

01921  
236

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS MEDICOS FAMILIARES DE  
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL, EN EL ESTADO DE MÉXICO"**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**BERTHA OFELIA TREJO MARES**

**DIRECTORA DE TESIS: LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ  
REVISORA: LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS.**

**MÉXICO, D.F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**2003.**

**A**



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:**

**A la maestra: Yolanda Bernal Alvarez, por su entusiasmo, alegría y dedicación.**

**A mis asesores: Lic. María Teresa Gutiérrez Alaníz, Maestro Jorge Molina Avilés, Dr. José Méndez Venegas y Lic. Jorge Alvarez Martínez por su apoyo y su paciencia.**

**A la C. D. Araceli Carrizosa Jaramillo, por todo el apoyo técnico que me brindo, pero especialmente por su amistad.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DEDICATORIAS:

Con admiración, respeto y cariño a: José Luis Alba. ( Elitear ) porque a pesar de estar tan lejos, me motivo, me apoyo y .....ha estado más cerca de mi de lo que él imagina!

A: Dr. Eduardo Bernal Sepulveda, por ser y estar.

A: Lic. Adelaida Duarte Toledo, una amiga especial que me enseñó que las experiencias difíciles de la vida; son como los malos libros, que de todas formas debemos leer, para valorar los buenos.

A: mi madre y mis hermanos, por brindarme su tiempo, su experiencia, su confianza y su paciencia.

Y muy especialmente y con todo mi amor a: Miguel, Mirell y Manuel, por continuar soportando con entusiasmo a una mamá/estudiante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**"No temáis a que la vida llegue a su fin  
sino, en cambio a que nunca llegue  
a su principio"**

**Cardenal John Henry Newman.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE

	Núm. De Página.
<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>4</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>DEPRESION</b>	
<b>1.1 Antecedentes Históricos</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Epidemiología</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Etiología</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Teorías de la depresión</b>	<b>12</b>
<b>1.4.1. Teorías Conductuales</b>	<b>12</b>
<b>1.4.2 Teorías Cognitivas</b>	<b>12</b>
<b>1.4.3 Teoría Psicodinámicas</b>	<b>14</b>
<b>1.4.4 Teoría Psicosocial</b>	<b>15</b>
<b>1.5 Clasificación de la Depresión</b>	<b>17</b>
<b>1.6 Cuadro Clínico</b>	<b>19</b>
<b>1.7 Diagnostico</b>	<b>21</b>
<b>1.8 Tratamiento</b>	<b>23</b>
<b>1.8.1 Terapia Psicoanalítica</b>	<b>24</b>
<b>1.8.2 Terapia Interpersonal</b>	<b>24</b>
<b>1.8.3. Terapias Conductuales</b>	<b>25</b>
<b>1.8.4 Terapia Cognitivo conductual</b>	<b>25</b>
<b>1.8.5 Terapia Familiar y de pareja</b>	<b>26</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>Pronostico</b>	<b>28</b>
<b>CAPITULO II</b>	
<b>EI MEDICO FAMILIAR</b>	
<b>Medicina</b>	<b>29</b>
<b>EI Medico Familiar</b>	<b>32</b>
<b>La Medicina Familiar</b>	<b>36</b>
<b>CAPITULO III</b>	
<b>METODOLOGIA</b>	
<b>3.1. Planeacion y Justificación del problema</b>	<b>38 a 43</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>49</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.-** Los médicos familiares en el desarrollo de su profesión se exponen a situaciones que pueden afectar su estado de ánimo como son los casos de pacientes politraumatizados o pacientes en etapa terminal. De igual manera les afectan las sobrecargas de trabajo y los problemas socioeconómicos. En la literatura mundial son muy pocas las investigaciones que se han realizado sobre depresión en estos profesionistas de la salud. Es por esto que el presente estudio pretende identificar la incidencia de depresión entre los médicos familiares e implementar estrategias que permitan prevenir la depresión en estos profesionistas. En este ámbito la psicología puede proporcionar una valiosa ayuda para el diagnóstico la interacción y evaluación de dicha problemática, que aunque rebasa los propósitos de este trabajo, si puede desprenderse orientación en este sentido, ya que la depresión ha llegado a considerarse como un problema de Salud Pública en la población general.

**EPIDEMIOLOGÍA.-** Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más incapacitantes, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. En la Ciudad de México existe una prevalencia de 7.9 episodios por cada 100 habitantes entre los 18 y 65 años de edad. En cuanto al género la razón en relación es de dos mujeres por un hombre. La depresión leve es más frecuente en la mujer, la moderada en el hombre y la severa se presenta en igual proporción en ambos géneros. Se ha observado que la mujer es la que con mayor frecuencia solicita ayuda, cuando padece trastornos depresivos.

**METODOLOGÍA.-** Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva. Se emitieron las siguientes hipótesis: **DE TRABAJO:** Existe un alto porcentaje de médicos familiares que presentan depresión. **NULA:** No existe un alto porcentaje de médicos familiares que presentan depresión. El estudio se realizó al aplicar el Cuestionario de Hamilton en 60 médicos familiares, que es el total de médicos de una Unidad de Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en el Estado de México.

**RESULTADOS.-** De la muestra de 60 médicos familiares, se eliminaron 5 debido a que al momento de aplicar el cuestionario de Hamilton, no se encontraban en el Centro de trabajo. De tal manera que sólo se aplicó a 55 médicos, de ellos 31 son hombres y 24 mujeres, con un promedio de edad de 45 años con un rango de 31 a 61 años. Todos los participantes contestaron el cuestionario en su totalidad y solamente un sujeto obtuvo una calificación de 13 puntos, lo que es igual a Depresión leve. El resto de los participantes obtuvieron un puntaje total inferior a 10 puntos y por lo tanto no se consideran portadores de depresión en alguno de sus grados.

**DISCUSIÓN.-** El objetivo básico de la presente investigación, era determinar si existía alguna relación entre ser médico familiar y padecer depresión. Los resultados son incongruentes con lo reportado en la literatura relacionado con la población general.

**CONCLUSIONES.-** Se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula. El porcentaje de coincidencia en la respuesta a la pregunta número uno, que fue la respuesta afirmativa más alta solamente alcanza un 36.0 % y por lo tanto no se considera significativo. Podría considerarse, en vista de que en la población general los índices de depresión van en aumento y que en nuestra muestra tan solo un sujeto muestra depresión leve, que se están utilizando mecanismos de defensa de tipo neurótico por parte de los sujetos que participaron en el estudio, como la intelectualización y la racionalización. Sin embargo; determinar estos mecanismos no es el objetivo del presente estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera que aproximadamente 200 millones de seres humanos padecen depresión. ( Senties, 2000)

A pesar de ser una enfermedad frecuente; de acuerdo con los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sólo el 50 % de los casos se realiza un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno y adecuado. ( Heinze, 2000)

Es el médico familiar el responsable de resolver la problemática de los pacientes. En la Unidad de Medicina Familiar en la que se realiza este estudio, cada medico labora 20 días a la semana, seis punto cinco horas al día, atendiendo en promedio 30 pacientes diarios con diferentes problemas de salud (SIMO) \*. Se han identificado algunos factores que explican porque el medico familiar no diagnóstica y trata adecuadamente a los pacientes con depresión son ; entre otros, una deficiente preparación profesional que condiciona la falta de capacidad y destreza para detectar los síntomas de la enfermedad y las alteraciones afectivas, cognitivas y somáticas que están relacionadas con este padecimiento. (Flores y Cois. 2000)

En una investigación realizada por Rascon y sus colaboradores (1998) reportan el costo económico del manejo de la depresión en diferentes instituciones de Salud. La mayor demanda de atención en los servicios de salud se presenta en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguida por la población no asegurada que solicita atención en los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y de la población adscrita al Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el costo de atención para cada caso fue de \$ 1 292,00 esto sin incluir los gastos paralelos que esta enfermedad potencialmente llega a generar como son los días subsidiados por incapacidad temporal para el trabajo o los gastos generados por hospitalización o eventos suicidas.

Los médicos familiares se enfrentan cotidianamente al sufrimiento de los pacientes que son portadores de enfermedades agudas, crónicas o en fase terminal, de padecimientos incapacitantes o invalidantes, de enfermedades psicológicas o psiquiátricas y de lesiones traumáticas. El médico se enfrenta a momentos de gran tensión que repercuten en su estado de ánimo. La carga emocional de estos profesionistas puede condicionar conductas que interfieran con su capacidad al brindar su atención e impedir que realicen su labor en forma adecuada, además puede reflejarse en su propio bienestar personal y en su vida particular. El sentimiento de frustración ante la muerte de un paciente puede llegar a ser intolerable. Las vivencias de sus pacientes pueden ser difíciles de compartir fuera de su trabajo, con su cónyuge o con su familia. La esperanza y el altruismo son cualidades muy valiosas de los médicos.

\*SIMO.- Sistema de Informática Medica Operativa. IMSS.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo; el agotamiento, la soledad y los sentimientos de impotencia pueden conducir a disminuir su autoestima.

Esta situación podría condicionar que la relación medico/paciente se viera afectada pues dificultaría la empatía y la identificación con el paciente. De tal manera que resulta lógico pensar que, el médico familiar este en riesgo de sufrir depresión. Así que se esperaba de él que, además de su capacidad y destreza profesional, mantuviera un adecuado nivel de salud mental. Sin embargo; no existen investigaciones de la incidencia de síntomas depresivos en estos profesionales de la salud y debido a que este trastorno se ha convertido en uno de los padecimientos más frecuentes entre la población de diferentes países e incluso ha llegado a ser reconocido como un problema de Salud Pública en el ámbito nacional e internacional, por sus repercusiones en la salud de las personas, resulta especialmente importante su identificación entre los propios médicos. Este estudio pretende identificar la incidencia de depresión entre los médicos familiares y estar así en condiciones de planear estrategias para prevenir este padecimiento entre los mismos profesionistas.

En el primer capítulo se describen los antecedentes históricos de la depresión, la forma como el concepto se ha ido modificando con el paso del tiempo y en este mismo capítulo se revisan la etiología de la depresión desde el punto de vista de diferentes teorías y se expone una amplia gama de tratamientos. Este capítulo nos permite ubicarnos en el tema desde su perspectiva histórica para comprender la situación actual. El segundo capítulo trata del papel que desempeña la medicina familiar desde sus inicios hasta la fecha actual y se refiere especialmente a las actividades del médico familiar que es el personaje principal de este estudio y al cual considero susceptible de padecer depresión a consecuencia del desarrollo de sus propias actividades laborales. En el tercer capítulo se explica la forma en que se realizó el presente estudio, las preguntas de investigación y la manera en que se intenta dar respuesta a estas preguntas. De esta forma en el siguiente capítulo, que es el cuarto se realiza una exposición de los resultados obtenidos en el estudio. En el capítulo quinto se realiza una discusión de los resultados obtenidos con el fin de conocer las respuestas a los planteamientos de esta investigación. Así en el capítulo sexto después de analizados los resultados se emiten las conclusiones de este estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEÓRICO

### CAPITULO I

#### DEPRESION

##### 1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

**" Es en verdad  
deseable tener buenos descendientes ,  
pero la gloria pertenece a  
nuestros antepasados".**

**Plutarco.**

Aún cuando desde el Antiguo Testamento se describen cuadros depresivos, es hasta el Siglo IV antes de Cristo, cuando Hipócrates utiliza los términos de manía y melancolía para referirse a los enfermos de depresión e introduce por primera vez el término de melancolía. (op. Cit. Heinze, 2000)

Diferentes autores han realizado descripciones históricas acerca de la depresión. Sin embargo, la revisión de Guevara (1996) y Vallejo Ruiloba, J, en el mismo año son las que me parecen más completas. Ellos refieren lo siguiente: En el Siglo I Areteo de Capadocia, describe la melancolía. Galeno en el Siglo II utiliza los mismos términos de Hipócrates; Posteriormente, en el Siglo XII, Maimónides menciona nuevamente a la melancolía. En la Edad media Alejandro de Tralles dedica a este trastorno unas páginas de su obra " 12 libros sobre el arte médico" en él describe tres formas etiológicas diferentes: exceso de sangre, sangre ocre y biliosa y bilis negra. Este autor afirmó que no siempre la tristeza y el temor son los síntomas característicos ya que refería que a veces predominaba la hilaridad, la ira y la ansiedad, este cuadro es muy semejante al que posteriormente describirían como estados maniacos. En este mismo siglo Thomas Willis hace notar la sucesión de estados maniacos y melancólicos en el mismo paciente. Destacan igualmente los escritos de Burton en su obra " The anatomy of melancholy" por su experiencia personal como enfermo, supo expresar las vivencias negativas de esta enfermedad y al mismo tiempo señala los accesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo. Bonet, en el Siglo XVII describe la enfermedad maniaco/melancholicus. En el Siglo XVIII el Español, Andrés Piquer describe con mucha precisión la enfermedad maniaco - depresiva del Rey Fernando VI. Cullen incluye en su obra " Vesaniae" dos géneros principales de la depresión: la manía y la melancolía. Kahlbbaum, en 1882 utiliza por primera vez el término de ciclotimia. Emil Kraepelin, en Alemania describe en su obra, "Tratado de Psiquiatría" la diferencia estricta entre la psicosis maniaco/depresiva y la demencia precoz.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al inicio del Siglo XIX Pinel destaca cuatro formas de enfermedad mental: manía, melancolía, demencia e idiocia. Su discípulo Esquirol incluye la melancolía que denomina lipemanía, entre las monomanías o locuras parciales, mejorando la visión conceptual de su maestro. Esquirol afirmaba que la melancolía es un delirio parcial crónico, sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva. Es hasta mediados del Siglo XIX que se efectúa la descripción específica de una locura circular sobre la base de los episodios de melancolía y manía. Falret, en 1851 habla de "folie circulaire", mientras que Baillarger realiza una exposición más precisa del cuadro, al que denomina "folie a double forme", en la Real Academia de París, antes de que Falret publicara su trabajo. Berrios en 1988, señaló que el significado clásico que se le dio a la melancolía y a la manía, no guarda una relación estricta con su sentido actual ya que su significado no se establecía en términos polares opuestos, su definición se basaba en el análisis de conductas abiertas (aumento o descenso de la motilidad o de la rabia) y porque los síntomas no definían un estado mental.

En Vallejo, Ruloba (1996) mencionan que los seis principios teóricos que sustentan el concepto de manía y depresión durante el Siglo XIX son:

Trastorno primario de la afectividad y no del intelecto o de la volición.

Psicopatología estable.

Representación cerebral.

Periódicos.

Genéticos en su origen con tendencia a aparecer en sujetos con personalidades predisuestas.

Endógenos en su naturaleza.

En el Siglo XX, Leonhard diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión, otros autores como Perris, Winokur y Angst, abundan en esta distinción abordándola desde varios puntos de vista (genéticos, clínicos, etc.) En los últimos años López - Ibor Aliño han abordado el tema de la depresión enmascarada. Schildkraut, Coppen y Van Praag han hecho importantes aportaciones a las hipótesis bioquímicas más actuales de la depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.2 EPIDEMIOLOGÍA.

**“¡ Oh si mis quejas  
pudieran pesarse y a un tiempo se pusiera  
mi desdicha en una balanza !,  
¡ luego esta pesaría más  
que las arenas del mar !”**

**Job 6:2**

En un estudio realizado en 1995 (Cit. En Caraveo, 1999) en los habitantes de la Ciudad de México, se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia de episodios depresivos es de 7.9 por cada 100 habitantes en la Ciudad de México, que tienen entre 18 y 65 años de edad. La razón en relación con el género es de 2 mujeres por 1 hombre. Los episodios depresivos se presentan principalmente hacia la segunda mitad de la tercera década de la vida.

La depresión leve es más frecuente en el género femenino, la moderada en el masculino y la severa se presenta en igual proporción en ambos géneros.

Existen diferencias en la manifestación del cuadro clínico en hombres y en mujeres. En el hombre predomina el insomnio, la pérdida de confianza en sí mismo, la dificultad para concentrarse y los sentimientos de inferioridad mientras que en la mujer son más frecuentes los sentimientos de incapacidad y el pesimismo. La mujer es la que con mayor frecuencia solicita ayuda, cuando padece trastornos depresivos.

Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. ( Lechky, 1995 )

De los pacientes que padecen depresión en cualquiera de sus tipos, sólo de un 20 a un 25 % reciben tratamiento, se calcula que el 80% de ellos son atendidos en el primer nivel de atención médica, mientras que los restantes no acuden al médico. (Martell, 2001)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 1.3 ETIOLOGIA.

"Sin simpatía no hay cura".  
(A lo sumo se podrá comprender  
la génesis del sufrimiento. )

Ferenczi.

Las causas de la depresión son desconocidas, muy seguramente las tensiones del medio ambiente como el fallecimiento de un familiar, el divorcio, la pérdida del empleo o el que nos diagnostiquen una enfermedad terminal pueden precipitar la depresión, sobretodo en personas que presentan una predisposición genética. Aun así no es posible asegurar que estos conflictos son la causa única de la depresión, es por esto que la depresión se considera de origen multicausal. Para fines didácticos se han utilizado tres clasificaciones, que están estrechamente relacionadas entre si y son las siguientes:

**Factores biológicos.**- Esta hipótesis propone una serie de alteraciones a nivel de los neurotransmisores. Se considera que en este padecimiento hay una disminución en la sensibilidad de los receptores postsinápticos adrenérgicos beta y 5-hidroxitriptamina tipo 2 (5-HTA). La disminución de Serotonina y sus catábolitos esta relacionada directamente con la presencia de síntomas depresivos.

La tendencia suicida en la depresión se ha relacionado con una disminución de 5-HTA en el líquido cefalorraquídeo. ( Carlson, 1999 )

Aparentemente el aumento en los niveles de Dopamina se asocia al síndrome maniaco y la disminución en los niveles del mismo neurotransmisor a la depresión. ( Guevara, 1996 )

**Regulación neuroendócrina.**- La regulación de los ejes adrenal, tiroideo y de la hormona de crecimiento es noradrenérgica, su alteración propicia una regulación defectuosa de la función endocrina en estos tres niveles en algunos pacientes deprimidos. En el caso del eje adrenal se ha observado un aumento en la secreción de cortisol en aproximadamente el 50 % de los pacientes deprimidos. La regulación tiroidea de un tercio de los deprimidos se encuentra alterada, aunque actualmente se ha propuesto una hipótesis que refiere que en algunos pacientes con depresión existen anticuerpos contra la glándula tiroidea.

Las alteraciones en la regulación circadiana de algunos pacientes con depresión se relacionan; en ocasiones, con disminución en la liberación de melatonina por la glándula pineal. (La serotonina es un precursor de la melatonina ). ( Rosenzweig y Leiman, 1992)

**Factores genéticos.**- Se ha comprobado que los parientes de enfermos bipolares presentan una alta incidencia de cuadros bipolares ( 9.3 por 100 vs 1 por 100 de la población general), de cicloimia (3 por 100) y de depresión mayor (14.3 por 100 vs 5.9 en la población general). De la misma manera, los familiares de pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con depresión mayor tienen más alto riesgo de padecer esta patología (17 por 100). Aún cuando no están aumentadas las probabilidades de sufrir un trastorno bipolar. (Weissman y Cols. 1984. Cit. Por Santos, J. En Fuentenebro, 1990) Los estudios gemelares comparan la concordancia de una determinada enfermedad en gemelos monocigóticos (genéticamente idénticos) y dicigóticos; de manera que la presencia de un factor genético implicaría la existencia de un mayor índice de concordancia en los monocigóticos que en los dicigóticos. Estos estudios reportan que el grado de concordancia en los trastornos afectivos es más elevado en los monocigóticos que en los dicigóticos (67 vs 20 por 100 en los dicigóticos). Existen modelos multifactoriales que afirman que la existencia de una determinada carga genética no sería suficiente por sí misma para condicionar necesariamente la aparición de un trastorno del estado de ánimo. De tal manera que es posible que factores ambientales modulen la expresión fenotípica de un determinado genotipo. Probablemente los trastornos del estado de ánimo se relacionen con un patrón monogénico, presentando anomalías en por lo menos, dos genes diferentes. Egeland, (1987, Cit. Por Fuentenebro y Cols. 1990) reporta datos que sugieren una estrecha relación entre una predisposición al trastorno bipolar y dos secuencias del ácido desoxirribonucleico (ADN) localizadas en el cromosoma 11, que corresponden al oncogen celular Has-ras-1 y el locus insulínico. Supuestamente este gen sería compartido por los trastornos bipolares I y II, la depresión mayor y el trastorno esquizoafectivo. Señalando que en el cromosoma 11 está localizada una secuencia de ADN que parece contener el código de las enzimas tirosina hidroxilasa y triptófano hidroxilasa que desempeñan un importante papel en el proceso de síntesis de las monoaminas.

**Factores psicosociales.-** La depresión se presenta en todas las culturas, aunque en las más primitivas adquiere una presentación característica, hay más somatización, hipocondría y vivencias paranoides además de menores sentimientos de culpa. En la clase alta predominan los trastornos bipolares. Aunque la religión no se considera un factor de riesgo específico, se ha observado que el índice de suicidio es más bajo entre los católicos y los judíos. En cuanto a la actividad laboral, se ha presentado mayor depresión en los puestos más altos y más bajos de la escala. Hay diferentes enfoques para explicar el mayor índice de depresión en las mujeres, una opinión sugiere que la depresión se presenta en las mujeres por la discriminación social que les impide obtener poder, según este enfoque la desigualdad social entre hombres y mujeres conduce a estas a la dependencia, baja autoestima y depresión. Otro enfoque hace alusión a la indefensión aprendida, que considera que las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres producen en las mujeres un conjunto de valores clásicos que se refuerzan por las expectativas sociales. (Rosenzweig - Leiman, 1992). El periodo premenstrual y el postparto son épocas de mayor riesgo para la depresión, la menopausia no parece aumentarlo. En cuanto al estado civil, algunos estudios refieren que es alto el riesgo en mujeres casadas y aumenta si en el hogar hay 3 o más hijos menores de 14 años. Una relación interpersonal pobre con la pareja constituye un factor de

FALLA DE ORIGEN

vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión. La separación y el divorcio están relacionados con la depresión. (Vallejo, 1996)

A medida que vayan avanzando las investigaciones en la neuroquímica y neurofisiología cerebral se ira realizando una mejor definición de la etiología de la depresión. Durante muchos años, los factores biológicos, específicamente la hipótesis de las catecolaminas, otorgo un gran impulso a las investigaciones relacionadas con la Bioquímica de los trastornos depresivos. Actualmente contamos con información de los factores genéticos y psicosociales que se considera participan en la génesis de la depresión.

Desde el punto de vista de la psicología se acepta que la depresión<sup>es</sup> de origen multifactorial y se espera que en un futuro se logre una integración entre la investigación bioquímica y la práctica psiquiátrica y psicológica y que se desarrollen nuevos instrumentos clínicos especializados para la psiquiatría y psicología. (Kaplan, 1992)

En el siguiente capítulo se analizaran las diferentes teorías que han tratado de explicar la depresión desde un punto de vista conductual, cognoscitivo, psicoanalítico y psicosocial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## 1.4 TEORIAS DE LA DEPRESIÓN.

**"La mente del hombre  
extendida a una nueva idea  
nunca vuelve a sus  
dimensiones originales"**

**Oliver Wendell Holmes.**

### 1.4.1 TEORÍAS CONDUCTUALES.

El primer intento de analizar la depresión desde un punto de vista conductual, lo realizó Skinner, en su libro de Ciencia y Conducta Humana. (Skinner, 1953; Citado por Salinas, 1998 ), él define a la depresión como un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de conducta que han sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Posteriormente se hacen aportaciones a lo analizado por Skinner, sugiriendo que diversos factores como los cambios súbitos en el ambiente, el control aversivo y el castigo, así como las tasas de reforzamiento hacen que aparezca la depresión, que típicamente se caracteriza por una reducción en la conducta. Al aplicar el término reforzamiento a la depresión, se elaboraron varias hipótesis, una de ellas establece que la baja tasa de reforzamiento contingente constituye un antecedente crítico de la ocurrencia de la depresión. El reforzamiento se define por la calidad de las interacciones de las personas con su ambiente. Las interacciones con resultados positivos constituyen reforzamiento y fortalecen, por lo tanto la conducta de las personas. Según esta hipótesis, la conducta de las personas deprimidas no produce un reforzamiento positivo en un nivel suficiente como para mantener su conducta y así; las personas deprimidas, tienen dificultad para iniciar o mantener su conducta, volviéndose cada vez más pasivas. Además, se supone que la baja tasa de reforzamiento es la causante del cambio en el ánimo.

Una hipótesis similar señala que una alta tasa de experiencias castigantes tales como experiencias aversivas, estresantes o desagradables (problemas maritales, trabajo excesivo, reacciones negativas de otras personas, etcétera) pueden causar depresión en forma directa o indirecta al interferir con la participación y el disfrute de las actividades potencialmente reforzantes. (Salinas, 1998)

### 1.4.2. TEORÍAS COGNITIVAS.

Beck (1976), desde una posición cognitiva, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Para él los signos y síntomas de esta enfermedad son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Él propone estructuras cognitivas específicas que son la triada cognitiva, los esquemas y patrones cognitivos:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La tríada cognitiva contiene tres patrones cognitivos, que controlan la ideación:

**Una visión negativa de uno mismo:** Consiste en considerarse una persona inadecuada, inútil o indeseable.

**Una visión negativa del mundo:** Es experimentar al mundo como un lugar negativo, frustrante y esperar o merecer el fracaso o el castigo.

**Una visión negativa del futuro:** Es la expectativa de dificultades ininterrumpidas, de sufrimientos y fracasos.

Los esquemas cognitivos son pautas cognitivas estables, por medio de ellos uno interpreta la experiencia y conducen a los individuos a una selección sistemática o una distorsión de la percepción y de la memoria. Estas distorsiones son los errores cognitivos, son ideas equivocadas y sistemáticas del pensamiento que condicionan la persistencia de esquemas negativos a pesar de las evidencias contradictorias. Estas distorsiones incluyen la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización.

En el mismo campo cognitivo Rehm (1977; citado por Salinas, 1998), propone la teoría del "autocontrol de la depresión" sugiere que las personas deprimidas atienden selectivamente a los eventos negativos y les dan tal importancia que los toman como criterios para realizar su autoevaluación, logrando que se utilicen altas tasas de autocastigo en comparación con una disminución en las tasas de autorecompensa.

Para Seligman (1975), en una teoría de la depresión humana es central el efecto de la independencia de la conducta y sus consecuencias. En el Desamparo indefensión o desesperanza aprendida (learned helplessness) \* lo principal es: La pasividad, el retardo en el aprendizaje, la carencia de agresividad y competitividad, la pérdida de peso y el poco consumo de alimento. En esta investigación el elemento crítico no es el trauma en sí mismo, sino la falta de control sobre el evento traumático.

Así este autor considera que los individuos deprimidos se encuentran en situaciones en las que sus respuestas y el refuerzo son independientes. El recuperar la creencia en que la respuesta produce reforzamiento, es el cambio de actitud que se supone sería la solución para tratar la depresión.

\* Learned helplessness, en esta investigación se realiza en dos fases, en la I el perro sufre una repetida estimulación aversiva (choques eléctricos) pero se le impide cualquier respuesta que pueda aliviar o evitar esta estimulación. Durante la II fase se le permite moverse y huir del estímulo punitivo. Curiosamente, el perro acepta la experiencia traumática, parece haber perdido las reacciones adaptativas que le permitirían escapar de las experiencias aversivas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente, Seligman reformula su teoría agregando elementos de la teoría de la Atribución Elaborada, de Weiner y Cols. (1971) Esta nueva teoría señala que las atribuciones que realiza el sujeto acerca de la no-contingencia entre sus actos

y sus consecuencias, son el origen de expectativas subsecuentes de contingencias futuras. Lo central en la depresión incluye las dimensiones de internalidad/externalidad, generalidad / especificidad y estabilidad / inestabilidad.

De esta manera una persona estará, probablemente más deprimida si las atribuciones por sus fallas y faltas de control las internaliza (ES MI CULPA), las globaliza (EN TODO SOY UN FRACASO) y las hace estables (NUNCA VOY A CAMBIAR), en cambio si sus atribuciones son por el éxito, son externas (SOY AFORTUNADO), específicas (EN ESTE CASO EN PARTICULAR) e inestables (SÓLO EN ESTA OCASIÓN).

La teoría cognitiva de la depresión afirma que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y sus consecuencias son los cambios afectivos y físicos; por ejemplo la baja energía y la apatía son el resultado de la expectativa de fracaso que el individuo tiene en todas sus áreas.

### 1.4.3 TEORÍAS PSICODINÁMICAS.

A principios del siglo XX, Freud en su artículo "Duelo y Melancolía" (1917) describe la depresión desde un punto de vista psicoanalítico. Compara estos dos estados entre sí, ya que él consideraba que existían múltiples analogías en el cuadro clínico de ambos padecimientos.

Caracterizaba a la melancolía como un estado de ánimo intensamente doloroso, acompañada de una cesación del interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y una importante disminución del amor propio. En el duelo se presentan todas estas características, excepto la última mencionada. El duelo es generalmente una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, tal como un ideal o la libertad, por ejemplo. El duelo no se considera un estado patológico y aún cuando la persona presenta desviaciones en su conducta normal, no es común que se ofrezca algún tipo de tratamiento, confiando en que al paso del tiempo, el individuo mejorará por sí solo. En la melancolía el paciente percibe su YO como indigno de toda estimación, moralmente condenable e incapaz de algún rendimiento. Espera y justifica el rechazo de los demás, esta "manía de empequeñecimiento" se asocia con insomnio e inapetencia. El insomnio refleja; probablemente la imposibilidad del YO, para liberar la libido, proceso necesario para que se establezca un estado de reposo. La melancolía atrae hacia sí, grandes cargas de energía y se produce un importante empobrecimiento del YO que ofrece resistencia a los deseos de conciliar el sueño. En la elección de un objeto, la identificación es la fase preliminar y es la primera forma que utiliza el YO para distinguirlo, correlativamente a la fase oral del desarrollo de, la libido, desearía incorporarlo, ya sea ingiriéndolo o

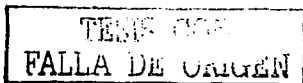
TEORÍA DE  
FALLA DE ORIGEN

devorándolo y como la identificación del objeto se encuentra modificada en la melancolía, surgen alteraciones en el apetito el paciente, puede mostrar inapetencia o por el contrario ingerir una mayor cantidad de alimentos cuando se encuentra melancólico. Podría agregarse entonces, como característica de la melancolía, la regresión de la carga del objeto a la fase oral del desarrollo de la libido, que corresponde al narcisismo. En el cuadro clínico de la melancolía predomina el descontento con el propio Yo, sobre cualquier otra crítica. La debilidad, la fealdad, la deformidad o la inferioridad social no son causas frecuentes de la autovaloración del paciente, sólo la pobreza llega a ocupar un lugar importante. Este temor al empobrecimiento o a la ruina parece derivado del erotismo anal. En la melancolía; al igual que en el duelo, el individuo ha sufrido la pérdida de un objeto con efecto en su propio YO. Así una parte del YO se enfrenta a la otra y la valora críticamente, como si fuera un objeto. A esta parte crítica del Yo se le conoce como Conciencia Moral y pertenece junto con la censura de la consciencia y el examen de la realidad a las grandes instituciones del YO. El sufrimiento que presenta el melancólico y que al parecer disfruta, significa la satisfacción de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retraídas al yo. Así el paciente consigue por un medio indirecto la venganza hacia los objetos primitivos y atormentar a los que ama por medio de la enfermedad, amparándose en ella para no mostrar su hostilidad de manera directa. La carga erótica del melancólico, tiene un doble destino. Una parte retrocede hasta la identificación y la otra hasta una fase sádica, presentando una ambivalencia. Esta fase sádica explicaría la tendencia al suicidio, la angustia generada por una amenaza de muerte libera una gran carga de libido narcisista. Ningún neurótico presenta impulsos suicidas que no hayan sido inicialmente impulsos homicidas orientados hacia otras personas y vueltos posteriormente contra el YO.

#### **1.4.4 TEORÍA PSICOSOCIAL.**

Existen estudios en primates que han permitido desarrollar un modelo de depresión basado en el aislamiento, al parecer la pérdida de los lazos sociales, en períodos críticos del desarrollo, aumenta el riesgo de presentar episodios de depresión mayor. Se ha intentado valorar el efecto de los sucesos estresantes sobre la salud mental de niños y adultos, no se ha podido llegar a alguna conclusión pues un determinado suceso puede ser estresante para una persona mientras que para otra no. (Heinze, 2000)

Brown y Harris en 1978 (Citado por Vallejo, 1996), realizaron un trabajo en Londres, que permitió desarrollar una teoría Psicosocial de la depresión. En este modelo se dio una gran importancia a ciertos factores que consideraron precipitantes, como son una pobre relación interpersonal de pareja, presencia en el hogar de tres hijos o más menores de 14 años, las pérdidas parenterales antes de que los hijos cumplan once años. Si bien estos factores han sido cuestionados, a pesar de ello con frecuencia se ha demostrado su presencia en el año previo al inicio de un cuadro depresivo (Paykel, 1982; citado por Vallejo y Cols, 1996).



Brage y Meredith (1993; citado por Vargas y Cois. 1998) señalan que del 10 al 20% de las personas adultas; en algún momento de su vida, presentan síntomas depresivos y que estos síntomas frecuentemente están relacionados con trastornos de tipo afectivo que condicionan una alteración en la capacidad del individuo que se manifiesta no solo con tristeza, sino que repercute además en la incapacidad para dar y recibir afecto de las personas que los rodean. Así que estos autores interpretaban a la depresión como una alteración en la capacidad para captar, sentir y manifestar sus afectos.

Coleman (1990) refiere que en los casos más graves de depresión puede haber una transformación total de la realidad en relación a las percepciones visuales y auditivas del individuo que van desde el deterioro corporal a sentimientos vinculados con ideas de pecado, culpa y enfermedad que obviamente alterarían las relaciones del paciente en su entorno social.

Posterior al análisis de las diferentes teorías de la depresión, considero que todas ellas comparten una característica básica que es la interacción del individuo en su medio ambiente social. Esto me parece muy importante porque si bien, algunas de las teorías son muy antiguas ya se empezaba a perfilar el concepto del individuo como una unidad Biológica, psicológica y social, en la que cualquier alteración en alguna de sus áreas, influiría necesariamente en las otras dos. De tal manera que considero que la aparición de nuevas teorías no invalida las anteriores sino que por el contrario las enriquece y favorece una mejor comprensión de esta enfermedad. En el siguiente punto revisaremos la clasificación de la depresión, el hecho de agrupar y distinguir ciertos síntomas comunes que pueden corresponder a entidades clínicas bien definidas, facilita el diagnóstico y la investigación de las enfermedades.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.5 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN.

**"No somos nosotros quienes definimos nuestras relaciones, estas son las que nos definen"**

**Anónimo.**

Si no existiera una clasificación de las enfermedades sería muy difícil distinguirlas entre sí e incluso el distinguir la salud de la enfermedad.

En la década de los 50's se inició la subdivisión de los estados depresivos de acuerdo a la respuesta del paciente a la ingestión de agentes farmacológicos del tipo de la imipramina e isocarboxida fármacos antidepressivos descubiertos en esta época. Actualmente se utiliza una clasificación Norteamericana, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades (DSM IV) que describe una visión íntegra del paciente. De acuerdo a este manual, la depresión se encuentra dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo o del afecto, como se conocían anteriormente (Tabla I).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) es una clasificación operacional de las enfermedades y clasifica a la enfermedad mental basándose en síndromes que incluyen la gravedad y el curso del padecimiento. (Resumen en Tabla II) En el área clínica y en el campo de la investigación, la CIE-10 y el DSM IV son las clasificaciones que más se utilizan. (Caraveo, 1999)

TABLA I

Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica
Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
Otros trastornos mentales
Trastorno depresivo mayor, episodio único
Trastorno depresivo mayor recidivante
Trastorno bipolar I, episodio más reciente especificado
Trastorno bipolar II
Trastorno distímico
Duelo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Trastorno depresivo no especificado
Tristeza
Disminución de la energía
Insomnio

DSM IV.

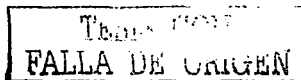


TABLA II

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. (F00-F09)  
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) (F30-F39)

F30.X EPISODIO MANIACO
F31.X TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
F32 EPISODIO DEPRESIVO
F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

CIE-10/ COMPENDIO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1.6 CUADRO CLINICO.

**"El mar se mide por olas,  
el cielo por alas,  
nosotros por lagrimas".**

**Jaime Sabines.**

Es posible clasificar los síntomas de la depresión dentro de tres grupos que constituyen la parte psíquica de cualquier persona, agregando un cuarto grupo que corresponde a los síntomas que somatiza el paciente. Los síntomas más frecuentes se mencionan en el Cuadro I.

Los pacientes deprimidos pierden el interés a los objetos o actividades que en el pasado les proporcionaban satisfacción. La Tristeza vital, que el paciente presenta en la depresión es porque se percibe a sí mismo, con una gran impotencia, que le produce una vivencia de intenso derrumbamiento existencial que no se considera capaz de superar. Presentan anhedonia, que es la incapacidad de buscar y obtener placer. Lloran sin motivo aparente, desarrollan una gran dependencia con las personas con las que más se relacionan debido a su inseguridad. Prácticamente la sintomatología que corresponde al área afectiva esta dada por una disminución muy importante de la autoestima del paciente. En el área intelectual, la depresión disminuye la capacidad de evocación, comprensión, concentración y atención. Las alteraciones en esta esfera pueden manifestarse con pensamientos obsesivos, ideas de culpa o fracaso. En la esfera conductual se encuentran disminuidas las actividades y la productividad del paciente reflejándose en una falta de interés por el estudio o el trabajo. Pueden presentar conductas antisociales que los podrían conducir hasta la marginación, ingerir bebidas alcohólicas o utilizar diferentes drogas. En la esfera somática el médico debe ser muy cuidadoso para diagnosticar una "depresión enmascarada". Los datos más frecuentemente referidos por el paciente son alteraciones en sus patrones de alimentación y sueño, los cuales pueden estar disminuidos o aumentados. También refieren con frecuencia dolor de cabeza (cefalea tensional), colon irritable, palpitaciones, sofocación, dolor precordial, disminución del deseo sexual o alteraciones en la eyaculación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**CUADRO I**  
**SINTOMAS DE DEPRESIÓN**

<b>ESFERA</b>	<b>SÍNTOMAS</b>
<b>AFECTIVA</b>	Indiferencia afectiva, tristeza, seguridad, pesimismo, miedo, ansiedad, irritabilidad.
<b>COGNOSCITIVA</b>	Disminución de la senso-percepción, de la memoria, de la comprensión, de la atención, ideas de culpa o fracaso, pensamiento obsesivo y baja en la concentración
<b>CONDUCTUAL</b>	Disminución de la actividad en cualquier ámbito de la productividad, impulsos suicidas, tendencia a la ingesta de alcohol o drogas
<b>SOMÁTICA</b>	Trastornos del sueño, del apetito, disminución de la libido, cefalea tensional, trastornos digestivos, cardiovasculares y otros

Dr. Guillermo Calderón N. 1997.

**TESIS COM  
FALLA DE ORIGEN**

## 1.7 DIAGNÓSTICO.

**“No cesaremos de explorar  
y el final de todo nuestro explorar  
será llegar al punto de partida  
y conocerlo por primera vez”**

**T. S. Elliot.**

Para realizar un diagnóstico de certeza es esencial un estudio clínico completo, basarse en los criterios diagnósticos del DSM IV :

### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:**

- ❖ Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- ❖ El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofréniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- ❖ Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- ❖ 0 Leve
- ❖ 1 Moderado
- ❖ 2 Grave sin problemas psicóticos.
- ❖ 3 Grave con síntomas psicóticos
- ❖ 4 En remisión parcial/ remisión total.
- ❖ 5 No especificado.

Especificar:

- ❖ Crónico.
- ❖ Con síntomas catatónicos.
- ❖ Con síntomas melancólicos.
- ❖ Con síntomas atípicos.
- ❖ De inicio en el postparto.

Además de utilizar lo anterior, las escalas de evaluación son de gran utilidad como auxiliares diagnósticos, recordando que la apreciación clínica cuidadosa durante la entrevista y durante la aplicación del instrumento es muy importante.

Las escalas de evaluación más conocidas son las siguientes:

El inventario multifásico de la personalidad de Minesota. MMPI.

La escala de Hamilton.

La escala de autoevaluación de Zung.

Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo del Dr. Calderón.

Para aumentar la objetividad de un diagnóstico es necesario no depender únicamente de los resultados de un instrumento, sino evaluar todos los síntomas del paciente y sacar provecho de una entrevista clínica bien estructurada en la que se realice una apreciación clínica cuidadosa del paciente.

## 1.8 TRATAMIENTO.

**“ Se es muy buen terapeuta para aquellos pacientes con los que se puede sentir lo que ellos sienten”.**

**Erich Fromm.**

Debido a que la etiología de la depresión es multifactorial , es difícil determinar el tratamiento adecuado para cada paciente. Sin embargo; actualmente, se han logrado grandes avances en el desarrollo de nuevos fármacos. (Heinze, 2000).

Se han realizado estudios, (Thase ME y Cols. 1997) que concluyen que es mucho más efectiva la terapia para la depresión cuando se combina la farmacoterapia con psicoterapia que cuando se utilizan separadamente. Los inhibidores de la recaptura de serotonina, son los antidepresivos más recientes y poseen una actividad casi exclusiva sobre la serotonina, han mostrado la capacidad de inhibir potente y selectivamente la recaptura de serotonina. Son activadores, por lo que se recomienda su empleo durante el día. Se ha demostrado que causan muy pocos efectos secundarios, pueden provocar agitación, ansiedad e inquietud. La eficacia de los antidepresivos tricíclicos tradicionales y de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina es similar en la depresión mayor pues ambos producen mejoría en el 70 % de los casos tratados. (Ruiz Flores y Cols. 1997) Sin embargo, los inhibidores de la recaptura de serotonina son superiores en cuanto a seguridad y tolerancia.

Debido a la excelente respuesta con los nuevos fármacos, la terapia electroconvulsiva se destinó principalmente a los pacientes deprimidos resistentes al tratamiento farmacológico. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en el que compararon la respuesta a la terapia electroconvulsivante (TEC) en un grupo de pacientes con depresión resistente que fueron tratados con un ensayo antidepresivo adecuado y otro grupo con un tratamiento insuficiente. Manejados en este Instituto entre 1990 y 1995. Reportaron que el 55% del total de su muestra (n=10) mejoró con la TEC, sin que encontraran diferencias significativas entre los pacientes respondedores y los no respondedores a los antidepresivos. (Jimenez y Cols. 1998) En otro estudio realizado en el mismo Instituto en pacientes tratados con TEC de Febrero de 1995 a Octubre de 1998, con el fin de determinar la eficacia y los efectos secundarios de este tipo de tratamiento. Los resultados mostraron que la TEC es eficaz especialmente en pacientes con trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, se observó una disminución en la calificación de los inventarios para depresión posteriores al tratamiento. Los principales efectos secundarios fueron alteraciones cognitivas del tipo de la

amnesia retrógrada y anterógrada y desorientación en el tiempo y en el espacio, cefalea y alteraciones en el ritmo cardíaco. (Almeida y Cols. 1999)

Finalmente es importante recordar que el médico familiar debe enviar, en forma oportuna, con el especialista al paciente deprimido que no consiga tratar de manera adecuada y eficaz. (López. Guerra, 1999)

### **1.8.1 TERAPIA PSICOANALITICA.**

Su objetivo es producir un cambio en la estructura de la personalidad y no solamente aliviar los síntomas. Mejora la confianza, la intimidad y la creatividad, los mecanismos defensivos, así como la calidad de vida del paciente. Las técnicas utilizadas incluyen la activación de la transferencia, la identificación y el énfasis en un foco dinámico específico, la colaboración activa entre el paciente y el terapeuta y el desaliento de la regresión. El tratamiento puede ocasionar que el paciente experimente mucha ansiedad y malestar durante el desarrollo de la terapia. Los pacientes deben cumplir con ciertos requisitos para que sean candidatos a recibir este tipo de terapia, deben ser capaces de introspección, de establecer una relación entre pensamientos, sentimientos y conducta, deben estar muy motivados para cambiar y sobretodo deben ser capaces de tolerar la ansiedad y la frustración. Por su parte el terapeuta debe expresar su interés por los problemas de su paciente y mostrar respeto y afecto. Fomentando una valiosa alianza terapéutica. Las terapias psicoanalíticas breves se diferencian del psicoanálisis clásico en el énfasis de las primeras por identificar un foco dinámico específico. Seleccionan un problema en particular, frecuentemente un conflicto interpersonal y el paciente y el terapeuta enfrentan este problema durante la terapia.

### **1.8.2 TERAPIA INTERPERSONAL.**

Desarrollada por Klerman y Sullivan (1979) y enriquecida con las aportaciones de Meyer y Sullivan. Ellos consideraban las interacciones entre las personas como el núcleo de estudio y tratamiento psiquiátrico. Los objetivos de esta terapia son reducir los síntomas depresivos y mejorar la autoestima ayudando al paciente a desarrollar estrategias más efectivas para afrontar las relaciones sociales. La terapia interpersonal es una psicoterapia breve, normalmente son un número de sesiones semanales que van de 12 a 16. Se utiliza un enfoque educacional, el terapeuta le informa al paciente sobre el cuadro clínico y la evolución de la depresión y trata de que el paciente desarrolle sentimientos de esperanza y optimismo. También define un área de problema y subraya objetivos realistas y estrategias de tratamiento. Se utiliza, con frecuencia la representación de roles para explorar y comprender la relación del paciente con los demás y se le enseñan nuevas formas de interacción.

### **1.8.3 TERAPIAS CONDUCTUALES.**

El enfoque conductual de la depresión fue desarrollado por Fester en 1965, él propuso que la depresión es causada por una pérdida de reforzamiento positivo. Esta pérdida puede deberse a una separación, muerte o cambios ambientales súbitos. Estos sucesos determinan una reducción de todo el repertorio conductual así como conductas depresivas y sentimientos disfóricos. Fester propuso también que un déficit en las facultades sociales, caracterizado por dificultad para obtener reforzamiento social, podría hacer más difícil afrontar la pérdida del suministro habitual de reforzamiento. Existen otras terapias de tipo conductual como la de Lewinsohn, la de Rehm y la de Bellack, que aún cuando varían en las técnicas y enfoques específicos comparten estrategias:

- ❖ El programa de tratamiento es altamente estructurado y por lo general breve.
- ❖ El principio de reforzamiento está considerado como el elemento clave de la depresión.
- ❖ El cambio conductual se considera la forma más efectiva de aliviar la depresión.
- ❖ El enfoque se basa en la articulación y el logro de objetivos específicos.

La técnica conductual consiste en elaborar un registro del estado de ánimo y de las actividades positivas y negativas del paciente. Aumentan el nivel general de actividad, especialmente en los sucesos gratificantes. Disminuyen o manejan los sucesos desagradables, enseñando al paciente a manejar sus reacciones frente a sucesos negativos aprendiendo a sustituirlos por pensamientos más positivos y lo preparan para enfrentarse a sucesos desagradables y al fracaso. Desarrollan nuevas pautas de reforzamiento, los pacientes aprenden a recompensarse a sí mismos con actividades o premios materiales. Fomentan las actividades sociales, se entrena a los pacientes para que adquieran seguridad mediante la representación de roles o asignándoles tareas graduales para promover la recompensa. Se alienta a practicar la relajación dos veces al día. Se entrena al paciente a controlar su pensamiento y a discriminar entre ideas positivas y negativas, necesarias e innecesarias, constructivas y destructivas, las técnicas para conseguir esto incluyen la detención del pensamiento, la crítica de los pensamientos irracionales y la corrección de errores relativos al éxito y al fracaso.

### **1.8.4 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

Aaron Beck, fue el creador de esta terapia, su teoría afirma que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y que los cambios afectivos y físicos son consecuencia de estas disfunciones. El objetivo de esta terapia es aliviar la depresión y prevenir la recurrencia ayudando al paciente a identificar y contrastar las cogniciones negativas, a desarrollar esquemas alternativos y más flexibles y a repetir nuevas respuestas cognitivas y conductuales. Al cambiar la forma de pensar del individuo se alivia el síndrome depresivo. Es una terapia breve, que se orienta

hacia los problemas actuales y su solución. Es generalmente individual pero también puede utilizarse en grupo. Se espera de los terapeutas que sean capaces de transmitir afecto, de comprender a sus pacientes y que sean absolutamente sinceros con ellos mismos.

En esta terapia se le explica al paciente la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos y se le informa ampliamente sobre la relación entre la depresión, el pensamiento, los afectos y la conducta, así como de los fundamentos de todos los aspectos del tratamiento. El objetivo general de esta técnica es ayudar al paciente a comprender la precisión de sus suposiciones cognitivas y que aprendan nuevas estrategias y formas de afrontar los problemas.

Los objetivos específicos de esta terapia son que el paciente logre producir pensamientos automáticos, que compruebe sus ideas en forma automática, que identifique las suposiciones subyacentes desadaptadas y que sea capaz de contrastar la validez de estas suposiciones.

Las técnicas conductuales más usadas son la programación de actividades, el dominio, el placer, la asignación de tareas graduales, la repetición cognitiva, el entrenamiento en la confianza en sí mismo, la representación de rol y las técnicas de diversión.

### **1.8.5 TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA**

El objetivo de esta terapia es facilitar un mejor funcionamiento psicológico y aumentar la satisfacción de la unidad matrimonial y familiar y de sus miembros individuales. De hecho esta terapia no está considerada como una terapia primaria para el tratamiento de la depresión, sin embargo; está indicada en los siguientes casos: Si la depresión de un individuo, afecta al sistema matrimonial o familiar y cuando la depresión de un individuo parece estar promovida o mantenida por las pautas de interacción matrimonial o familiar.

La terapia familiar examina el papel de toda la familia en el mantenimiento de la depresión así como la participación de cada miembro en el bienestar psicológico de toda la familia. Si bien no se han desarrollado técnicas específicas para tratar la depresión, se utilizan las técnicas generales de la terapia familiar que consisten en ir desde la interpretación hacia la intervención directa en las pautas de interacción familiar.

Los enfoques terapéuticos descritos se recomiendan principalmente en los casos de depresiones de leves a moderadas, que satisfacen los criterios para clasificarlas como trastorno depresivo mayor único o recidivante de acuerdo con el DSM IV y en pacientes que poseen una inteligencia normal o superior. Por lo tanto los pacientes con tendencias suicidas, con alucinaciones o delirios no son buenos candidatos para que se apliquen en ellos estas formas de psicoterapia.

Considero que es adecuado valorar los casos y en los que sea necesario ofrecer un tratamiento combinado con medicamentos farmacológicos y psicoterapia. Igualmente es conveniente proteger a los pacientes con una red de apoyo multidisciplinario en la que participaran el médico familiar, el psicólogo, el psiquiatra e incluso personal de Trabajo Social con lo que podríamos obtener un panorama biopsicosocial en el que se desenvuelve el paciente con el fin de prevenir las recidivas o la cronicidad de la depresión.

En el siguiente capítulo revisaremos los diferentes cursos evolutivos que puede seguir la depresión.



## **1.9 PRONOSTICO.**

**“ Cercano es y difícil de comprender a Dios  
Pero donde hay peligro, crece lo que salva también”**

**Holderlin**

Cuando el diagnóstico es oportuno y se otorga un tratamiento adecuado, el pronóstico del padecimiento es favorable. Muchos pacientes presentan un solo cuadro en su vida, la posibilidad de recurrencia se incrementa cuando aparecen nuevas crisis. El pronóstico se ensombrece cuando hay ideaciones suicidas o en los casos en que se presentan síntomas psicóticos. Sin embargo; el pronóstico debe individualizarse, tomando en cuenta que cada individuo es único e irrepetible, cada persona tiene su propio estilo de vida, su historia familiar, sus valores, creencias, pautas de comportamiento y por lo tanto su propia forma de responder a determinado tratamiento.

## CAPITULO II

### EL MEDICO FAMILIAR

**"Los Dioses se han convertido  
en nuestras enfermedades"**

**Carl Jung.**

#### 2.1 MEDICINA.

La medicina se ha considerado como una ciencia pero también como el arte de prevenir y curar las enfermedades. (San Martín, 1984) En realidad la medicina ha existido desde siempre, aún cuando no existen libros o documentos que informen sobre los médicos de los hombres primitivos, sus restos nos revelan que muchos de estos hombres sufrieron lesiones terribles, se han descubierto cráneos a los que se había quitado fragmentos de hueso. La vida de los hombres primitivos era una lucha constante con las fieras e incluso con sus semejantes. En la época tribal, era el brujo el que ejercía la función del médico familiar, la medicina era una práctica en gran parte supersticiosa, en la que predominaba el pensamiento mágico religioso. Atribuían al mago o al curandero la posibilidad de comunicarse con los Dioses o con espíritus, considerándolo como un sacerdote que incluso era capaz de causar bien o mal a distancia ya sea por medio de su influencia al enviarle mensajes secretos o conjurándolo mediante ritos y ceremonias. A través de la Historia, la actividad de los magos y los curanderos se ha considerado como la profesión más antigua. Se desarrollaban bajo el principio de la afinidad, creyendo en que " lo semejante cura lo semejante", una de las ventajas de este tipo de creencia, es que los remedios no siempre era necesario administrárselos o aplicárselos al enfermo directamente; por ejemplo en el caso de una tumoración, el hechicero colgaba una papa del tamaño de la lesión, la colocaba en un sitio caliente esperando que se secara y disminuyera de tamaño, con esto, según esta ley de la semejanza, la tumoración se reduciría de tamaño hasta desaparecer.

Existían otras practicas médicas como la de trasmisión, algunas trataban de establecer una relación entre la lesión y el objeto que la produjo. Así, lo que afecte a la lesión afectara igualmente al objeto o al contrario lo que afecte al objeto, afectara también a la lesión. Con esta creencia los remedios se aplicaban al objeto y no a la lesión. Por ejemplo la flecha extraída de una herida debía conservarse en un lugar húmedo y frío para evitar que la herida se agravara.

Creían que esta magia podía ser contrarrestada si el enemigo estuviera introduciendo una flecha semejante en el lodo. Así la herida corría el riesgo de infectarse.

Posteriormente la medicina fue evolucionando con una gran parte de magia y prácticas adivinatorias que sin embargo contenían observaciones que serían las bases de la patología y terapéutica de nuestros tiempos.

Los Asirios consideraban que el hígado era el centro vital y los Egipcios creían que este centro se encontraba en el corazón.

Los Egipcios utilizaron extractos y pociones vegetales como el opio, la manzanilla, la mandrágora y la menta entre otros; como elementos curativos y productos de origen vegetal como la sangre de hipopótamo, el sebo de ganso o el útero de las galas. También desarrollaron importantes técnicas de embalsamamiento.

Con los Griegos, la medicina se convierte en una cultura universal y fue considerada en ese tiempo como un medio imprescindible para el desarrollo de cualquier otro aspecto del conocimiento. Las enfermedades dejaron de ser hechos aislados de causas imprecisas para convertirse en manifestaciones de la naturaleza y del ambiente sobre el individuo, que se consideraba una víctima. Se desarrolla, así la obra de Hipócrates: "Sobre los aires, las aguas y los lugares". En este tiempo se hace una división entre la medicina sacerdotal y la medicina laica.

Los Romanos fueron los que más se preocuparon por la higiene pública y la legislación sanitaria, reglamentaron los lugares de enterramiento y establecieron como un hábito la cremación funeraria. Galeno si bien de origen griego, realizó grandes obras en Roma, él distingue claramente muchas enfermedades y en sus escritos expone los conocimientos médicos de su época, así como sus observaciones y teorías. La base filosófica de las teorías de Galeno, es la demostración de que todo lo que la naturaleza hace tiene un objeto, que la naturaleza siempre es sabia y mantiene una exacta correlación entre la causa y el objeto y que esta relación sabia y perfecta prueba la existencia y la omnipotencia de Dios. Galeno hereda esta teoría a la edad media. En la esta época la fe sustituye a la especulación filosófica y el culto a Esculapio se abandona para adorar a Cristo, que se convierte en el médico de cuerpos y almas, alivia milagrosamente a los vivos y promete una vida eterna para las almas, la medicina práctica, deja de ser un oficio y se convierte en una virtud.

En la época de las cruzadas era necesario el tratamiento quirúrgico de urgencia, por lo que esta disciplina consiguió un gran desarrollo. Empieza también un importante desarrollo de hospitales y asilos para los enfermos, años después estos hospitales pasarían de los eclesiásticos a las autoridades municipales y se empieza a reconocer que las actividades hospitalarias es una función social del Estado. Las escuelas de medicina progresan rápidamente. La aparición de enfermedades de carácter epidémico condiciona un importante crecimiento de los conocimientos médicos, los cuales se extendieron rápidamente gracias al descubrimiento de la imprenta. Al paso del tiempo se van creando nuevas hipótesis y teorías, se descubre la circulación sanguínea, se rectifican los datos de la anatomía humana,

se proponen e implementan nuevos métodos terapéuticos, la medicina se ve influida por los movimientos industriales y sociales, aparecen nuevas tecnologías, así en la época actual la medicina dejó de ser una práctica médica para convertirse en una importante labor social con un extraordinario perfeccionamiento en el diagnóstico y la terapéutica que cumple con la Ley natural de alargar la vida y aliviar el dolor, el médico no trabaja solo sino con un equipo multidisciplinario de salud en el que existen diferentes especialistas con el fin de brindarle una mejor al paciente y a su familia. ( Solominos, 1980)

## 2.2 EL MEDICO FAMILIAR.

**"Primum non nocere"**

**( Primero no dañar )**

**Hipócrates.**

El primer médico que registran las crónicas fue egipcio, se llamaba Imhotep, al morir se le considero como un Dios por su gran sabiduría y fue adorado como el protector de las curaciones. Muchos años después, Moisés, un expatriado israelita se considero como un gran médico no porque realizará curaciones, ni elaborara medicamentos sino porque poseía un gran conocimiento de las leyes de la salud y elaboro un código de reglas de higiene que permitió a los israelitas disfrutar de los beneficios de estar sanos. Posteriormente Hipócrates, quien descendía de una familia de médicos y se consideraba como un sacerdote médico, fue nombrado el padre de la medicina, él predico a sus discípulos la necesidad de estudiar los síntomas de las enfermedades antes de intentar su curación expresaba que no pueden curarse los ojos sin atender a la cabeza, ni curar la cabeza sin atender el cuerpo, así como tampoco puede curarse el cuerpo sin atender el alma. Sus escritos constituyen un gran legado para la humanidad. Galeno fue el primero en juzgar el estado de salud por el pulso del paciente, aunque no comprendió que el pulso dependía de la actividad cardíaca. Después de la época de estos grandes hombres se realizaron una gran cantidad de descubrimientos que junto con el desarrollo de nuevas tecnologías facilitaron la tarea del médico.

De acuerdo con el Programa del curso de especialización en Medicina Familiar, el médico familiar es el profesional de la medicina que debe otorgar atención médica primaria en forma integral y continua con la participación del paciente y de su familia; administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica en el nivel primario, diseñar programas educativos para la familia y para el equipo de salud e investigar con metodología científica, problemas de su práctica profesional. (IMSS, 1988)

El esquema general de funciones del médico familiar, propuesto por el IMSS incluye actividades en el área técnico médica como son:

### **FUNCIONES DE ASISTENCIA MÉDICA:**

- ❖ Brinda atención médica integral y continua, tanto al individuo como a su familia, contribuyendo con ello a la salud comunitaria.
- ❖ Es capaz de ofrecer una atención médica eficiente tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Reconoce los límites de su competencia y responsabilidad, es capaz de consultar a otros especialistas y deriva a otros niveles de atención médica a los pacientes cuando así lo ameritan.
- ❖ Realiza acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en la historia natural de la enfermedad.
- ❖ Usa los recursos de la familia, la institución y la comunidad para la adecuada solución de problemas de salud individuales y familiares.
- ❖ Integra y aplica sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica del paciente y su familia.
- ❖ Reconoce los aspectos inherentes a la relación médico paciente, médico familiar y es capaz de emplearlas en la solución de problemas.
- ❖ Se responsabiliza del manejo de cierto tipo de padecimientos ya sean estos agudos o crónicos, infecciosos o degenerativos y crónicos o psicosociales.
- ❖ Tiene conocimientos suficientes que le permiten realizar estudios de estructura y dinámica familiar y en base a ello establece planes de manejo, para la solución de situaciones disfuncionales en la familia.

#### **FUNCIONES DE ASISTENCIA QUIRÚRGICA:**

- ❖ Realiza el diagnóstico de algunas entidades nosológicas que ameritan tratamiento quirúrgico y es capaz de establecer las medidas esenciales de manejo preoperatorio.
- ❖ Efectúa actos quirúrgicos de cirugía menor que por lo general no requieren de atención en el quirófano, ni de anestesia general.
- ❖ Reconoce cuando la evaluación preoperatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria y deriva al paciente para reintervención o asistencia quirúrgica cuando es necesario.

#### **FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA:**

- ❖ Realiza periódicamente el estudio de salud a su población derechohabiente y en base a ello identifica grupos específicos de riesgo.
- ❖ Efectúa acciones de promoción de la salud y protección específica en su población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud.
- ❖ Sus acciones la orienta a la conservación de la salud de su población más que a la restauración de daños.

- ❖ Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas específicos de salud pública y medicina preventiva tales como: Planificación familiar, orientación nutricional, educación higiénica, detección de padecimientos crónico degenerativos y todos aquellos programas de salud pública que son prioritarios dentro de la Institución.

#### **EN EL AREA TÉCNICO ADMINISTRATIVA:**

- ❖ Funciones de Planeación y Organización, planifica sus acciones para la atención médica de pacientes que requieren un cuidado breve o prolongado.
- ❖ Establece un plan de visitas a domicilio para fines de estudio individual y familiar.
- ❖ Indica a la población derechohabiente sus derechos y obligaciones y les señala el uso de recursos institucionales y extrainstitucionales para elevar su nivel de salud.
- ❖ Organiza los recursos disponibles en el primer nivel para ofrecer a su población derechohabiente una atención eficiente, oportuna y con sentido humano.

#### **FUNCIONES DE DIRECCION:**

- ❖ Establece niveles de responsabilidad en su personal para desarrollar eficientemente las actividades de atención médica.
- ❖ Señala a cada uno de los miembros de su equipo de salud funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia.
- ❖ Utiliza los recursos de la familia para la solución de sus problemas.

#### **FUNCIONES DE EVALUACIÓN Y CONTROL:**

- ❖ Identifica grado en el que se logran las metas personales e institucionales, empleando para ello instrumentos de evaluación apropiados.
- ❖ Define junto con su equipo de salud los factores que influyen como facilitadores u obstaculizadores en el desarrollo de acciones sanitarias.
- ❖ Aplica medidas correctivas que estimulen la consecución de objetivos de salud en la población derechohabiente a su cargo.

73  
FALLA DE ORIGEN

### **FUNCIONES DE ENSEÑANZA:**

- ❖ Desarrolla actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación.
- ❖ Participa en actividades de educación continua oficialmente reconocidas por la institución, tales como cursos monográficos, adiestramiento en servicio, visita de profesores extranjeros, etc.
- ❖ Desarrolla su autoenseñanza con el propósito de elevar la calidad y cantidad de sus conocimientos que le permitan tener estándares de atención médica satisfactorios.

### **FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN:**

- ❖ Participa en programas de investigación promovidos por la institución.
- ❖ Diseña y realiza investigaciones de problemas de salud de su población y aplica los resultados a la solución de los mismos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## 2.3 LA MEDICINA FAMILIAR.

En los Estados Unidos se organizó la Academia de Medicina General en 1947. En 1950, se iniciaron las residencias de Medicina General y es hasta Febrero de 1969 que el American Medical Association Council on Medical Education aprobó la nueva especialidad de Medicina Familiar y surge debido a las necesidades tanto de los médicos como de los pacientes que se encontraban ante programas sanitarios inadecuados, atención médica fragmentada que la más de las veces se otorgaba de manera fría e impersonal. Así que el médico familiar es el que asume la responsabilidad de preservar la salud de toda la familia, ha adquirido conocimientos básicos en todas las áreas de la medicina y los actualiza mediante su empleo constante y su educación continua. Detecta los padecimientos que están dentro de su competencia y cuando no es así canaliza a los pacientes hacia otros niveles de atención, pero siempre pendiente de que se procure la continuidad de su atención. Su labor la desarrolla en el medio particular o en instituciones gubernamentales, lo mismo que en escuelas y universidades en donde le es posible desarrollar investigaciones.

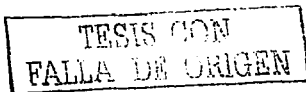
En México, la medicina familiar está íntimamente unida al desarrollo del Instituto Mexicano del Seguro Social; El modelo de atención familiar se instituyó en dos clínicas del Instituto en la Ciudad de México en 1955, lo más notable de este modelo es que se dio una adscripción con el mismo médico a todo el grupo familiar independientemente de la edad y el sexo de los integrantes, muy pronto este sistema de atención se extendió a todo el país. Sin embargo, en 1959 se interrumpe el modelo por casi 20 años al realizar una división entre el médico familiar de adultos y el médico familiar infantil.

El 13 de Marzo de 1971 se inaugura en el IMSS un curso de especialización en medicina familiar, con dos años de duración, este curso se inicia con 32 médicos.

En 1972, el número de cursos se eleva a 11, en 1973 a 15 y en 1974 a 17. Actualmente los cursos están distribuidos en todo el país. Los candidatos a estos cursos deben cumplir, entre otros requisitos, con un examen de conocimientos médicos que a nivel nacional realiza el comité de evaluación a aspirantes a residencias médicas en las instituciones de salud del sector público. Al finalizar el curso, el médico familiar puede prestar sus servicios en las Unidades de Medicina Familiar del propio Instituto o en otras Clínicas y Hospitales.

En 1974, el H. Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México inició el proyecto de aprobación del Programa de Especialización en Medicina Familiar y lo aprobó definitivamente el 18 de Febrero de 1975.

El 8 y 12 de Octubre de 1974, la Comisión de Educación del H. Consejo General Universitario de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad Autónoma de



Nuevo León, respectivamente también otorgaron su aprobación al Programa. En vista de los resultados tan satisfactorios obtenidos con la especialidad de medicina familiar en el IMSS, la Universidad Nacional Autónoma de México en 1979, propone el establecimiento de un curso de especialización en medicina general y familiar en coordinación con otras instituciones de Salud, como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El Programa inicia el 1º. De Marzo de 1980, con una sede por cada institución en el Distrito Federal, este curso dura tres años y es requisito indispensable; entre otros, el aprobar el examen del Comité de Evaluación para aspirantes a residencias médicas en las instrucciones de salud del Sector Público. (Amarid, Jaime y Cois. 1985.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

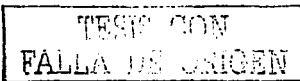
#### 3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión tiene tres características básicas: La tristeza vital, que es una anhedonia que puede entenderse como un vacío afectivo, una incapacidad para sentir emociones que puede conducir a estados de desesperanza y pesimismo. La segunda característica es el retardo psicomotriz, un enlentecimiento mental y corporal que obliga al sujeto a reducir sus actividades y su contacto con el medio circundante, que se manifiesta como desinterés, apatía y abulia. La tercera característica es la alteración de la vivencia del tiempo, es una desincronización entre su tiempo interno y el tiempo externo. El paciente pierde su capacidad de proyección hacia el futuro, como no puede hacer algo ante esta situación, el paciente deprimido se siente culpable por su incapacidad para seguir avanzando y además de los sentimientos de culpa, se agrega la desesperanza y pierde el sentido de la vida. Todo esto condiciona que aparezca una ideación suicida que; en muchas ocasiones, el paciente llega a consumar.

En los últimos 30 años, el suicidio en México se incremento en 200 por ciento, al pasar de la tasa anual de 1 100 a 3 400 muertes. ( Díaz. 2000) El mismo autor comenta que las muertes por suicidio están relacionadas con una falta de tratamiento de la depresión, que es la principal causa seguida por trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y la dependencia al alcohol y otras drogas.

Aún cuando los pacientes consultan a sus médicos familiares, sobre molestias físicas, se estima que entre la mitad y la tercera parte de estos pacientes buscan ayuda realmente debido a problemas como depresión, ansiedad o estrés. (Lechky, 1995) (Blount, 1993)

Existen diferentes estudios sobre la capacitación y los métodos de aprendizaje, como los de Northon y Cois. 1998, Thompson y Cois. 1999, que incluyen el empleo de la más moderna tecnología para facilitar al médico familiar la identificación y el manejo de pacientes con problemas de tipo psicológico. En México, se realizó un estudio para compara los conocimientos del síndrome depresivo comparativamente entre estudiantes de medicina, internos de pregrado, médicos residentes de medicina familiar y médicos especialistas de medicina familiar ( Flores y Cois. 2000) los resultados de este estudio reportaron que los conocimientos de los estudiantes de los estudiantes de medicina relacionados con el síndrome depresivo son mayores que los conocimientos de los médicos que ya ejercen su profesión. Los autores consideran que la educación médica universitaria incluye programas adecuados para detectar la depresión; sin embargo, no se cuenta con programas de educación médica continua que permita a los médicos mantener un buen nivel



educativo a lo largo de su ejercicio profesional y que además sea congruente con sus cargas de trabajo.

Existen estudios sobre trastornos depresivos en estudiantes de medicina (Calderón. 1997), (Cordero.1989) los resultados reportan que el 78.3 % de la población estudiada dentro de un rango de normalidad; en 13.3 % de los alumnos se encontró reacción de ansiedad y en un 8.3 % se encontró depresión media. Ningún estudiante tuvo puntaje suficiente para considerarse con depresión severa. En cuanto al sexo, se observo que los hombres tenían una mayor tendencia a presentar reacción de ansiedad que las mujeres ( 7.5 % contra 5.8 %) mientras que la depresión media se reporto en un mayor número de mujeres ( 5.8 % contra 2.5 %)

También se ha estudiado el estrés en médicos y enfermeras. (Hay, D. and Oken, 1986) (Psico.com, 2001), concluyendo que se presenta con mucha frecuencia entre estos profesionistas. Sin embargo; no existen muchas investigaciones sobre la incidencia de depresión en estos profesionales de la salud específicamente y debido a que como mencionábamos; este trastorno se ha convertido en uno de los padecimientos más frecuentes entre la población de diferentes países y ha llegado a ser reconocido como un problema de Salud Pública en el ámbito nacional e internacional por sus repercusiones en la salud de las personas, resulta especialmente importante su identificación entre los propios médicos.

El presente estudio tiene como finalidad determinar la incidencia de depresión en los médicos familiares de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Determinar la incidencia de depresión en el sector médico nos permitirá; en un futuro, la promoción de acciones encaminadas a mejorar los estilos de vida, elaborar medidas preventivas, realizar un diagnóstico oportuno y otorgar un tratamiento temprano y adecuado con el fin de controlar el problema, mejorar la relación médico paciente y así consecuentemente, estar en condiciones de ofrecer una atención primaria de mayor calidad y al mismo tiempo favorecer el trabajo interdisciplinario entre profesionistas de la salud y beneficiar tanto al médico como al paciente física y emocionalmente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACION.**

Exploratoria, descriptiva.

### **3.3 HIPOTESIS DE TRABAJO.**

Existe un alto porcentaje de médicos familiares que presentan depresión.

### **3.4 HIPOTESIS NULA.**

No existe un alto porcentaje de médicos familiares que presentan depresión.

### **3.5 SUJETOS.**

El estudio se realizará en 60 médicos familiares, que es el total de médicos de una Unidad de Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en el Estado de México.

### **3.6 MUESTRA.**

Por cuotas; es decir, quienes cumplan con los criterios de selección.

### **3.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN-**

#### **3.7.1 INCLUSION.**

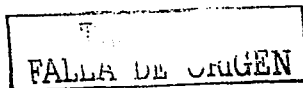
Trabajadores de cualquier edad y sexo.  
Que ocupen el puesto de médicos familiares.  
De cualquier antigüedad.  
De cualquier tipo de contratación.

#### **3.7.2. EXCLUSION.**

Trabajadores que se nieguen a participar en el estudio.  
Trabajadores que no cumplan con el requisito de ser médico familiar en servicio.

#### **3.7.3 ELIMINACION.**

Trabajadores que estando dentro del estudio, no se encuentren al momento de aplicar las escalas.



### **3.8 VARIABLES.**

#### **3.8.1 INDEPENDIENTE.**

Ser médico familiar en función.

#### **3.8.2 DEPENDIENTE.**

El puntaje obtenido en la Escala de Hamilton para depresión.

### **3.9 DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

**Depresión:** es una enfermedad que afecta el cuerpo, el humor y el pensamiento. Con alteraciones en la alimentación y el sueño, en los sentimientos hacia uno mismo y en los pensamientos sobre las cosas.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que una pasajera depresión del humor. No es un signo de debilidad personal o una condición que se quiera o pueda desearse. La gente con una enfermedad de depresión no puede sentirse mejor por sí misma, requiere tratamiento. Los síntomas pueden durar por semanas, meses o años. Las investigaciones recientes han demostrado que la causa de la depresión es una combinación de factores genéticos, psicológicos y medioambientales. (Slotnick, H.B. 2000)

#### **DEFINICION OPERACIONAL.**

**Depresión.-** Los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de depresión de Hamilton. Esta enfermedad se clasificará en: Leve, Moderada o Severa de acuerdo al puntaje obtenido.

#### **DEFINICION CONCEPTUAL.**

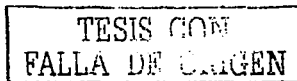
**Médico familiar.-** Del latín: Medicus, persona legalmente autorizada para ejercer la medicina. Es aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica, primaria e integral del individuo y de la familia.

#### **DEFINICION OPERACIONAL.**

**Médico familiar.-** Médico que se encuentre laborando en la UMF, bajo cualquier tipo de contratación.

### **3.10 PREGUNTA DE INVESTIGACION.**

¿ Existe alguna relación entre ser médico familiar y los síntomas depresivos?.



### 3.11 INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES.

El término depresión implica muchos significados y puede manifestarse como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. Para diagnosticarla y medirla se han utilizado escalas que son un instrumento de gran utilidad para el investigador, pues permiten obtener un registro válido y confiable, de lo que se desea medir. Actualmente su aplicación y valuación se ha simplificado con el desarrollo de Programas computacionales. Kempf, en 1915 describe la primera escala de depresión. En 1917 Woodwort publicó el primer cuestionario de autoevaluación. Sin embargo, fue posteriormente que ambas escalas se aplicaron en casos específicos de depresión. Moore, en 1930 identificó síntomas que le permitieron distinguir entre "depresión retardada" y "depresión agitada". En ese mismo año, Jasper publica un cuestionario para depresión. Todos estos instrumentos se consideraron poco prácticos para medir la depresión, debido a que únicamente se basaban en consideraciones teóricas y no contaban con un sustento práctico. Max Hamilton, en 1960 realizó una revisión de las escalas que se utilizaban en ese tiempo para medir síntomas mentales y las dividió en 4 grupos:

1) Escalas elaboradas para estudiar a enfermos mentales.

Tenían la desventaja de que con ellas no era posible distinguir una enfermedad psiquiátrica de una simple variación anímica.

2) Escalas de Autoaplicación.

De difícil aplicación en pacientes psiquiátricos graves.

3) Escalas de Conducta.

Utilizadas para medir la capacidad de adaptación del paciente en Instituciones Hospitalarias. No proveían información sobre síntomas depresivos.

4) Escalas para valorar síntomas de enfermedad mental.

No cuantificaban ideas delirantes, ni especificaba con claridad cuadros depresivos, esquizofrénicos ni paranoides.

Debido a que esta revisión no lo dejó satisfecho, Hamilton decidió diseñar su propio instrumento y creó una escala que consta de 21 reactivos y permiten registrar depresión leve, moderada y severa. Su escala continua utilizándose para medir la intensidad de la depresión, principalmente en investigaciones en las que se estudia la evolución del paciente bajo tratamiento antidepresivo. (Trejo, 1998)

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota, consta de 559 reactivos en forma de afirmaciones positivas o negativas, las cuales corresponden a la evaluación de la personalidad. Contiene, además 60 reactivos que analizan el

estado de ánimo. Aunque es una escala confiable, tiene el inconveniente del tiempo de su aplicación que va de una a dos horas y que para su aplicación e interpretación se requiere de personal altamente capacitado.

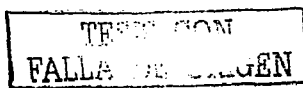
Autoevaluación de Zung es una de las escalas más utilizadas en investigaciones epidemiológicas. Sin embargo, los síntomas como la inseguridad, las ideas obsesivas, la disminución de la concentración y las alteraciones del apetito no son incluidas para su valoración en esta escala.

El Cuestionario Clínico del Síndrome Depresivo del Dr. Calderón, fue publicado por la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992. Consta de 20 reactivos y ha demostrado ser útil para elaborar el diagnóstico y evaluar la evolución del padecimiento.

En el presente estudio se aplicará la escala de depresión de Hamilton, se eligió este instrumento porque es susceptible de reportar la depresión leve, moderada y severa y porque es posible aplicarlo en un periodo de tiempo muy breve, lo cual es muy adecuado, ya que por ser solamente 21 reactivos no se distraería de sus actividades, por mucho tiempo a los sujetos de este estudio.

### **3.12 PROCEDIMIENTOS**

El Cuestionario de Hamilton se aplicaría a los sujetos en sus propias áreas de trabajo, podría ser cualquier día laborable, de Lunes a Viernes. En horario matutino de 8:00 a 14:00 y vespertino de 14:00 a 20:00 horas, los médicos ya estaban enterados del estudio por medio de sus Jefes de Departamento Clínico, sin embargo al momento de pasar a sus consultorios a aplicar el cuestionario nuevamente se les comentaba que se trataba de un estudio que sería absolutamente confidencial y que por lo tanto los resultados no les afectarían.





## RESULTADOS

De la muestra de 60 médicos familiares, se eliminaron 5 debido a que al momento de aplicar el cuestionario de Hamilton, no se encontraban en el Centro de trabajo. De tal manera que sólo se aplicó a 55 médicos, de ellos 31 son hombres y 24 mujeres, con un promedio de edad de 45 años con un rango de 31 a 61 años.

Todos los participantes contestaron el cuestionario en su totalidad y solamente un sujeto obtuvo una calificación de 13 puntos, lo que es igual a Depresión leve. El resto de los participantes obtuvieron un puntaje total inferior a 10 puntos y por lo tanto no se consideran portadores de depresión en alguno de sus grados. El tratamiento estadístico que se aplicó a los datos fue únicamente la obtención de frecuencias.

En cuanto al número de sujetos que coincidieron en responder en forma afirmativa a determinada pregunta y las características de estas preguntas se muestran en las siguientes tablas.

PREGUNTA	SUJETOS
1	20
2	7
3	2
4	13
5	4
6	3
7	3
8	4
9	1
10	18
11	9
12	2
13	8
14	1
15	2
16	3
17	3
18	0
19	2
20	0
21	3

<b>PREGUNTA</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
1	ANIMO DEPRESIVO
2	SENTIMIENTOS DE CULPA
3	SUICIDIO
4	INSOMNIO INICIAL
5	INSOMNIO INTERMEDIO
6	INSOMNIO FINAL
7	TRABAJO E INTERESES
8	RETARDO
9	AGITACIÓN
10	ANSIEDAD PSÍQUICA
11	ANSIEDAD SOMÁTICA
12	PERDIDA DE APETITO
13	ANERGIA
14	PERDIDA DE LA LIBIDO
15	HIPOCONDRIASIS
16	PERDIDA DE PESO
17	INTROSPECCIÓN
18	VARIACIONES DIURNAS
19	DESPERSONALIZACION
20	SÍNTOMAS PARANOIDES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN

El objetivo básico de la presente investigación, era determinar si existía alguna relación entre ser médico familiar y padecer depresión.

Se acepta la hipótesis nula rechazándose la hipótesis de trabajo.

En vista de los resultados obtenidos se procedió a analizar si la coincidencia en la respuesta afirmativa a determinada pregunta podría ser significativa. Sin embargo; el porcentaje de coincidencia para la pregunta número uno que fue el más alto, solo representa 36.0% de la muestra y por lo tanto no se considera significativo.

Los resultados no concuerdan con lo reportado en otras investigaciones relacionadas con la población general o con otros grupos de trabajadores. Kahn, en 1993, refiere que la depresión es uno de los problemas de Salud Mental más frecuentes en el lugar de trabajo y que se esperaría que de cada diez trabajadores, dos sufrirán depresión en algún momento de su vida, siendo las mujeres 1.5 más susceptibles a presentarla que los varones. Uno de cada diez trabajadores sufrirá depresión clínica lo bastante grave como para exigir baja laboral. (Cfr. en la Enciclopedia de la O. I. T., 2002)

Con fundamento a lo referido en el marco teórico era de esperarse que se presentarían mayores índices de depresión entre los sujetos estudiados. Debido a que los profesionistas de la salud consideran parte de su deber ser ellos mismos un modelo para sus pacientes, supongo que les resultaría muy difícil aceptar que padecen alguna enfermedad y por ello recurren a utilizar mecanismos de defensa como una necesidad de mantener su bienestar psicológico. De tal manera que es posible inferir que los médicos que participaron en este estudio emplearon algún mecanismo de defensa y en este caso podrían ser del tipo de las defensas neuróticas como la intelectualización o la racionalización. Por medio de la intelectualización se controlan los impulsos y el afecto, para protegerse contra la ansiedad que es generada por impulsos inaceptables y por medio de la racionalización con razones aparentes o invención de mentiras justifican las creencias o conductas que de otro modo podrían ser inaceptables.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al marco teórico, la investigación realizada y los resultados obtenidos se puede concluir que:

Se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula.

Ante estos resultados se decidió analizar la coincidencia en la respuesta afirmativa a determinada pregunta, esperando encontrar resultados significativos. Sin embargo, el porcentaje de respuesta a la pregunta número uno, que fue la respuesta afirmativa más alta, solamente alcanzo un 36.0 % y por lo tanto no se considera significativo.

Podría considerarse; en vista de que en la población general los índices de depresión van en aumento y que en nuestra muestra tan solo un sujeto muestra depresión leve; que se están utilizando mecanismos de defensa por parte de los sujetos que participaron en el estudio. Sin embargo determinar estos mecanismos no es el objetivo del presente estudio.

### Limitaciones:

- ❖ El tiempo de los sujetos para responder al cuestionario.
- ❖ El hecho de que los instrumentos fueran aplicados por una compañera de trabajo.
- ❖ La autoimagen del médico, que interfiere para reconocerse enfermo.

### Sugerencias:

- ❖ En posteriores estudios utilizar una muestra poblacional mayor,
- ❖ Aplicar los cuestionarios en un sitio diferente al entorno laboral,
- ❖ Realizar un interrogatorio indirecto a los sujetos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXOS**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Nombre del paciente.....

INSTRUCCIONES: SELECCIONE DE CADA REACTIVO UNA SOLA OPCIÓN QUE CARACTERICE AL ENFERMO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN.

### 1. ANIMO DEPRESIVO. ( Tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial).

0 = Sin depresión.

1 = Dudoso o trivial. La evidencia conductual o verbal aparece solo al momento de preguntar específicamente.

2 = Leve. Llanto ocasional, sentimientos de tristeza que aparecen solo al interrogatorio.

3 = Moderado. Evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.

4 = Severo. Exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.

### 2. SENTIMIENTOS DE CULPA. ( Culpabilidad patológica y no sólo autoculparse)

0 = Ausentes.

1 = Dudoso o trivial. Sentimientos de autoreproche.

2 = Leve. Ideas de culpa expresadas espontáneamente.

3 = Moderado. Creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, rumiaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.

4 = Severo. Delirios de culpa, se acusa a si mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas visuales, que lo denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedades en otros.

### 3. SUICIDIO. (Ideas o actitudes durante la última semana)

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial. Respondiendo al cuestionamiento directo, mencionan que su vida esta vacía o que no tiene sentido vivirla.

2 = Leve. Pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir, que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.

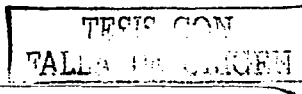
3 = Moderado. Incluye dos de los siguientes aspectos, en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.

4 = Severo. Intento de suicidio.

### 4. INSOMNIO INICIAL. (Dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse)

0 = Ausente.

1 = Leve, trivial, infrecuente. Tarda menos de 30 minutos.



48-1

2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.

5. **INSOMIO INTERMEDIO.** ( Dificultad para mantener el sueño )

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente. Se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.

2 = Obvio y severo. El paciente se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama ( y sin que sea para ir al baño ) y se pone a leer y a fumar, se debe calificar como 2.

6. **INSOMNIO FINAL.** ( Despertar temprano, antes de lo habitual )

0 = Ausente.

1 = Leve, infrecuente. Se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.

2 = Obvio y severo. Despierta 1 - 3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

7. **TRABAJO E INTERESES.** ( Apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa. NO considerar en este reactivo fatiga o poca energía.)

0 = Sin alteraciones.

1 = Dudoso o trivial. Se siente incapaz, poco eficiente.

2 = Leve. Tiene que esforzarse para realizar actividades habituales, no tiene intereses, obtiene pocas satisfacciones.

3 = Moderado. Disminución clara de su eficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas. Califique 3 si el paciente no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.

4 = Severo. Dejo de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que sea motivado por otras personas.

8. **RETARDO.** (Psicomotor, lentitud en pensamiento, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado, como por lo observado directamente)

0 = Ausente.

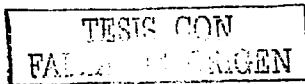
1 = Leve. Leve aplanamiento afectivo, poco expresivo.

2 = Moderado. Voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.

3 = Severo. Retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimientos. Tarda excesivamente en contestar.

4 = Extremo. Estupor depresivo. Entrevistarle es imposible.

9. **AGITACIÓN.** (Psicomotora, en formas leves puede presentarse combinada con leve retardo, pueden coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje. Califiquense tanto por lo reportado como por lo observado directamente)



0 = Ausente.

- 1 = Leve. Se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.
- 2 = Moderado. Fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello se levanta a caminar durante la entrevista.
- 3 = Severo. Incluye elementos de 2 o más, inquietud extrema que no permite dar continuidad a mente en contestar.

**10. ANSIEDAD PSIQUICA.** ( Tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico)

0 = Ausente.

- 1 = Dudoso o trivial. Expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.
- 2 = Leve. Expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas.
- 3 = Moderado: Evidencia conductual de ansiedad en cantidades significativas o en frecuencia.
- 4 = Severo. La expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodios de pánico.

**11. ANSIEDAD SOMATICA.** ( Concomitantes fisiológicos de la ansiedad, como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia en la micción y síntomas de pánico)

0 = Ausente.

- 1 = Dudoso o trivial. Síntomas menores y sólo expresados bajo cuestionamiento.
- 2 = Leve. Describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.
- 3 = Moderado. Mayor número y frecuencia de síntomas que en 2, que se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.
- 4 = Severo. Los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

**12. PERDIDA DE APETITO.**

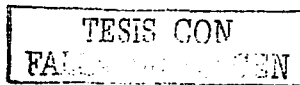
0 = Ausente.

- 1 = Leve. Poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.
- 2 = Obvio y severo. Reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

**13. ANERGIA.**

0 = Ausente.

- 1 = Leve. Poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.
- 2 = Obvio y severo. Se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo. Lo menciona de manera espontánea.





**14. PÉRDIDA DE LA LÍBIDO.** ( Califiquense solamente los cambios relacionados con la enfermedad)

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente. Baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.

2 = Obvio y severo. Pérdida completa del deseo sexual.

**15. HIPOCONDRIASIS.** (Preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas)

0 = Ausente.

1 = Leve. Ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí si son triviales o dudosamente patológicas.

2 = Moderado. Presta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas, con una tendencia a somatizar.

3 = Severo. Convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual. ( Por ejemplo: cáncer, tumor cerebral, etc.), en ausencia de evidencia real para ello.

4 = Extremo. Delirio hipocondríaco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa ( Por ejemplo: sífilis, SIDA, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.)

**16. PÉRDIDA DE PESO.** (Deberá evaluarse: a) por la historia, desde que comenzó la enfermedad y b) por cuantificación desde la última visita)

**A**

0 = Sin pérdida de peso, según el paciente.

1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.

2 = Moderado. Fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello se levanta a caminar durante la entrevista.

**B**

0 = Pérdida menor de 0.5 Kgms de peso en el periodo evaluado.

1 = Más de 0.5 Kgms de peso.

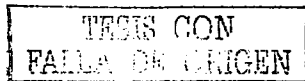
2 = Más de 1 Kg de peso.

**17. INTROSPECCIÓN.** ( Niega enfermedad "nerviosa" atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como de origen emocional)

0 = Ausente.

1 = Leve o dudoso. Cierta negación.

2 = Obvio y severo. Niega por completo estar enfermo. Calificar aquí a los pacientes delirantes con hipocondriasis o con culpabilidad.



**18. VARIACIONES DIURNAS.** ( Complétese de acuerdo a los síntomas, son más severos en la mañana o en la tarde. )

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Obvio.

\* 1 = Peor por las mañanas.

\* 2 = Peor por las tardes.

\* Anotar pero no contabilizar.

**19. DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN.** (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas)

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

3 = Severo.

4 = Extremo.

**20. SÍNTOMAS PARANOIDES.** (Sospecha de que le quieren hacer daño, de que le persiguen, etc. )

0 = Ausente.

1 = Leve. Ciertas sospechas dudosas.

2 = Moderado. Evidencia clara de suspicacia.

3 = Severo. Persistencia de ideas definitivas de referencia.

4 = Extremo. Delirios de referencia y / o persecución.

**21. SÍNTOMAS OBSESIVO- COMPULSIVOS.**

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

Puede considerarse una calificación total entre:

10 y 18 como depresión leve.

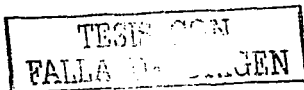
19 y 25 como moderada y

de 26 en adelante como severa.

TESTS COM  
FALTA LA ORIGIN

## BIBLIOGRAFIA

- Alarid, Jaime y Cols. (1985) La medicina familiar en México y otros países. En: Fundamentos de Medicina Familiar. Cap. 21 Edit. Mendez Cervantes. Méx. 197 - 205.
- Beck, A.T. Rush, A.J, Shaw, B.F y Emery, G.(1979). Cognitive therapy of depression. N.Y. Guilford, Press.
- Blount-BW, Curry-A. (1993 May. Jun). Caring for the bicultural family: the Korean-American example. *Jam Board fam-Pract.*, 6 (3): 261-68.
- Boletín: UNAM-2000/507. (29 de Agosto del 2000) En los últimos 30 años, el suicidio en México se incremento en 200 %. Ciudad Universitaria.
- Calderón. Narvaez Guillermo, y Colaboradores. (1977) Trastornos depresivos en estudiantes de medicina. *Revista Medica La Salle*. Vol XVIII Nº 1. 19-32.
- Caraveo. Anduaga Jorge y cols. (Abril, 1999). Estudio clínico – epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental* Vol. 22 (2).
- Carlson, N. (1999) *Fisiología de la Conducta*. España: Editorial Ariel. S.A.
- CIE-10/Compendio. (1997.) *Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la Salud en el Trabajo*. IMSS.
- Curry, Hiram B. Dr; (1974) en Howard F, Conn y Cols. *Medicina familiar teoría y práctica*. Capitulo IV Edit. Interamericana Méx. 40-50
- Chan, DH, Leclair, K. Kaczorowsky. (1999 May-Jun.) Problem-based small group learning via the internet among community family physicians a controlled trial. *MD Computing*. 16 (3): 54-8.
- Ellis, Albert. (1980) *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao.
- Ellis, Albert.Dr., Abrahams, Eliot. (1986) *Terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax.
- Estrada M, José Luis. (1985) *Perfil Profesional del Médico Familiar*. Cap. 15 149 - 154.
- Flaherty, Channon, Davis. (1991) *Psiquiatría diagnóstico y tratamiento*. Cap. 2 La depresión. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 26-60.



Flores, Gutiérrez Monica, y Cols. (2000) Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. Rev. Mexicana de Salud Mental. Vol 23 (6) 12 - 17.

Freud, Sigmund. (1917) Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo 11, Ensayo XCIII Buenos Aires, Argentina: Editorial Orbis, S.A.

Frick, Eckhard (2000) Curar por la herida. Argentina, Editorial Lumen.

Gallo, JJ, Ryan, SD, Ford, D E. (1999, May-Jun) Attitudes, knowledge and behavior of family physicians regarding depression in late life. Archives of family medicine. 8 (3): 249-56.

Gómez, Mendoza Iber. (Ene.Feb. 1994) Desarrollo Profesional del Médico Familiar: Un punto de vista. Revista Médica del IMSS. México, Vol.32 . 45-46.

Guevara, Andrés, (1996) Depresión, en Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencia. Cap. 82. 610-16. Edt. McGraw Hill, Interamericana. Méx.

Hay, D, and Oken, D, (1986) The psychological stress of intensive care unit nursing. Psico.com, 2001. 9(3): 108 -116.

Heinze, Gerardo Dr, (2000) La depresión: Un fenómeno universal. Medicina Interna de México. Vol. 16 (6). 308 - 326.

IMSS (1988). Programa de especialización en Medicina Familiar.

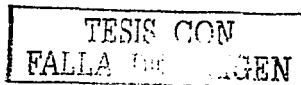
Klerman, G.L y Cols. (1979) Manual of short-term interpersonal psychotherapy of depression. Boston Collaborative Depression Project,

Lasser, Jay y P. Kahn, Jeffrey. (2002) Depresión, en Enciclopedia de la O. I. T., Vol. 1. (5)

Lechky, O. (1995) FPs Knowledge about diagnosis, treatment of psychosocial problems improving psychiatrist. Can-Med-Assoc-J. May 15; 125 (10)1976-78.

Martell Gamez, Victor Anibal, (Septiembre 2001) Manejo y tratamiento de la depresión. 1er. Curso fascicular. Revista Educación Para la salud. Año 6 Num. 52.

Masson, S.A. Barcelona, (1995.) DSM IV Manual diagnóstico de los trastornos mentales.



Norton, P.G, Dunn, EV, and cols. (1998, Jun) Long terms follow up in the peer assesment program for nonspecialist physicians in Ontario, Canada. Joint Commission Journal on Quality improvement, 24 (6): 334-41.

Pincus, Harold Alan. (1997) DSM IV Atención Primaria. Editorial Masson, S. A.. 38

Rascón, Alberto Ramón, y Cols. (1998). Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: Depresión y Esquizofrenia. Salud Mental Vol. 21(1); 43 - 47.

Rehm, L.P.A, (1977) Self control model of depression. Behavior therapy. Vol. 8. 787-804.

Rosenzweig, Mark. R, Leiman, Arnold, (1992).Psicología Fisiologica. España: Editorial Mc Graw Hill. 665-669.

Ruiz Flores Guillermo, L. y Cols. (1997) Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Revista Medica IMSS:35 (I) 79-84.

Rupert, R, Goetz y Cols. (1995) en: Medicina de Familia Principios y prácticas. Taylor, B. Robert. 4º Edición. Cap. 28. 228-235 Barcelona, España: Edit. Springer-Verlang.

Salinas Rodríguez, Jorge Luis, (Agosto, 1998) La aplicación de técnicas conductuales para el tratamiento de la depresión: Un caso. Revista electrónica de Psicología Clínica. Iztacala. Vol. I UNAM Campus Iztacala. 1-12.

Santos, José Luis, y De Dios, Consuelo, (1990) Trastornos del estado de ánimo (II) Aspectos biológicos. en: Fuentebro, Filiberto, y Cols. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Cap. 32 935 - 962. España: Edit. Interamericana Mc Graw Hill.

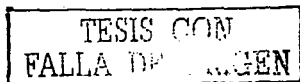
San Martín. (1984) Salud y Enfermedad. La Prensa Medica Mexicana.

Seligman, M.E, (1975) Helplessness: on depression, developmen and death. San Fco.

Sentles Castilla, Hector, (2000) Neurobiologia de los trastornos depresivos. Rev. Fac. UNAM Vol 43 (2); 55 - 56.

Skinner, B.F, (1953). Science and human behavior. New York. Free Press

Slotnick, H.B. PhD. ( August 2000) Physicians learning strategies. American College of physician. Vol.118 (2) Supplement.



Solominos, d'Ardois. German. (1980). Historia de la Medicina. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Thase ME, Greenhouse JB, y Cols. (Octubre, 1999) Tratamiento de la depresión mayor con psicoterapia con combinación de psicoterapia-farmacoterapia. Salud mental V.22 Nº5

Thompson C, Kinmonth al. Stevens, L. And Cols. (2000 Jan, 15) Effects of a clinical-practice guideline and practice based education on detection and outcome of depression in primary care. Lancet 355 (9199): 185-91.

Trejo. Corona Guadalupe. (1998) La terapia ocupacional en beneficio del estado de ánimo de los pacientes depresivos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Evaluados a través de la escala de depresión de Hamilton. Tesis. Facultad de Psicología De la UNAM. México.

Vallejo Ruloba. J, (1996). Trastornos depresivos, en: Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Cap. 31. Edt. Masson 3º. Edición. 441-481.

Weiner B. Frieze, et al. (1971) Perceiving the causes of success and failure. New Jersey: General learning. Press, Morristown,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN