culpa e inutilidad crecen entre las personas deprimidas hasta el extremo de que el suicidio parece en ocasiones la única salida. La denigración y desconfianza con que la enfermedad depresiva es contemplada tanto por los que la padecen como por los que la contemplan explica por qué la depresión no es notificada con la frecuencia real y en consecuencia, recibe un tratamiento y diagnóstico insuficientes. (44)

En este caso viene a ser de mucha utilidad la introducción de los trastornos distímicos entre los trastornos del estado de ánimo, con todo y lo complicado que pudiera ser el diagnóstico. En primera instancia, ya se hace pensar al clínico en la posibilidad de que haya una variedad de trastornos que antes se dejaban de atender, y sobre todo que se debe poner más atención a los trastornos depresivos menores o crónicos, supuestamente caracterológicos o de origen neurótico, que de entrada hacían ver a un paciente así como una carga o un estorbo o como un

individuo al que había que desechar de la consulta a las primeras de cambio. H. S.

Akiskal nos dice lo siguiente:

(...) La tesis central de este capítulo es que el padecimiento depresivo crónico es prevalente tanto en las muestras comunitarias, como en las clínicas. Frecuentemente se realiza un diagnóstico erróneo etiquetándolos de trastorno del carácter y consecuentemente infratratándolos. El primer paso en el manejo adecuado de estos pacientes es reconocer que los ataques repetidos de depresión pueden fundirse con una sintomatología depresiva prolongada de bajo grado. Esto puede conllevar a un trastorno severo de la función vocacional, conyugal e interpersonal.

De esta forma, los trastornos caracterológicos en muchos, si no en todos, los depresivos crónicos representan complicaciones post-afectivas. En aquellos con distimia de aparición precoz, las manifestaciones afectivas y caracterológicas aparecen íntimamente unidas. En ambas situaciones, sin embargo, una eficaz farmacoterapia adaptada al subtipo de trastornos afectivos tiene, frecuentemente, éxito en cuanto a la atenuación de los trastornos caracterológicos. (...)

La psico-educación y las medidas psicoterapéuticas de apoyo son útiles para potenciar la comunicación, la aceptación y la esperanza. Sin embargo, por sí mismas no representan un tratamiento adecuado para este difícil grupo de pacientes. La psicoterapia prolongada dirigida hacia las dificultades interpersonales de estos pacientes representa un blanco ambicioso, aunque no de eficacia probada.

(...) Tratar individuos deprimidos que han estado crónicamente enfermos, representa una aspiración a largo plazo que requiere sofisticación en la nosología, competencia en la neuropsiquiatría y medicina general, así como dominio del arte y de la ciencia de la psicofarmacoterapia. Por encima de todo, los clínicos deben poseer la fuerza vital para enfrentarse a la frustración frente a los sufrimientos humanos prolongados que resisten a todas las estrategias psicofarmacológicas, tanto convencionales como menos convencionales.

(...) El médico experimentará, entonces, la gratificación no solamente aliviando la mayor parte de las alteraciones caracterológicas perniciosas producidas por el sufrimiento depresivo prolongado. Pocas actividades profesionales en medicina conllevan la gratificación de salvar un paciente depresivo crónico y desesperanzado de la transformación maligna que la depresión lleva al 15% de los enfermos. (45)

Debe ser cierto que las mujeres enferman de depresión más que los hombres, pero es cierto también que los hombres aceptan mucho menos que sufren de un padecimiento emocional y que requieren atenderse. No es raro que las mujeres estén enfermas precisamente por los problemas que les causa la convivencia con sus cónyuges o por la ausencia de éstos, aun cuando se trata de minimizar este punto. En nuestro medio, el hombre sigue siendo en gran medida machista y le cuesta mucho trabajo ponerse en manos de otro hombre que le podría despertar sus temores homosexuales y su dependencia, y al cual habría que referir sus problemas y sus secretos más íntimos. Prefieren usar alcohol u otras drogas antes que acudir al psiquiatra, metiéndose en un círculo vicioso que cada vez complica más las cosas. Con frecuencia existe inmadurez y no están dispuestos a aceptar que la tienen y mucho menos a enfrentarla. Incluso sus mujeres tienen que ir *a escondidas* a consulta, pues a sus maridos les resulta inadmisibile que otra u otras personas fuera de la familia se enteren de sus cosas a través de ellas...

LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

En la actualidad, con el advenimiento de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y la promoción que de ellos se ha hecho por los laboratorios, así como la gran cantidad de información con que se ha saturado a los médicos y a la gente en general, aun en revistas no científicas o en programas televisivos de dudosa seriedad, ya no es raro que el enfermo acuda al consultorio psiquiátrico en busca de ayuda en cuanto sospecha que su problema es una depresión, o, bien, los médicos lo envían —muchas veces ya con un intento de tratamiento— y el paciente acude sin tantos temores como anteriormente sucedía. Aunque, como lo comentaba en el capítulo anterior, lo más frecuente sigue siendo que el enfermo deprimido comente su peregrinar por varios consultorios médicos generales y de especialistas no psiquiatras, antes de aceptar que requieren de ayuda psiquiátrica, y no es nada raro que haya acudido antes a “curarse de *mala enfermedad*” con algún curandero de los que ejercen la “medicina tradicional”, o un brujo de los que abundan en el medio, ya que se sienten *enhechizados* con tanto síntoma extraño surgiendo por toda su humanidad.

Los ISRS que aparecieron desde hace once años, con la Fluoxetina como sustancia pionera, vinieron a revolucionar en muchos aspectos a la terapéutica psiquiátrica y especialmente a la farmacoterapia antidepresiva. Sin ser la panacea, ofrecieron una alternativa que cambió incluso la idea de cómo intervienen los mediadores químicos en el origen de la depresión. Al ser un producto no de la

casualidad o de la *serendipia* (49), sino de la investigación ex profeso con el fin de encontrar un antidepresivo sin tantos efectos colaterales indeseables y, supuestamente, más útil, fueron mejor estudiados su mecanismo de acción y sus interacciones medicamentosas, y sus consecuencias al utilizarse en pacientes deprimidos con riesgos mayores, como serían los de edad avanzada o con trastornos cardiovasculares, entre otros. Su auge fue espectacular. Con la promoción hecha a todos los niveles, surgió la Fluoxetina como el antidepresivo salvador de la humanidad, al grado de llamársele en Estados Unidos de Norteamérica "la cápsula de la felicidad". Siendo un medicamento nuevo y efectivo en buen grado, su precio fue exageradamente alto en comparación con la mayoría de los anteriores, y se prescribió tanto que el laboratorio tuvo ganancias millonarias en dólares por todo el mundo. Pero vino la competencia y aparecieron otros productos similares como el Citalopram, la Fluvoxamina, la Paroxetina y la Sertralina, todos muy útiles y con ventajas o desventajas en algunos aspectos en la relación de unos con otros. Poco a poco, se fueron viendo sus efectos indeseables como trastornos en la sexualidad (eyaculación retardada o anorgasmia, entre los más comunes); algunos problemas de insomnio, y otros de somnolencia diurna; problemas digestivos, muchas veces severos, como falta de apetito, náuseas y vómito —que llega a ser incoercible en algunos casos—, y diarrea; bostezos frecuentes; rigidez muscular con ansiedad y temblor; excitación psicomotriz o inquietud, que llega a veces hasta la acatisia, y angustia; resequedad de la boca y visión borrosa, aunque no tan severas como con los antidepresivos tricíclicos;

trastornos del sueño, como pesadillas o sueño inquieto, y con despertares frecuentes durante la noche, lo cual no permite el buen descanso al dormir. Además, no es raro que las mujeres de edad madura se quejen de aumento en las molestias por várices, como ardor e hinchazón y enrojecimiento en las piernas, entre otros trastornos. Por otra parte, se ha visto un síndrome de abstinencia al retirar el medicamento –como era de esperar– de intensidad variable de acuerdo a la idiosincrasia del paciente y a la brusquedad en la suspensión del tratamiento (50). Además, no son ni más efectivos en su efecto antidepresivo ni éste aparece más pronto, e incluso a veces es más tardado que con los otros antidepresivos, y no como se afirmaba en un principio cuando salieron al mercado. (51)

Con el conocimiento cada vez mayor por parte de los médicos, con respecto de la depresión y a la terapia antidepresiva, se mejoró la atención de los pacientes, los cuales suelen ser diagnosticados con mayor frecuencia y tratados a veces con éxito por otros profesionales de la medicina que no son psiquiatras. Pero también se ha provocado el abuso de los ISRS y de otros productos como la Venlafaxina (un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y norepinefrina, ISRSN) y del Carbonato de Litio, ya que muchos médicos consideran que el paciente debe ser tratado siempre (y únicamente) con medicamentos, y que esto debe ser de por vida, lo cual muchas veces no es la realidad al confundirse en el diagnóstico.

Con los nuevos antidepresivos –los ISRS y los ISRSN–, los costos se elevaron exageradamente para los pacientes. Los antidepresivos tricíclicos siguen siendo de mucha utilidad, pero no es raro que desaparezcan del mercado,

especialmente los compuestos a base de amitriptilina, la cual prescribo a pacientes de escasos recursos o a aquéllos que por sus síntomas requieren de sus efectos anticolinérgicos, antihistamínicos, sedantes o antineuríticos, etc., muchas veces indeseables, pero en otros casos de utilidad para mejorar algunos síntomas somáticos que acompañan a la depresión o a los padecimientos concomitantes de la misma, como la polineuritis diabética. En ancianos deprimidos me ha dado excelentes resultados y un buen margen de seguridad la Mianserina —un antidepresivo tetracíclico—, no obstante sus efectos sedantes. Y, por el contrario, en los casos que es importante evitar un aumento de peso o por problemas cardiovasculares, o para evitar sedación, les prescribo los ISRS con muy buenos resultados en la mayoría de los casos. De cualquier manera, con la experiencia uno va notando que hay ISRS que tienen efectos sedantes fuertes como en el caso de la Paroxetina, y que incluso hay pacientes que se quejan de aumento de peso cuando están bajo tratamiento con este antidepresivo, cuando en un principio se pregonaba lo contrario.

Los pacientes masculinos, de los pocos que acuden a mi consulta, y que recibieron un tratamiento con alguno de los ISRS, invariablemente se quejaron de problemas serios en la sexualidad, especialmente de eyaculación retardada, anorgasmia o falta de placer en el coito, y, menos frecuentemente, de impotencia, y esto en nuestro medio es algo que difícilmente se puede tolerar. Un hombre que *no funciona* en la relación sexual se siente con muy baja autoestima. Éste, en mi experiencia, ha sido uno de los motivos más frecuentes en el abandono del

tratamiento por parte de pacientes masculinos. Es importante hacer notar que la Fluvoxamina es el ISRS que menos molestias provoca en el aspecto sexual. (52)

Por otra parte, con los avances en la ciencia médica se ha dado la posibilidad de prolongar más las expectativas de vida en los seres humanos y la población geriátrica ha ido en aumento y con ello también la depresión en el anciano. Al igual que en cualquier otra etapa de la vida, dicha depresión es una condición médica que responde favorablemente al tratamiento médico, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico oportuno y preciso (53). Se ve la necesidad de distinguir entre una demencia y lo que se ha dado en llamar "pseudodemencia", siendo esta última una depresión en la cual, como sucede en cualquier otra etapa del desarrollo, pero de manera más pronunciada en el anciano, se presentan trastornos severos a nivel cognoscitivo, con fallas severas en la concentración y especialmente en la memoria, dando por consiguiente una sintomatología muy semejante a la demencia. Se dice que una vez que el paciente se recupera de su depresión, las alteraciones "pseudodemenciales" desaparecen y el paciente vuelve a su nivel intelectual anterior y recupera la memoria, aunque no es raro que se dé dicho episodio depresivo coincidentemente con el principio de una demencia irreversible en el anciano. (54)

Nosotros, los psiquiatras, tenemos la ventaja de ver a los pacientes ya previamente tratados, y muchas veces lo que se requiere es saber qué les hizo bien antes o qué les causó trastornos severos, para no utilizar el medicamento inadecuado de acuerdo a la idiosincrasia del enfermo. Cuando acuden varios

miembros de una misma familia con un trastorno depresivo, puede uno ver que enferman de una manera muy semejante y que responden de igual forma a los antidepresivos, así que cuando algún familiar respondió bien a un tratamiento, casi es seguro que los demás lo hagan igual. Esto se puede ver también en comunidades pequeñas, como aldeas o rancherías, en donde casi todos los vecinos son parientes; es como si fueran miembros de una gran familia.

Con relación a lo anterior, Salín Pascual corrobora mi experiencia clínica, al comentar lo siguiente:

Los nuevos antidepresivos no son más eficaces que los anteriores, ni tampoco más potentes, pero sí tienen menos efectos secundarios, lo cual lleva a una mayor constancia terapéutica. (...) El "arte" de prescribir reside en estos estudios controlados y en los de farmacocinética, pero también en la experiencia clínica y en la individualización de cada paciente deprimido. (...) Los antidepresivos tricíclicos pasaron a ser antidepresivos de segunda elección para muchos, pero conservan su lugar en el tratamiento de la depresión secundaria a problemas médicos, ya que en estos casos el efecto secundario de acción sobre otros receptores para neurotransmisores es deseable. (...) Con lo anterior se pretende dejar claro que es necesario individualizar al paciente deprimido y buscar el medicamento ideal para él. En la actualidad no existe el antidepresivo ideal, pero si un paciente responde a alguno de los medicamentos descritos, éste será el ideal para esa persona. Aún más, este paciente siempre responderá en forma eficaz al mismo antidepresivo ya que el defecto bioquímico causante de su depresión persistirá. Además, si alguno de sus familiares presenta un episodio depresivo, hay muchas probabilidades de que responda al mismo agente antidepresivo. (55)

En donde sí se ve mucha diferencia a favor de los ISRS es en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, pues resulta igual de costoso un tratamiento con

Clorimipramina —o tal vez más— y con frecuencia éste es menos efectivo, además de que provoca muchos efectos colaterales e indeseables. Experiencia clínica compartida con resultados de algunos estudios de investigación llevados a cabo en otros países (56), aunque esto sería motivo de otro estudio.

El costo de los antidepresivos de nueva generación es algo digno de tomarse en cuenta. Así vemos casos de pacientes de origen humilde —que trabajan temporalmente en el campo con los salarios más bajos—, a los que otros médicos, generales y/o especialistas, les han recetado los ISRS y los ISRSN sin preguntarse si pudiesen siquiera iniciar y, sobre todo, continuar el tratamiento. Existen estudios en otros países más desarrollados en donde se compara el costo y beneficio de los tratamientos antidepresivos entre los medicamentos tricíclicos y los ISRS. En primer lugar, ni las dosis ni el tipo de medicamento elegido son aplicables en el Bajío zamorano, de tal manera que no se pueden aplicar los resultados de dichos estudios a lo que yo he experimentado en mi consulta particular; y sigue siendo, con mucho, bastante más económico un tratamiento con un antidepresivo tricíclico a la dosis mínima útil (50 a 75 mg diarios), y con raros casos de abandono de tratamiento, que con los nuevos antidepresivos. No obstante, a medida que transcurre el tiempo he ido prescribiendo cada vez más los ISRS y los ISRSN, con muy buenos resultados. Lo más importante es que el arsenal de psicofármacos antidepresivos es mucho mayor y más completo que hace diez años, y esto es benéfico para los pacientes, aunque a veces les resulte más costoso. Al respecto, Burton A. Weisbrod, afirma que: “La sociedad ha obtenido exactamente lo que

estaba previsto: enormes avances técnicos (y farmacológicos), a costa de un incremento sin precedente en los gastos. (57)

MEDICINAS ALTERNATIVAS

En cuanto a las medicinas alternativas, en Zamora y la región laboran médicos acupunturistas, naturistas y homeópatas, algunos de ellos con título universitario, y la gente tiene la posibilidad de acudir a otro tipo de ayuda (además de lo que se dijo antes con respecto a la tendencia tan grande que tienen muchos pacientes de acudir a los brujos o curanderos). Cada corriente tiene lo suyo, bueno y malo, aunque el problema se da cuando son charlatanes, los cuales en nuestro medio son mayoría, y, además, hay que tomar en cuenta que por mucho que haya estudiado el médico en cuestión no va a poder abarcarlo todo, como se sabe muy bien en la medicina alopática donde se requiere de especialistas y aun necesitando subespecialidades para ello. Sin embargo, existen por ahí en la medicina naturista una serie de medicamentos sedantes, hipnóticos e incluso algún buen antidepresivo como sería "la hierba de San Juan" o *hipericum perforatum* (Hipérico), cuyo principio activo es la Hipericina (58), con buenos resultados en algunas depresiones, y que desde hace tiempo se encuentra en el mercado bajo la producción de un laboratorio alemán —como *medicina de patente*—; laboratorio que, por cierto, también ha promovido la venta de productos muy diversos usados en medicina naturista, como la Valeriana, por ejemplo, que es un sedante con efecto hipnótico, o el Ginkgo biloba que mejora la circulación cerebral; productos para las várices; productos oftalmológicos a base de Manzanilla, o productos dermatológicos, entre otros, y al parecer con mucho éxito en Europa y sobre todo

en Alemania. La hierba de San Juan —o su extracto, la Hipericina— es de probada utilidad en mi consulta particular, en algunas depresiones leves o moderadas, especialmente en pacientes que antes respondieron bien a la imipramina o la maprotilina.

ECONOMÍA DE LA DEPRESIÓN

Desde el advenimiento de los ISRS, y debido a su elevado costo, se han hecho numerosos estudios en algunos países de Europa y en Los Estados Unidos de Norteamérica, especialmente —seguro, por encargo de los propios laboratorios interesados—, muchos de ellos para animar a los médicos a no dejarse llevar por la “ilusión” de que un tratamiento especialmente a largo plazo de la depresión resulta muy caro o más costoso que con los antidepresivos tradicionales, sobre todo los tricíclicos como la Imipramina y la Amitriptilina, coincidiendo en su mayoría en que a la larga resulta menos oneroso un tratamiento a base de ISRS (59-69). Ya he dicho antes que no me parecen aplicables tales estudios a nuestro medio en donde se manejan dosis terapéuticas mucho menores, y que muchas veces la comparación se hizo con la Imipramina, cuando, según mi experiencia, resulta ser la Amitriptilina el antidepresivo que compite más con los ISRS. Sin embargo, se han dado algunos resultados interesantes y se ha insistido en la necesidad de hacer un buen diagnóstico por el médico general, quien suele ser el primero en atender al paciente, o su médico familiar o especialista, y, después, que se instale un buen tratamiento, con el medicamento adecuado y a la dosis requerida; que no se use — ni se abuse— de los tranquilizantes menores como “sustitutos” de los antidepresivos o de “curalotodo”, y mucho menos de los tranquilizantes mayores o antipsicóticos que con frecuencia empeoran la depresión. Muchas veces se concluye que con los ISRS se evitarían los efectos indeseables mencionados con

anterioridad y que con ello se elevaría la calidad de vida del paciente —lo cual es muy cierto—, pero, como también lo dije arriba, los nuevos antidepresivos no están exentos de efectos indeseables que a veces son bastante desagradables y que con frecuencia llega a ser el motivo para interrumpir el tratamiento por parte de los pacientes, independientemente de su precio.

Por otro lado, se ha puesto el énfasis en los costos directos (gastos de medicamentos, hospitalización, pago de honorarios médicos, etc.) y los gastos indirectos como las faltas al trabajo, tanto del paciente como del familiar o de los familiares que se encargan de su cuidado, y por lo tanto la falta de ingresos económicos en consecuencia, y el desgaste en la calidad de vida de toda la familia, entre otras cosas, o las graves consecuencias que ocasiona en el medio familiar el suicidio del paciente cuando esto ocurre. Estos últimos, son gastos que difícilmente se pueden valorar, pero que se considera representan un porcentaje mucho mayor que los gastos directos. Por lo tanto, si el paciente mejora rápido, si puede reintegrarse pronto al trabajo, si no requiere de cuidados especiales por sedación excesiva o por hipotensión postural u otros trastornos, entonces dichos gastos disminuyen enormemente; de ahí que, visto de esta manera, un tratamiento con los ISRS o los ISRSN sí podría resultar más económico en el largo plazo.

Y es que la depresión es una enfermedad que trae muchas consecuencias. El paciente puede sufrirla durante años, o por toda la vida, y sus familiares sufren con él. El ánimo depresivo invade el hogar, y la tristeza y la ansiedad se contagian a todos los miembros causando un sufrimiento mayor a todo el grupo. El paciente

no puede laborar y si lo hace tiene muchas deficiencias; la familia carece de los ingresos económicos que antes tenía con el pago de su trabajo (sobre todo en nuestro medio que mucha gente "vive al día") o se le niega la incapacidad —una cantidad irrisoria, por cierto, por parte del seguro médico, cuando cuenta con él—, aduciendo que "no tiene nada; que se hace tonto." O el ama de casa no puede atender a su familia normalmente cuando se encuentra ocupada con el enfermo. Además, no es raro que los pacientes y sus familiares tengan que desplazarse desde lugares distantes, y, entonces, a los gastos directos e indirectos hay que agregar un desembolso extra para viáticos y alimentación, y pérdida de tiempo, cuando acuden a consulta. Gastos que suelen ser mucho mayores en casos de depresiones crónicas que son lo más común de esta patología.

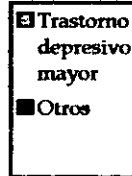
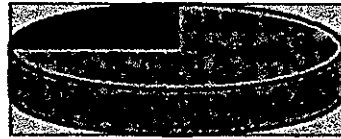
MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió de manera retrospectiva la frecuencia del trastorno depresivo mayor en la consulta psiquiátrica privada —con pacientes ambulatorios—, durante el lapso de un año anterior a la elaboración del trabajo en cuestión. La idea era saber la frecuencia de dicho trastorno y si, como se indica en múltiples trabajos, se da en una proporción mayor del sexo femenino con respecto del masculino, y si existe algún factor predisponente en una región como lo es el Bajío zamorano, *esquina* noroccidental del estado de Michoacán, México.

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes vistos por primera vez en la consulta y se incluyeron en el estudio a todos aquellos mayores de 18 años, excluyendo a los trastornos distímicos, trastornos bipolares y demás trastornos emocionales; trastornos de ansiedad; los obsesivo compulsivos; psicóticos; las adicciones puras; etc., y, por cuestión de edad, a niños y adolescentes. Se incluyeron todos los casos de trastorno depresivo mayor fundamentando el diagnóstico en los criterios del DSM-IV sin distinguir grado, cronicidad, reincidencia o recidivancia, ni otras características que en dicho manual se subrayan.

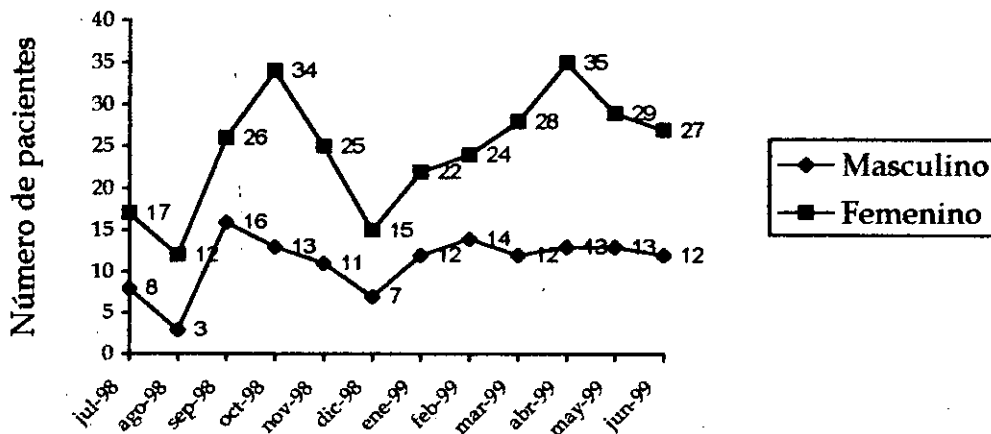
De manera que se estudiaron todos los casos de primera vez en la consulta privada, cuyo diagnóstico fue el de "Trastorno depresivo mayor", durante un lapso de tiempo comprendido desde el primero de julio de 1998 al 30 de junio de 1999, o sea, un año completo, encontrando los siguientes resultados:

RESULTADOS



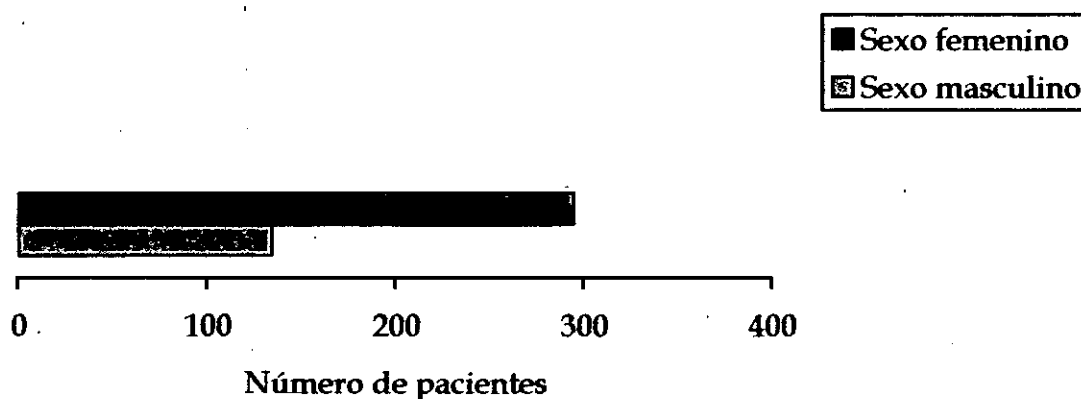
De un total de 572 pacientes vistos por primera vez en la consulta de ese año, se encontró un número muy alto en los cuales se hizo el diagnóstico de trastorno depresivo mayor: 428 pacientes (es decir, el 74.8% o tres cuartas partes, aproximadamente). Los 144 casos restantes incluían pacientes con trastornos variados. La mayoría, trastornos de ansiedad; algunos casos de trastorno distímico; pocos psicóticos; trastornos bipolares I y II; trastornos obsesivo compulsivos; adicciones; etc., y trastornos en niños y adolescentes.

Distribución de pacientes con Trastorno depresivo mayor vistos por primera vez en la consulta privada.



Se pudieron observar dos picos en el transcurso del año, como se puede observar en la gráfica: el primero durante el mes de octubre de 1998 y el segundo en el mes de abril de 1999. Este dato es interesante, ya que dichos picos coinciden con el inicio del otoño y de la primavera, respectivamente, lo cual se ha visto relacionado a trastornos depresivos mayores con un patrón estacional. Esto se ve muy marcado en el grupo femenino; sin embargo, en el grupo masculino se mantuvo más o menos estable la frecuencia del trastorno a lo largo del año. Por otro lado, en la gráfica se ven dos descensos marcados: uno en agosto y otro en diciembre; habría que aclarar que ambos coinciden con mis períodos vacacionales (de dos semanas cada uno), por lo que, al trabajar menos días, necesariamente disminuye el número de pacientes vistos por primera vez tanto como los subsecuentes.

Distribución de pacientes con Trastorno depresivo mayor, según el sexo:



Los 428 pacientes con trastorno depresivo mayor se distribuyeron de la manera siguiente, según el sexo:

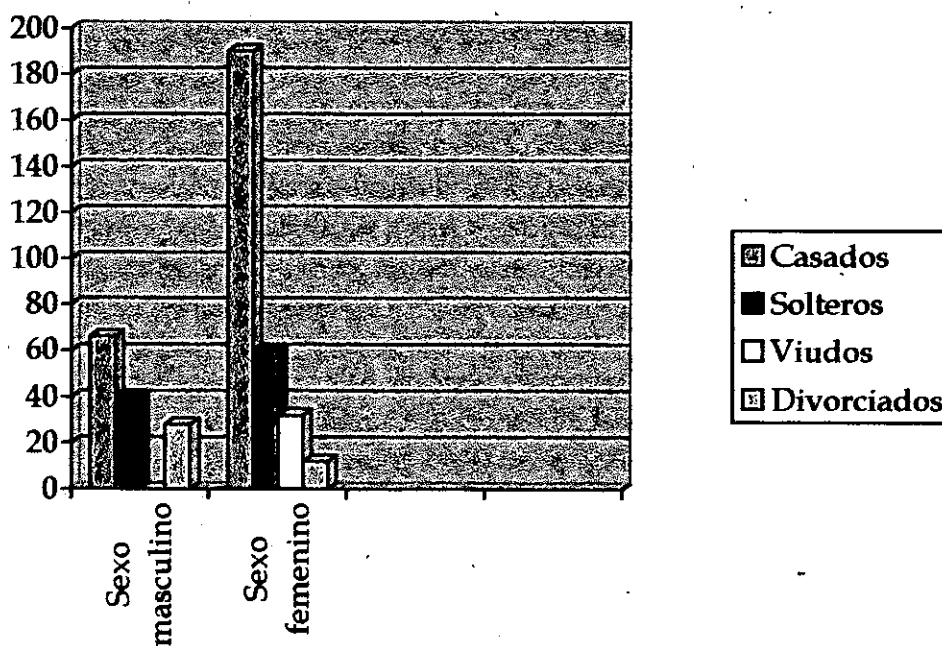
--sexo femenino: 294 (68.7%)

--sexo masculino: 134 (31.3%)

Total: 428 (100.0%)

Como se puede ver, la proporción fue ligeramente mayor de 2:1 a favor de las mujeres, lo cual se corresponde con lo encontrado en múltiples estudios al respecto.

En cuanto al estado civil, se distribuyeron de la siguiente manera:



Sexo femenino: %

Sexo masculino: %

Casadas: 190 (64.6%)

Casados: 66 (49.2%)

Solteras: 60 (20.4%)

Solteros: 40 (29.9%)

Viudas: 32 (11.0%)

Divorciadas: 12 (4.0%)

Total: 294 (100.0%)

Viudos: 0 (00.0%)

Divorciados: 28 (20.9%)

Total: 134 (100.0%)

Como se puede observar, en el grupo femenino de pacientes la mayoría son casadas, en tanto que en el grupo masculino la suma de los solteros y los divorciados se iguala con el de los casados. Además, en este segundo grupo no se vio a ningún paciente viudo, mientras que en el grupo femenino la viudez se vio en un 11% de las pacientes, siendo la mayoría de éstas de edad senil (o sea mayores de 62 años).

Como dato interesante, se debe comentar que sólo 61 pacientes del grupo femenino tenían a su esposo emigrado en los Estados Unidos de Norteamérica (una tercera parte de mujeres casadas, aproximadamente); aunque 73 de ellas (o sea, más del 50% del total, entre casadas, viudas y divorciadas) tenían uno o más hijos en los Estados Unidos.

Todos los pacientes habían sido atendidos antes por otros médicos — generales o de otra especialidad que no era la psiquiátrica—, y en algunos casos por otros psiquiatras. En ningún caso acudieron a la consulta de primera intención, ni *virgenes* de tratamiento. Aproximadamente un 20% de los casos habían recibido uno o más antidepresivos en dosis bajas, por tiempo inadecuado o con una mala elección del medicamento. El 100% habían recibido ansiolíticos diversos, incluso en combinaciones (por ejemplo, un ansiolítico en el día y otro diferente —o un

hipnótico— por la noche, al acostarse). El 80% eran pacientes con una evolución de más de un año, multitratados y maltratados, en los cuales el trastorno depresivo había empeorado paulatinamente.

Sólo una mínima parte (aproximadamente el 10% de los pacientes) fueron enviados a mi consulta por otro médico general o especialista no psiquiatra. En su mayoría acudieron por recomendación de otro paciente que ya había sido atendido antes.

(Un dato curioso: sólo 2 de los 428 pacientes llegaron por el anuncio de la “Sección Amarilla”).

Poco más del 50% del total, confesó haber ido primero a ver a un curandero o brujo antes de atreverse a llegar a mi consulta, por temor a ser juzgado de “loco” o a que realmente tuviese un trastorno psicótico, lo cual le angustiaba aún más.

Entre los especialistas a los que acudieron con mayor frecuencia dichos pacientes con Trastorno depresivo mayor, en busca de ayuda antes de llegar a mi consulta, estuvieron los cardiólogos, neurólogos, internistas y cirujanos generales, en orden descendente.

Ningún paciente femenino usaba drogas. En cambio, entre los varones, sobre todo entre los 20 y 40 años de edad, había una buena proporción que eran alcohólicos y/o adictos a otras drogas como a la marihuana y a la cocaína, predominantemente.

EPÍLOGO (Conclusiones)

El Bajío zamorano se encuentra inmerso en un ambiente multicultural y polifacético de gente progresista con influencias de la cultura *americana*. Cuenta con lagos, ríos y cascadas de aguas cristalinas, bosques de coníferas, valles cuadrículados de fresas y trigales, y huertos de aguacate en cuyas sombras crecen los cafetales; todo esto cobijado por un clima benigno que hace un medio ambiente saludable para la vida y el desarrollo integral del ser humano.

Ésta, es una región donde se vive de la agricultura, la ganadería y el comercio, pero que depende mucho, económicamente, de los ingresos que envían los pobladores emigrados en los Estados Unidos, a donde se marchan para mejorar las condiciones de vida, con todo lo que ello acarrea en consecuencia, como el abandono y la soledad, un elevado índice de portadores de VIH/SIDA, el auge desmesurado e incontenible del uso de cocaína y otras drogas y del narcotráfico, el desarraigo y la falta de identidad como personas y como sociedad, entre otras tantas cosas, desperdiciándose así toda esa riqueza con que Dios proveyó a sus pobladores.

En esta región, el trastorno depresivo mayor es el motivo más frecuente de consulta en el ámbito psiquiátrico privado. La relación de dicho trastorno entre los sexos es mayor —de 2:1, aproximadamente— en las mujeres que en los hombres, lo

cual se corresponde con los resultados de múltiples estudios realizados por otros investigadores en todo el mundo.

Las mujeres casadas son mayoría en la consulta; en cambio, las divorciadas apenas alcanzan el 4%, dato que puede interpretarse pensando en la falta de apoyo y/o en las agresiones que sufren aquéllas por parte de sus maridos, o al tener que sobrellevar su ausencia o sus adicciones y sus infidelidades. Por su parte, el hombre enferma mucho más cuando se divorcia. Se podría hipotetizar que las mujeres cuando se separan por esa vía resuelven en buena medida la situación estresante crónica que las lleva a la depresión, al dejar de convivir con un marido que las maltrata, y, entonces, en vez de enfermar, se alivian.

Es curioso no haber encontrado en el estudio un solo caso de pacientes masculinos viudos con depresión mayor. Es muy común que éstos, sobre todo jóvenes o de edad madura, contraigan matrimonio nuevamente antes de cumplirse un año de la muerte del cónyuge –incluso dentro de los primeros seis meses de viudez–, resolviendo así la sensación de pérdida y de soledad que deja en sus vidas dicho acontecimiento. Por otra parte, en la relación de pacientes solteros entre ambos sexos no hay mucha diferencia, lo que indicaría que les afecta de igual manera tanto a unos como a otros.

Se sabe que a las mujeres les afecta en gran medida la separación de sus cónyuges cuando éstos emigran a Estados Unidos, pero no hay datos suficientes para saber en qué medida podría ser un factor coadyuvante o desencadenante, si no etiológico, del trastorno depresivo mayor, aunque mi sospecha es de que sí

influye de una manera determinante. Un estudio más a fondo sería motivo de trabajos posteriores.

No obstante la gran difusión de los medicamentos antidepresivos, y que los médicos no psiquiatras se atreven cada vez más a hacer un diagnóstico de depresión mayor, y a prescribir un tratamiento en esos casos, sigue habiendo mucha ignorancia al respecto y se siguen satanizando los tratamientos psiquiátricos y rechazando la ayuda psiquiátrica, afectando más a los pacientes y retrasando así la posibilidad de encontrar una solución rápida y eficiente por parte de éstos. La mayoría de pacientes acuden por referencias de otros que ya se han curado o que se sienten mejor, y por lo general con múltiples "tratamientos" previos. Esto demuestra la enorme importancia de instruir mejor a los estudiantes de medicina y a los médicos no psiquiatras en cuanto a las enfermedades mentales. Por otro lado, se ve también la necesidad de una educación médica continua obligatoria para los psiquiatras como para los médicos de cualquier especialidad.

Además, existe tal temor a acudir con el psiquiatra que la mayoría de los pacientes acuden antes a cualquiera de los otros médicos especialistas, sobre todo con el cardiólogo, neurólogo, o el médico internista, etc., o a brujos y curanderos y otros charlatanes de la "medicina tradicional", o a las medicinas alternativas, con resultados muchas veces adversos, por lo que, quizás, algo importante sería que el médico psiquiatra estuviera más en contacto con la sociedad a través de los medios de difusión, como en programas de radio, pláticas a la comunidad, etc., para que la gente se familiarice con él, y así se entere de lo que éste puede y no puede hacer.

Muchas veces, el psiquiatra, con su tendencia aislacionista, es el culpable en buena medida de las ideas tergiversadas que en la sociedad existen con respecto a su profesión.

Por otra parte, los antidepresivos de nueva generación como los ISRS, los ISRSN, etc., no obstante que ofrecen más seguridad en cuanto a riesgos de suicidio, al tomarse en exceso y con ese fin, y que se pueden usar con mayor libertad en pacientes con otras patologías o en ancianos, es evidente que su costo elevado sí es un problema para muchos pacientes sobre todo de bajos recursos y que no han demostrado ser ni más rápidos en su efecto ni más eficaces, y que también provocan un gran número de efectos colaterales indeseables bastante molestos. Sin embargo, han venido a aumentar el arsenal terapéutico con el que podemos tratar a los pacientes deprimidos, eligiendo en cada caso lo más adecuado, cuando antes teníamos que sujetarnos a dos o tres sustancias.

Se requiere de una labor psicopedagógica (que estaría por planificarse), la cual ayudaría a la sociedad a evitar las tensiones o a enfrentarlas de la manera más adecuada, y a tener una calidad de vida mejor aun en el caso de presentar el trastorno depresivo mayor o cualquier otro trastorno emocional o psiquiátrico en general, atendándose con la persona adecuada.

Los grupos de autoayuda como *Alanón*, *Alcohólicos Anónimos*, *Neuróticos* y *Drogadictos Anónimos*, *Grupos de apoyo a Familiares de Drogadictos Anónimos*, etc., seguirán siendo imprescindibles en cualquier sociedad, tanto como la religión que

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

muchas veces alimenta y satisface las necesidades del espíritu, ayudando a quienes acuden a ella a encontrarle un sentido pleno a la existencia humana.

Por último, cabría insistir en que los psiquiatras, como dice Ajuriaguerra en el epígrafe al principio de este trabajo, no debemos buscar psiquiatrizar la vida y mucho menos la psicocracia, y, en cambio, debemos ser humildes, conscientes de nuestras debilidades y de nuestras carencias, y de nuestras necesidades como seres humanos. Debemos ver en el paciente a un individuo que sufre y que necesita ayuda, y debemos también aceptar que, al igual que ellos, nosotros sufrimos, que nos tensionamos y nos deprimimos, y que, con frecuencia, nosotros también necesitamos de otra ayuda para no caer en la desesperación y en el aniquilamiento.

Para ayudar al paciente a recuperar el sentido de su vida, debemos primero encontrarlo nosotros mismos en la vida familiar, laboral y comunitaria en general.

Siempre hay que tener presente que no somos héroes, mucho menos dioses; somos humanos —como dijo Nietzsche—, demasiado humanos...

Dr. Arturo García Duarte.

Tangancícuaro, Michoacán, México. Jueves 18 de noviembre de 1999.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guimón, José: De brujos a burócratas (la profesión de psiquiatra); *Psiquiatras: De brujos a burócratas*. Salvat; Barcelona, España;1990.
2. Guimón, José: ¿Qué es un psiquiatra?; op. cit.
3. Guimón, José: El psiquiatra en la historia: Un brujo cualificado; op. cit.
4. Ibid.
5. Juárez Cerdi, Elizabeth: El terreno sobre el que caminamos; Un acercamiento a la ciudad de Zamora; *Mi reino sí es de este mundo*. El Colegio de Michoacán, A.C.; México; 1997.
6. Verduzco, Gustavo: "Crecimiento urbano y desarrollo regional: el caso de Zamora, Michoacán" en revista "*Relaciones*", El Colegio de Michoacán, invierno de 1984, núm. 17, Zamora (México) pp. 7-41.
7. Censo de población y vivienda de 1990.
8. Vázquez Ramírez, Arnulfo: "Urge municipalizar tránsito"; *Semanario "Guía"*; julio 11 de 1999, pág. 7; Zamora, Michoacán.
9. Juárez Cerda, Elizabeth: op. cit.
10. Ibid.
11. Fernández Ruíz, Guillermo: Migración y VIH/SIDA. Tesis de maestría para el Colegio de Michoacán, A.C.; pág. 223-225. Zamora, Michoacán, México. 1998.
12. Ibid.; pág. 152.
13. Juárez Cerdi, Elizabeth: op. cit.

14. INEGI Michoacán, perfil sociodemográfico. XI CGPyV, México, 1993.
15. Lidz, Theodore: *The Person; The Middle Years* (chapter 16); pág. 486-510.
Library of Congress Cataloging in Publication Data. USA, 1976.
16. Fernández Ruíz, Guillermo: *op. cit.*; pág. 169.
17. *Ibid.*; pág. 171.
18. Bastide, Roger, *El grupo familiar; Psiquiatría de los grupos sociales; Sociología de las Enfermedades Mentales*, octava edición; capítulo octavo; pág. 262-263.
Siglo XXI editores, sa; México, 1983.
19. *Ibid.*; pág. 215.
20. *Ibid.*; pág. 223-224.
21. Frankl, Viktor; *La presencia ignorada de Dios*; Editorial Herder; Barcelona, España. 1984.
22. Bastide, Roger; *op. cit.*; pág. 231.
23. Juárez Cerdi, Elizabeth: *op. cit.* Pág. 50.
24. Muro, Víctor Gabriel; *Iglesia y Movimientos Sociales*; pág. 110-112. Red Nacional de Investigación Urbana y El Colegio de Michoacán A.C. México, 1994.
25. Juárez Cerdi, Elizabeth; *op. cit.* pág. 24.
26. *Ibid.*; pág. 23.
27. Bastide, Roger; *op. cit.* capítulos cuarto, quinto y séptimo.
28. *Ibid.*

29. Currie, D.J., Fairweather, D.B. e Hindmarch, I.; Aspectos Sociales del Tratamiento de la Depresión, introducción, capítulo 9, pág. 155; Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4. Editorial Wiley, Madrid, España; 1995.
30. APA; DSM-IV; Trastornos del estado de ánimo. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson; Barcelona, España. 323-399. 1995.
31. Ibid.; pág. 326.
32. Ibid.; pág. 329.
33. Ibid.; pág. 345.
34. Ibid.; pág. 346.
35. Ibid.; pág. 347.
36. Caraveo Anduaga, Jorge J.: Epidemiología de los Trastornos Depresivos, resumen; Psiquiatría, pág. 2, Órgano Oficial de Difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., suplemento, 1997. México.
37. Ibid.: Condiciones y factores de riesgo, pág. 3.
38. Ibid.: Introducción, pág. 2.
39. APA: op. cit., pág. 348.
40. Caraveo Anduaga, Jorge J.: op. cit., pág. 3-4.
41. APA: op. cit., pág. 350.

42. López-Ibor Jr., J.J.: La máscara y la realidad de la depresión; Diagnóstico de la depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 2, pág. 121. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
43. Ibid.; diagnóstico; pág. 132.
44. Currie, D. J., Fairweather, D.B. e Hindmarch, I.: op. cit., pág. 155.
45. Akiskal, H.S.: Filosofía del Manejo Clínico; Subtipos clínicos de depresión crónica-resistente; Diagnóstico de la depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 2, pág. 181. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
46. Guimón, José: op. cit., Perfil profesional del psiquiatra; pág. 90.
47. Walinder, Jan, Carlsson, Per y Rutz, Wolfgang: El impacto económico de un programa educativo sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en Suecia; Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, pág. 119-132. Editorial Wiley, Madrid, España, 1995.
48. APA, op. cit., pág. 330.
49. Salín Pascual, Rafael J.: Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. McGraw-Hill Interamericana. México, 1997.
50. Nobler, Mitchell S. and Roose, Steven P.: Differential Response to Antidepressants in Melancholic and Severe Depression; Treating Depression; Psychiatric Annals, 28:2/February/ 1998, pág. 84-88.
51. Boyer, W.F. y Feighner, J.P.: Tratamiento agudo de la depresión; La eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión.

- Perspectivas en psiquiatría, volumen 1, pág. 95. Editorial Wiley, Madrid, España, 1995.
52. Sussman, Norman y Grinsberg, David: Rethinking Side Effects of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: *Sexual Dysfunction and Weight Gain*. Treating Depression. *Psychiatric Annals* 28:2/February 1998. Pág. 89-97.
53. Mendels, Joseph: Nuevas Aportaciones Relacionadas con la Enfermedad Depresiva: Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Geriátrico; *The American Journal of Medicine*; Volumen 94 (5A) Introducción, pág. 5A-1S. Mayo 24, 1993.
54. APA: op. cit.; pág. 328.
55. Salín Pascual, Rafael J.: op. cit.; pág. 27.
56. Boyer, W.F., McFadden, G. A. y Feighner, J.P.: La eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos, *conclusiones*; Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina; *Perspectivas en psiquiatría, volumen 1*; pág. 124. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
57. Weisbrod, Burton A.: Economía de la Enfermedad Mental: Costes, Beneficios e Incentivos, introducción. *Economía de la Salud en la Depresión*; *Perspectivas en Psiquiatría, volumen 4, capítulo 2*, pág. 27. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
58. Cass, Hyla: *Venza la depresión con la Hierba de San Juan (St John's Wort)*; Editorial Selector. México, 1999.

59. Buxton, M.J.: Economía de la salud en la década de los 90; Economía de la salud en la depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, capítulo 1, pág. 11-25. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
60. Weisbrod, Burton A.: op. cit., pág. 27-48.
61. Jönsson, Bengt y Bebbington, Paul: Estudios económicos del tratamiento de la enfermedad depresiva; Economía de la salud en la depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, capítulo 3, pág. 49-63. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
62. McCombs, Jeffrey S. y Nichol, Michael B.: El coste del fracaso terapéutico; Economía de la salud en la depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, capítulo 4, pág. 65-81. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
63. Boyer, William F. y Feighner, John P.: Las implicaciones financieras del inicio del tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o un antidepresivo tricíclico en enfermos deprimidos que no han recibido tratamiento previo; Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, capítulo 5, pág. 83-95. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
64. McGuire, Thomas G.: Resultados, costes y diseño del seguro de enfermedad en la depresión; Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría, volumen 4, capítulo 6, pág. 97-117. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
65. Walinder, Jan, Carlsson, Per y Rutz, Wolfgang: op. cit., pág. 119-133.

66. Bech, P., Dunbar, G.C. y Stoker, M.J.: La medición de la calidad de vida en enfermos psiquiátricos es un desafío pendiente; *Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría*, volumen 4, capítulo 8, pág. 135-154- Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
67. Currie, D.J., Fairweather e Hindmarch, L: op. cit, pág. 155-166.
68. Rosenbaum, Jerold F.: Opciones clínicas, coste-efectividad y tratamientos antidepressivos; *Economía de la Salud en la Depresión; Perspectivas en psiquiatría*, volumen 4, capítulo 10, pág. 167-175. Editorial Wiley, Madrid, España. 1995.
69. Gabbard, Glen O.: The Cost Effectiveness of Treating Depression; *Psychiatric Annals* 28:2/February 1998; pág. 98-101.

Chávez León, Enrique: Trastornos depresivos; PAC®; PSQUIATRÍA-1; B-4; APM y Laboratorios Pfizer. México, 1998.

Fromm, E.; Horkheimer, M.; Parsons, T.: *La Familia*. Ediciones Península. Barcelona, España. 5ª Edición, 1978.

Kaplan, Harold L, Sadock, Benjamin J.: *Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la conducta; Psiquiatría clínica*. Editorial Médica Panamericana; Editorial Williams & Wilkins. Madrid, España. 8ª Edición, 1999.

Langer, S.Z., Brunello, N., Racagni, G. and Mendlewicz, J.: **Critical Issues in the Treatment of Affective Disorders; International Academy for Biomedical and Drug Research, vol. 9. Editorial Karger. Suiza, 1994.**

Mueller, Timothy L, MD; Leon Andrew C., PhD: **Recovery, Chronicity, and levels of psychopathology in major depression. The Psychiatric Clinics of Northamerica. Mood Disorders; 85-102; March, 1996.**

Paz, Octavio.: **El Laberinto de la soledad; Postdata; Vuelta a El Laberinto de la soledad. Fondo de Cultura Económica, Colección Popular (471); tercera edición. México, D. F. 1999.**

Talbott, John A., Ballenger, James C., Breier, Alan, Frances, Richard J., Meltzer, Herbert Y., Schowalter, John E. and Tasman, Allan: **The Year Book of PSYCHIATRY AND APPLIED MENTAL HEALTH®, tomo III; Mosby, marzo de 1996.**