

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 29

ARAGON.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA DEPRESION EN PACIENTES GERIATRICOS.

T E S I S

EN LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR.**

P R E S E N T A .

Dr. Rubén Román Ortiz

GENERACION 83-85



MEXICO, D. F.

1985.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

OBJETIVOS	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
JUSTIFICACION	5
CUADRO CLINICO	7
EL PACIENTE DEFINIDO DE EDAD AVANZADA.	14
CLASIFICACION DE NEUROSIS	18
DEPRESION. - TIPOS Y SUBTIPOS	19
MATERIALES Y METODOS	21
ESTADISTICA	23
RESULTADOS	37
COMENTARIO	40
BIBLIOGRAFIA	46

OBJETIVO

El propósito del presente estudio es el realizar un estudio epidemiológico de la depresión en pacientes que acuden a consulta externa en la U.N.F., 29, valorando si la edad geriátrica predispone per se a trastornos -- depresivos .

" DESDE QUE EL SEÑOR HA ESCRITO CRONICAS

SOBRE SU CONDUCTA, HA DEJADO COMENTARIOS

ACERCA DE INDIVIDUOS QUE PRESENTABAN TEN

DENCIA A LA REFORMA " .

SIR DENIS HILL .

EN TIEMPOS BÍBLICOS. La Biblia menciona dos casos de enfermedad mental en los que intervienen la depresión: los de los reyes Saúl y Nabucodonosor. Durante su juventud, el comportamiento de Saúl ya había sido un tanto anormal. En la madurez, su conducta se caracterizó por falta de dominio de los impulsos. Terminó suicidándose. Nabucodonosor padeció de depresiones intensas, que se caracterizaban por irritabilidad anormal y períodos durante los cuales el rey creía verse convertido en un animal salvaje.

LOS GRIEGOS DE LA ANTIGÜEDAD. En el siglo IV antes de Jesucristo Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico, "la locura" estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La depresión descrita por Hipócrates como melancolía, era producida -- por la bilis negra o atrabilis.

LOS ROMANOS. Tanto Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo I antes de Jesucristo, Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales, como medio para aliviar las depresiones. Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades en grupos. Aretico de Capadocia, en el siglo I después de J.C. describió el tratamiento de ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maníacas. Menos de un siglo después Sorano recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico. Se sugería a los sujetos deprimidos a participar en comedias, mientras que a los maníacos se les instaba a actuar en tragedias.

LA EDAD MEDIA. Hubo gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía" provocada por espíritus o causas naturales como:

el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos; - las causas espirituales se consideraban como de origen divino.

El fundador de la escuela de medicina de Salerno, Constantino Africano se hizo famoso a fines de la edad media por sus descripciones de los estados depresivos. sostuvo la teoría de - que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica, era la causa de la melancolía. Fue también el primero en describir los síntomas de la melancolía .

Tomás de Aquino atribuyó también la melancolía a un cambio en los humores corporales, pero sostuvo que se mantenían por influencias astrológicas y demoníaca .

La creencia de influencias espirituales como causa de la depresión cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la melancolía", que facilitó la identificación de los estados depresivos hasta que, en 1803, Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia .

DESPUES DE KRAEPELIN .- Con el advenimiento de los estudios genéticos en psiquiatría, se pensó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva. así se afrontó - el problema durante las tres primeras décadas del presente siglo.

siguiendo a Kraepelin, a principios de este siglo, vino la - identificación precisa de los cuadros depresivos . Por supuesto, la sintomatología ha llegado a perfeccionarse tanto que actualmente* algunos expertos sostienen la existencia de dos clases diferentes de depresión: la endógena, cuyo origen es atribuido a una anomalía bioquímica, y la exógena o reactiva, que se supone - consecutiva a una reacción excesiva ante sucesos adversos .

(1)(2)(3)(4)

JUSTIFICACION .

Un enfermo deprimido sabe que está deprimido y sufre de muy diversas maneras . La depresión afecta su estado de ánimo, sus funciones, inclusive su cuerpo . Por eso es grande la satisfacción de tratar enfermos con depresión, pues estas personas suelen estar seriamente incapacitadas . No están en condiciones de trabajar, ni participan en su vida familiar, ni disfrutan de la vida en general . Se hacen infelices a sí mismos y hacen infelices a los demás . Nadie - los comprende y ellos no se comprenden a sí mismos .

Los médicos -- cualquiera que sea su especialidad -- son los que pueden comprender, diagnosticar y tratar a sus enfermos deprimidos .

Desde tiempo inmemorial, el médico, cuya función ha sido cuidar de la salud de sus semejantes, se ha esmerado por prolongar su vida . Los grandes descubrimientos que en el campo de la salud se han logrado en el presente siglo, le han permitido elevar el índice de expectativa vital por arriba de los sesenta y setenta años.

La expectativa de vida ha aumentado durante los últimos decenios por lo que la población de personas mayores de 65 años -- empieza a ser considerable en varios países, y es posible que en el próximo decenio llegue a constituir 10 ó 15 por ciento de la población total en los países desarrollados, siendo actualmente en los Estados Unidos del 9.9%; 5-10% en países en desarrollo y 5 por ciento en los subdesarrollados, siendo actualmente en México de 3.7 por ciento .

En 1970 había en el mundo alrededor de 291 millones de personas de más de 65 años, se calcula que en el año 2000 esa cifra ascenderá a 585 millones .

En México, según el Censo General de 1970, la población de personas mayores de 65 años era de 3.7 por ciento del total, es decir 1 813 210 . Para el año 2000 se estima que esa cifra será

de 5 289 700 personas, o sea, 4 por ciento de toda la población. Se observa, pues, que este grupo experimenta un incremento pequeño, pero constante, lo que debe hacer reflexionar sobre su creciente importancia.

Al valorar y meditar sobre la obra médica realizada en todo este tiempo, nos percatamos, con inquietud, de que todos sus desvelos, esfuerzos y sacrificios han sido insatisfactorios, ya que preparado por su adiestramiento profesional a preservar la salud y a procurar la felicidad de sus enfermos, el logro de su primera meta se ha traducido en un aumento en el número de personas más viejas, pero no más sanas y por lo que corresponde a la segunda es difícil concebir la felicidad cuando se llega a una edad en que los achaques y las incapacidades hacen del anciano un ser que tiene que depender totalmente de los demás.

Previamente para pretender reincorporar al paciente geriátrico de su aislamiento, el personal médico debe conocer las características de los trastornos que con más frecuencia padecen. Aspecto fundamental, los trastornos depresivos.

Según encuestas realizadas en los Estados Unidos 5% de la población en general, presenta en alguna época de su vida algún tipo de trastorno depresivo que ameritará terapia farmacológica.

Considerando que hasta el momento no se ha realizado un estudio sobre trastornos depresivos en la unidad de Medicina Familiar No. 29 y conciente de la gran trascendencia del mismo considero imperativo su realización.

CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION .-

El síndrome depr-sivo es tan común que todo médico, indistintamente de su especialidad encontrará pacientes que sufren ésta -afección . No obstante, a pesar del inminente peligro de suicidio con frecuencia se diagnostica erróneamente la depresión, exponiendo así al paciente y a su familia a torturas innecesarias . En una investigación reciente, el 50% de los suicidas habían sido atendidos por sus médicos la semana anterior a su muerte . . . claro testimonio de que no se identificó adecuadamente la enfermedad ni se anticipó el riesgo de suicidio.(7) .

Esto es muy deplorable en vista de que una vez diagnosticada la depresión, su tratamiento es particularmente satisfactorio y halagador (8)(9) .

INCIDENCIA Y EXTENSION .-

Puede esperarse que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres padezcan durante su vida un cuadro depresivo. Aunque no todos los casos son lo suficientemente graves como para justificar su ingreso a un hospital psiquiátrico, las cifras señaladas indican la magnitud del problema sanitario que presenta esta enfermedad. Dicha frecuencia es especialmente mayor en los países occidentales, donde ha venido aumentando progresivamente - la población de personas de edad madura y avanzada (10)(11) .

LONGITUDINALES .-

Aunque la depresión puede manifestarse en grupos de edad - más joven, generalmente se presenta el primer acceso grave durante la edad madura o en la vejez. Las estadísticas en la Gran Bretaña indican que el máximo de ingresos ocurre entre las edades - de 55-65 años, siendo la frecuencia más alta en mujeres, observando una prevalencia del 2% al 6%.

CLASIFICACION .-

Exógena y endógena .- La historia clínica mostrará causas ambientales o psicológicas como factores determinantes obvios y la depresión se clasificará como exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión será endógena .

En la práctica estos dos supuestos subgrupos presentan límites frecuentemente borrosos (7)(13).

UNIPOLARES Y BIPOLARES .-

Otra clasificación de estos trastornos afectivos los divide en unipolares y bipolares . Los enfermos unipolares, presentan sólo un tipo de trastorno afectivo, frecuentemente depresión. Los enfermos bipolares, experimentan accesos tanto de manía como de depresión, este síndrome suele denominarse maniaco-depresivo .

CURSO DEL SINDROME DEPRESIVO .-

Fundamentalmente, la depresión es un síndrome recurrente - pero de curso definido . Debido precisamente a los buenos resultados de la terapéutica medicamentosa y de electrochoque, resulta difícil estudiar la evolución natural de la enfermedad. Sin embargo, los estudios realizados antes del advenimiento de tratamientos eficaces, indican que la duración media de un acceso de depresión es de aproximadamente seis meses .

Se ha observado que la duración de los ciclos disminuye - conforme aumenta el número de ciclos anteriores. Los ciclos iniciales en los casos de depresión recurrente (unipolares) son -- más prolongados que los ciclos iniciales de los casos maniaco - depresivos (bipolares) . La duración de los primeros ciclos - guarda también relación con la edad del paciente al iniciarse el primer acceso; los ciclos tienden a ser más cortos en pacientes que enferman tardíamente en la vida que en sujetos cuyo primer acceso se registra a edades más tempranas (14).

SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL .-

Entre las características más importantes de la depresión están los antecedentes de un cambio en el estado mental. Este - suele comenzar tan lenta e insidiosamente que resulta difícil para el enfermo y sus familiares determinar el principio de la enfermedad dentro de márgenes de precisión inferiores a un mes.

Un síntoma fundamental es la sensación subjetiva de tristeza. El paciente presenta un aspecto fatigado y triste, con tendencia al llanto constante e insensibilidad (todo va perdiendo paulatinamente su importancia) falta de interés y de energía o bien indiferencia .

La sensación de fracaso puede ser predominante, con frecuencia se reprochan de manera pronunciada y con intensidad delirante errores pasados y presentes.

El clínico debe también investigar :

- Exagerados rasgos mórbidos de la personalidad .
- Aumento de la ansiedad o de obsesiones .
- Preocupaciones de tipo hipocondríaco.
- Trastornos de la conducta como hurtos a tiendas .
- Irritabilidad, con arranques agresivos, especialmente hacia otros miembros de la familia .
- Consumo exagerado de alcohol .

Ansiedad .- Puede manifestarse tanto en el estado mental como en el físico del paciente .

Ritmo diurno .- Existe fluctuación diurna de la intensidad de los síntomas, los cuales son más acentuados durante las primeras horas del día y mejoran al atardecer .

Signos físicos .- Algunas veces se presenta el paciente con muchas quejas y síntomas somáticos que atribuye a decaimiento físico o a salud deficiente tales como anorexia, pérdida de peso y deshidratación .

El enfermo puede presentar muchos otros signos de empeoramiento :

Actividad retardada.- Puede ser primordialmente psicológica, el paciente tarda en tomar una decisión o en emprender una nueva tarea, pudiendo hacerse extensiva a la actividad motriz .

Agitación .- Se caracteriza por caminar frecuente y por una actividad incesante e inútil.

Despersonalización .- El enfermo no se siente afectado por acontecimientos que normalmente le habrían provocado una reacción emocional . Puede cambiar su percepción del mundo .

Ideas delusorias .- A menudo relacionadas con sensación de culpabilidad por haber causado daño a otros. Algunas veces hay delusiones de incapacidad personal total.

Trastornos del sueño .- Entre los signos de depresión éstos son los primeros y los más constantes en aparecer. Clásicamente comienzan con un despertar temprano por la mañana. Puede haber gran dificultad para conciliar el sueño . Con frecuencia hay - sueños desagradables o terroríficos y el enfermo prácticamente nunca recupera sus fuerzas con el sueño nocturno. Durante el día puede también dormir con intermitencias .

Inteligencia y memoria .- Aunque no las afecta el estado depresivo, puede ser difícil evaluarlas en el enfermo profundamente deprimido, agobiado por sus pensamientos pesimistas.

Cambios sexuales .- Disminuye la actividad sexual . Puede haber irregularidades menstruales o amenorrea .

Suicidio .- La depresión tratada de manera inadecuada o incompleta implica un fuerte riesgo de suicidio; especialmente peligrosos son el período inicial de tratamiento, o al darsele de alta. Cuando son interrogados con espíritu de comprensión, estos pacientes generalmente expresan francamente sus actitudes - con respecto a la muerte y suicidio . Se debe tener presente -- siempre que la depresión es un síndrome recurrente y el deber de continuar vigilando al enfermo y persuadirlo de que regrese al - consultorio si siente que ha experimentado una recaída .

El espectro analítico .- El poder de la depresión neutraliza todos los impulsos y móviles que ordinariamente se consideran instintivos : el instinto de propia conservación, el instinto maternal, las necesidades biológicas como el hambre, apetito se--

xual y el sueño, muestran acentuadas alteraciones . Los instin-
tos sociales frecuentemente desaparecen . El principio del pla-
cer de Freud, el deseo de aumentar al máximo el placer y de redu-
cir al mínimo el dolor, también llega a anularse .

En resumen, una persona deprimida actúa como si deseara pro-
ducirse dolor, interpretando siempre sus experiencias de la mane-
ra más negativa posible . El médico puede identificar mejor el
síndrome cuando advierte que se han producido alteraciones en el
carácter del enfermo, aún cuando éste insista en que siempre ha
sido así y que no ha cambiado (3)(5)(16)(17) .

El enfermo deprimido sufre una serie de cambios en sus emo-
ciones, motivaciones, cognición y fisiología .

Emociones .- Primordialmente sensaciones de tristeza o a-
patía, la tristeza es persistente y relativamente impermeable a
influencias exteriores. En ocasiones se alivia algo la tristeza
cuando el ambiente se modifica en alguna forma, pero en el fondo
persiste . Deja de disfrutar de las actividades que anteriormen-
te le producían excitación o placer . Finalmente, la persona -
deprimida se ve atormentada por crisis de llanto .

Motivaciones .- El sujeto deja de hacer espontáneamente -
las cosas que antes hacía . Ahora las hace porque siente que es
un deber, o se lo solicitan, o se ve obligado a hacerlas, tiene un
deseo intenso de evitar cualquier actividad, quiere escapar de -
una situación que considera intolerable . En las depresiones le-
ves esto puede adoptar la forma de un deseo de viajar a algún si-
tio distante. En casos más extremos puede considerarse intolerable
la situación optacionando por el suicidio como forma de escapar de
tal situación y para la cual no hay otras salidas .

Cognición .- La depresión ha sido considerada primordialmen-
te como un trastorno del estado de ánimo . Sin embargo se ha ob-
servado que estos enfermos presentan también una perturbación de
su pensamiento, pudiendo desfigurar la realidad objetiva, hacien-
do aparecer su situación peor de lo que realmente es. El pacien-

te considera que carece de las cualidades esenciales para disfrutar de la vida, lograr su bienestar y resolver sus problemas, tornándose pesimista e incapaz de coronar las ambiciones de su vida. Es un síndrome de incapacidad-deseesperanza: la incapacidad se refiere a una sensación de ineffectividad para ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y acaben con el sufrimiento; la -deseesperanza o creencia del enfermo que cualquier acción que ejecute va a tener un resultado negativo, espera que los acontecimientos negativos presentes continuarán por tiempo indefinido y que -probablemente empeorarán en el futuro, el mismo no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que desea y nada va a tomar un giro favorable, ni siquiera con la intervención de otra -persona .

Fisiología .- Algunos de los signos y síntomas más notables en la persona deprimida son de carácter fisiológico . Tal vez el paciente consulte al médico porque ha perdido su apetito, no duerme bien o por disminución de sus deseos sexuales . Piensa en una enfermedad física. Esto es extremadamente peligroso. Existe una fuerte posibilidad de suicidio (3) (18).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .- Quizás lo más difícil en el tratamiento de la depresión, es reconocerla. Con demasiada frecuencia, cuando un paciente presenta estados de tensión o nerviosidad, el médico recurre automáticamente a alguno de los tranquilizantes suaves . En vista de que la depresión es la causa más -común de los síntomas de ansiedad en los adultos, por ser el -trastorno que más frecuentemente produce síntomas de tensión, este uso de tranquilizantes constituye probablemente el error más frecuente y serio . Incluyendo sus formas benignas, la frecuencia de la depresión en la población general es de 17% o más.

El médico, frente a un paciente tenso, puede rápidamente determinar si existe una depresión mediante la formulación de unas pocas preguntas, indagando si el sujeto presenta humor abatido, -pérdida gradual de interés, dificultad para concentrar, insomnio, anorexia. Casi invariablemente se descubrirá al paciente deprimido.

Otra dificultad para hacer el diagnóstico de depresión es - la coexistencia de una sorprendente variedad de síntomas somáticos que pueden presentarse junto con los síntomas depresivos típicos. En una revisión hecha por Cassidy, informó que el síntoma sobresaliente en una tercera parte de sus 100 pacientes deprimidos internados, era de tipo médico (19)(20).

Watts, en una revisión hecha refiere : "La depresión endógena leve incluye el 60% de los casos que se presentan. Los síntomas son generalmente tan leves que es muy poco probable que - el paciente sea referido a un psiquiatra por su médico. El tipo grave, (hospituario) de depresión es fácilmente diagnosticable. Los casos de depresión leve, deben ser escudriñados . La dificultad para pensar, la depresión y el retardo psicomotor son características evidentes de las formas precoces y modificadas (21)(22)

La depresión se diferencia de la tristeza en muchos aspectos: es persistente, incapacitante e incluye síntomas vegetativos. Responde menos a sucesos ambientales . Además, los síntomas depresivos generalmente responden a medicación antidepresiva, en tanto que la tristeza no .

Tenga o no el paciente motivo para sentirse deprimido, el empleo de un antidepresivo deberá basarse en la sintomatología clínica y no en la suposición de que hubo una causa precipitante. La presencia de una causa precipitante no modifica las posibilidades de una respuesta positiva a la medicación antidepresiva. Resulta difícil encontrar evidencia consistente de que los factores precipitantes son una parte importante o necesaria del síndrome depresivo .

El Dr. James N. Mc.Clure considera que los episodios depresivos son engendrados más por capricho que por una relación definida de sucesos tensionales, pérdidas, heridas del amor propio y otras circunstancias . (23) (24)

EL PACIENTE DEPENDIENTE DE EDAD AVANZADA .

La mayoría de los pacientes de edad con historia de intentos de suicidio, se habían quejado previamente a sus doctores y familias de síntomas depresivos poco antes del acto suicida .

El paciente de edad avanzada que presenta síntomas somáticos vagos puede estar presentando signos tempranos de una enfermedad - depresiva. Si no es tratado, su depresión puede llegar prontamente a adquirir caracteres serios y peligrosos. Como el paciente es mayor, es más propenso a malestares físicos. Su edad también significa que cualquier cambio, moderado o extremo, en las circunstancias de su vida, puede inducir estados de ansiedad que degeneran en depresión, o la complican si ya existe .

La ansiedad, que casi siempre precede a la depresión en sujetos de edad avanzada, puede originarse de múltiples causas y resulta de la conciencia del paciente de que él ya está entrando en años y en consecuencia cercano a la muerte. Conforme aumenta la ansiedad, hay también incremento de la tristeza, decaimiento moral y de deseo de aislamiento personal, mostrando así una verdadera depresión.

Aunque algunos estados de ansiedad no degeneran en depresión, estas dos condiciones pueden algunas veces coexistir. En casos de extrema depresión puede notarse una actitud personal retardada, casi rajando en estupeor . .

FRECUENCIA.- Después de la senilidad, la depresión es el desorden psiquiátrico más común en individuos de edad avanzada. Es obvio que todos los pacientes de edad madura no podrán ser tratados por un psiquiatra. El médico general no solamente puede tratar a la mayoría de los sujetos mayores deprimidos, sino que debe * hacerlo. . . Ante tal situación la actitud primordial del médico - deberá ser de atenta observación, debiendo persuadirse al paciente de que hable sobre su estado de ánimo . Para fines terapéuticos el

hablar es de muy limitado efecto en estos pacientes. As más, la excesiva interrogación e interpretación de sus pensamientos de parte del médico lo molesta visiblemente .

ante tal perspectiva, el médico se enfrenta a la alternativa del manejo de su paciente . Cómo deberá referir al paciente a un psiquiatra o aún considerar su traslado a un hospital psiquiátrico? Si el paciente ha estado bajo tratamiento con preparados antidepressivos por períodos de cuatro a seis semanas sin resultados aparentes deberá ser referido a un psiquiatra. De igual modo, el paciente mayor con tendencia al suicidio que admite haber albergado pensamientos sobre aspectos mecánicos del acto, no deberá vacilar en referirlo a un psiquiatra . (19)

el suicidio .- El suicidio es algo realmente trágico. Trae aflicción a la familia y amistades, y, presenta al médico la amarga realidad de haberle fallado a su paciente .

el suicidio es un desenlace frecuente en sujetos deprimidos no tratados o deficientemente tratados. Estudios continuados de 10 años de duración han demostrado que uno de cada seis pacientes con depresión se suicida. A la inversa, en estudios retrospectivos se detecta que suicidas habían sufrido de una afección depresiva.

Es por lo tanto muy importante recalcar que cualquier paciente deprimido deberá ser tratado como un posible suicida y esta posibilidad deberá tenerse en mente al hacerse cargo de su tratamiento . Hoy día las muertes por suicidio son, en muchos países tan numerosas como las causadas por accidentes automovilísticos.

el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres; su frecuencia aumenta apreciablemente con la edad, alcanzando un nivel estable en mujeres en la quinta década de la vida, pero continúa aumentando progresivamente en los hombres.

Respecto a que cualquier caso de trastorno afectivo manifiesta -
tendencia al suicidio, existen ciertas características de pronós-
tico peligroso :

- Pacientes masculinos de más de 40 años de edad
- Una historia de suicidio en la familia, especialmente de uno
de los padres .
- Una historia de intentos previos de suicidio, particular-
mente en sujetos de edad avanzada; en una serie de obser-
vaciones el 19% de los individuos trataron de suicidarse un
año después del primer intento; el 2% lo lograron .
- Soledad o aflicción reciente .
- Crisis recientes en las relaciones personales y/o profesio-
nales del paciente .
- Sentimientos de desesperanza e incapacidad; el paciente per-
cibe repetición de "sentimientos" vagos y no puede distin-
guir la presencia real de acontecimientos adversos .
- Persistencia de insomnio, agitación, anorexia, etc
- Ingestión excesiva de bebidas alcohólicas .

La posibilidad de tendencia suicida deberá siempre ser in-
vestigada, aún en pacientes que presenten únicamente manifesta-
ciones de depresión benigna. Esto es especialmente importante en
vista de los resultados de un reciente estudio sobre suicidios --
consumados: más de un 50% de los sujetos en quienes fue diagnos-
ticada la depresión habían consultado a sus médicos cuando más un
mes antes de cometer el acto suicida. Estos resultados señalan la
comprometedora y difícil situación en que se encuentra el médico
para evitar el suicidio .

SINTOMAS DEPRESIVOS FUNDAMENTALES

este conjunto de síntomas en pacientes deprimidos puede ser aliviado con medicamentos antidepresivos .

Humor abatido

Pérdida de interés y entusiasmo

Acentuado pesimismo, irritabilidad y auto-desvalorización .

Retraimiento social

Dificultad para concentrar

Disminución de energía, apetito y disturbios del sueño .

Ideas de suicidio

Pronunciada alteración de los sentimientos.

LAS NEUROSIS

Tipo de neurosis	Características .
1. Neurosis de angustia	angustia episódica difusa en ataques u oleadas; molestias somáticas, pesimismo e irritabilidad .
2. Neurosis histérica .	
a) De tipo conversivo.	Síntomas físicos que atarean la musculatura voluntaria y los órganos de los sentidos.
b) de tipo disociativo.	Alteraciones en la conciencia y en el sentido de identidad, como fugas, amnesia, sonambulismo; la angustia no es evidente .
3. Neurosis fóbicas	Miedos intensos irracionales hacia objetos o situaciones .
4. Neurosis obsesivo-compulsivas	Pensamientos persistentes o intrusivos, a menudo de contenido angustioso y actos menores incontrolables .
5. Neurosis depresivas	autocrítica excesiva en forma episódica, disminución de la confianza y de la autoestimación y baja vitalidad, acompañada frecuentemente de molestias físicas .
6. Neurosis neurasténicas	Debilidad, fatigabilidad, sentimiento de hallarse exhausto, con un bajo grado de autoestimación.
7. Neurosis de despersonalización	Sentimientos de irre realidad y de extrañeza hacia determinadas partes del cuerpo, hacia sí mismo y hacia el ambiente; puede haber episodios de pánico .
8. Neurosis hipocondríacas	Preocupación patológica con respecto a los procesos orgánicos y a las enfermedades, acompañados de quejas múltiples de tipo físico .

**SUMARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LOS
NÚMEROSOS TIPOS Y SUBTIPOS DE DEPRESIÓN .**

TIPO	Síntomas depresivos básicos	Otras características distintivas
Depresión retardada	Sí	Retraimiento profundo; retardo del habla y de la actividad motora; fatiga
Depresión agitada	Sí	Actividad inútil y repetida, restregar de manos, deambula- ción, expresiones espontá- neas de culpa, desesperación, desesperanza; necesidad de apoyo moral
Depresión psicótica	Sí	Delirio--delusiones somá- ticas, de culpa, etc.; alucinaciones
Depresión endógena	Sí	Muchos síntomas fisiológicos -- alteraciones del sueño y del apetito, variaciones diurnas del estado de ánimo, etc. no relacionadas con a- contecimientos de la vida diaria.
Depresión reactiva a.	Sí	Síntomas depresivos básicos en respuesta a acontecimen- tos enojosos.
b.	No	Tristeza acentuada (en una per- sona normal), en respuesta a un acontecimiento excesivamen- te abrumador .
Depresión neurótica a.	Sí	Síntomas básicos de la depre- sión en pacientes con antece- dentes de problemas neuróti- cos de la personalidad.
b.	No	Respuesta inadecuada a sucesos tensionales en pacientes con problemas crónicos de la per

TIPO

Síntomas
depresivos
básicos

Otras características
distintivas

Depresión
esquizaafectiva sí

sonalidad y con otros
disturbios neuróticos.

Comportamiento grotesco,
delirio paranoide, aluci-
naciones auditivas, etc .

MATERIALES Y MÉTODOS .

En la planeación de la presente investigación, al pretender realizar el estudio epidemiológico de la depresión en pacientes geriátricos que acuden al servicio de consulta externa de medicina familiar, como primera instancia fueron revisadas las formas 4-30-6 (registro de asistencia) de la consulta externa diaria de medicina familiar de todos los consultorios de la U.M.F. No. 29 durante el año de 1983 y 1984 . Al revisarse nos percatamos de que los diagnósticos emitidos exclusivamente determinan existencia de neurosis, sin especificar tipos por tal motivo siendo la depresión un tipo de la misma, carecemos de una adecuada interpretación en los diagnósticos, por lo que para los fines del objetivo inicial, quedan éstos truncados .

Fueron revisadas las formas 4-30-6 ordenando características de los pacientes a los que se había diagnosticado neurosis por grupos de edad y sexo y mes de presentación durante los años de 1983 y 1984 .

Posteriormente, de la población demandante de servicio en la consulta externa de medicina familiar se integraron tomando en cuenta exclusivamente la edad de 60 años, dos grupos, uno integrado por 50 pacientes mayores de 60 años, y otro menor de 60 años con colaboración de 100 pacientes, sin importancia de sexo e independientemente del padecimiento por el que solicitaron consulta .

Se escogieron al azar por números aleatorios .

A los pacientes electos les fué explicado brevemente en que consistía el estudio, solicitando su cooperación .

A fin de evitar falta de veracidad por la presencia de terceras personas, a acompañantes les fué solicitado el permitir la expresión libre del paciente comentandoles conveniencia de un alejamiento prudente .

Se aplicó la prueba de valoración psiquiátrica de Hamilton para la identificación de trastornos depresivos .

La forma de aplicación de la prueba fue mediante entrevista personal . El médico residente de segundo año de la especialidad de medicina familiar fué el encargado de la aplicación de las pruebas, a fin de evitar problemas de subjetividad personal .

La escala de valoración de Hamilton consta de 22 reactivos existiendo ante cada reactivo cinco alternativas, calificadas - del 0 al 4, siendo aplicable el número 0 de la escala a las situaciones en las que hay mínimo desajuste o no existe, mientras que es calificado con 4 a la situación más extrema del reactivo. Cada reactivo es calificado, obteniéndose una puntuación final, que será la representativa de la prueba .

Una vez obtenidas las calificaciones, se agrupan por edad - y sexo tanto las del grupo menor de 60 años como del mayor, y se obtienen resultados .

ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE
HAMILTON PARA LA DEPRESION .

1. Humor deprimido
(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)
0. Ausente
1. estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado .
 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea .
2. Sensación de culpabilidad
0. Ausente
1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 2. Ideas de culpabilidad, o meditación - sobre errores pasados o malas acciones.
 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad .
 4. oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras .
3. Suicidio
0. Ausente
1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida .
 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse .
 3. Ideas de suicidio o amenazas
 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4)
4. Insomnio precoz
0. No tiene dificultad para dormirse
1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora

2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche .

5. Insomnio medio

0. No hay dificultad

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche
2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar)

6. Insomnio tardío

0. No hay dificultad

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir .
2. No se puede volver a dormir si se levanta de la cama .

7. Trabajo y actividades .

0. No hay dificultad

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones .
2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, inatención y vacilación . (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades) .
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones .
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar estas sin ayuda .

8. Inhibición
(lentitud de pensamiento y palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida)

0. Palabra y pensamiento normales.

1. Ligero retraso en el diálogo .
2. Evidente retraso en el diálogo
3. Diálogo difícil
4. Torpeza absoluta

9. Agitación

0. Ninguna

1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc .
2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc .

10. Ansiedad psíquica

0. Ausente. No hay dificultad .
1. Ligera. Tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla .
4. Temores expresados sin preguntarle .

11. Ansiedad somática

0. Ausente Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, eructos, palpitaciones, cefalea, hiperventilación, suspiros, frecuencia urinaria, sudación .
1. Ligera
2. Moderada
3. Severa
4. Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0. Ninguno
1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen .
2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita lactantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales .

13. Síntomas somáticos generales.

0. Ninguno
1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares . Pérdida de energía y fatigabilidad
2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 .

14. Síntomas genitales

0. Ausente Síntomas como: Pérdida de libido.
1. Débil Trastornos menstruales .
2. Grave
3. Incapacitante.

15. Hipocondría
0. No la hay
 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 2. Preocupado por su salud .
 3. Se lamenta constantemente . solicita ayudas, etc .
 4. Ideas delirantes hipocóndriacas
16. Pérdida de peso
- A) 0. No hay pérdida (según manifestación Del Paciente)
 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual .
 2. Pérdida de peso definida (según enfermo)
 - B) Según pesaje hecho por médico
 - 0) Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
 - 1) Pérdida de más de 500 gr en una semana
 - 2) Pérdida de más de 1 kg en una semana .
- 17 . Insight
(Conciencia de sí mismo) .
0. Se da cuenta de que está enfermo y deprimido
 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc .
 2. Niega que esté enfermo
18. Variación diurna
0. Ausente
 1. Ligera M
 2. Grave T
- Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde. (codear M o T)
19. Despersonalización y falta de realidad
0. Ausente
 1. Ligera. Como Sensación de irrealidad
 2. Moderada . Ideas nihilistas .
 3. Grave .
 4. Incapacitante

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 20. Síntomas paranoides | 0. Ninguno |
| | 1. Sospechosos |
| | 2. |
| | 3. Ideas de referencia |
| | 4. Delirios de referencia y persecución. |
| 21. Síntomas obsesivos y compulsivos | 0. Ausentes |
| | 1. Ligeros |
| | 2. Graves |
| 22. Otros síntomas (especificar) | 0. Ausentes |
| | 1. Ligeros |
| | 2. Graves |

SUMA TOTAL
PUNTAJES

ESTADÍSTICA . -

Tabla de información estadística registrando número de pacientes por edad y sexo que acudieron al servicio de Consulta externa de medicina Familiar en la U...F.# 29 habiendose integrado el Dx. de Neurosis ,en 1983 .

-1		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 64		65 +	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	0	5	28	136	336	38	116	2	13
TOTAL 674											

SUBSECUENTES .

0	0	0	1	17	11	210	355	67	151	7	5
TOTAL 824											

-AÑO		AÑO -- 1984		5 a 14		15 a 44		45 a 64		65 o +	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	0	15	23	159	327	51	132	7	14
TOTAL 728											

SUBSECUENTES

0	0	0	1	3	24	123	288	45	104	9	9
TOTAL 606											

En base a lo anterior tenemos :

Población adscrita a la Unidad durante 1983 : 130 838

Población adscrita a la Unidad durante 1984 : 106 189

Tasa de incidencia de derechohabientes adscritos a la unidad

en que se integró Dx de Neurosis : 1983 : 5.15 x 1000 dere-

chohabientes .

Tasa de incidencia de derechohabientes inscritos a la unidad en que se integró el Dx de neurosis durante 1984 :

6.85 x 1000 derechohabientes .

Prevalencia de derechohabientes con Dx. de neurosis en la unidad durante 1983 y 1984 : 13.20 x 1000 derechohabientes.

CASOS ESTUDIADOS EN EL GRUPO TESTIGO CON LA FORTAJE OBTENIDA MEDIANTE LA APLICACION DE LA VALORACION DE EMILIAON PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS .

CASO NUMERO	FORTAJE	CASO NUMERO	FORTAJE	CASO NUMERO	FORTAJE
1	4	26	6	51	5
2	7	27	3	52	7
3	4	28	4	53	8
4	4	29	5	54	9
5	3	30	4	55	7
6	7	31	5	56	7
7	4	32	8	57	6
8	4	33	5	58	5
9	5	34	10	59	6
10	6	35	3	60	6
11	4	36	5	61	7
12	1	37	4	62	5
13	7	38	3	63	4
14	7	39	12	64	2
15	4	40	10	65	3
16	4	41	4	66	3
17	5	42	9	67	3
18	5	43	5	68	3
19	3	44	5	69	3
20	3	45	5	70	4
21	3	46	4	71	6
22	3	47	5	72	6
23	6	48	7	73	7
24	3	49	15	74	3
25	4	50	16	75	5

-- continuación --

CASO NUMERO	PUNTAJE	CASO NUMERO	PUNTAJE
76	4	89	2
77	5	90	6
78	3	91	4
79	6	92	6
80	6	93	6
81	5	94	6
82	4	95	5
83	4	96	7
84	8	97	8
85	4	98	7
86	3	99	5
87	5	100	3
88	4		

PUNTAJE TOTAL 528 .

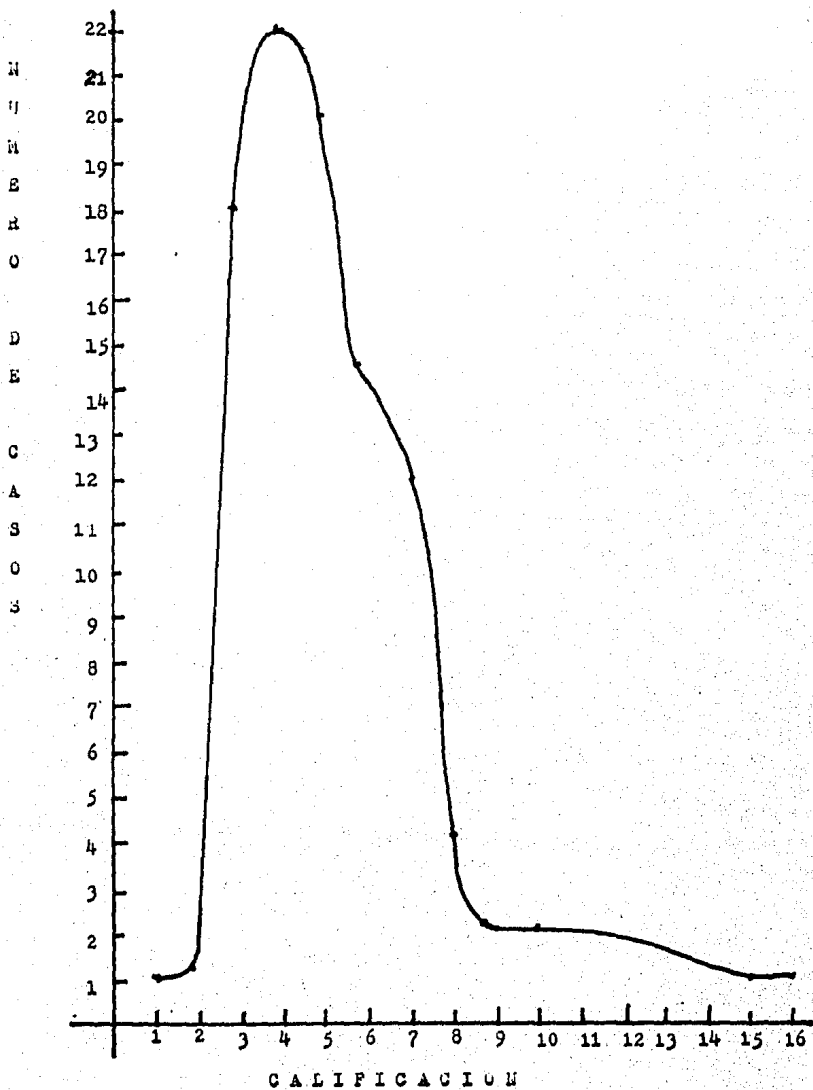
MEDIA 5.28

DESVIACION ESTANDAR 2.38

RANGO 15

MODA 4

GRAFICA DE CALIFICACIONES OBTENIDAS EN GRUPO TESTIGO .

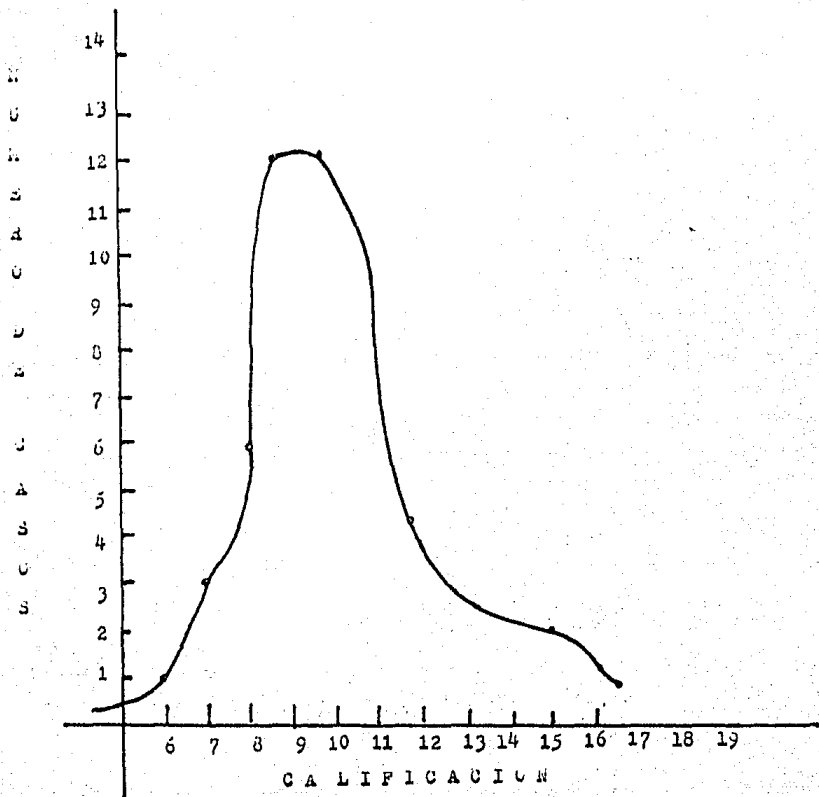


CASOS ESTUDIADOS EN EL GRUPO CONTROL CON LA FORTIFICACION CESTE-
 NIDA MEDIANTE LA APLICACION DE LA VITAMINA DE BARRION PARA
 TRASTORNOS DEPRESIVOS .

CASO	NUMERO	PUNTAJE	CASO	PUNTAJE	CASO	PUNTAJE
			NUMERO		NUMERO	
1		9	18	12	35	9
2		12	19	10	36	8
3		7	20	9	37	10
4		15	21	11	38	7
5		9	22	11	39	11
6		6	23	8	40	10
7		11	24	10	41	9
8		9	25	10	42	11
9		7	26	11	43	10
10		12	27	10	44	11
11		9	28	16	45	12
12		10	29	9	46	10
13		8	30	10	47	9
14		8	31	10	48	10
15		8	32	9	49	11
16		9	33	15	50	11
17		9	34	8		

TOTAL DEL PUNTAJE . . . 496
 MEDIA 9.92
 DESVIACION ESTANDAR. . . 1.94
 RANGO. 10
 MODA 9 y 10

GRAFICA DE CALIFICACIONES OBTENIDAS EN GRUPO CONTROL.



RELACION POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO DEL GRUPO TESTIGO .

Fueron entrevistados 100 pacientes, cuyas edades oscilaron entre 19 y 56 años . Masculinos : 37 . Femeninos 63

Edad	Mujeres	Hombres	Total	media calificicatoria de valoración de presiva .
19-24	7	6	13	3.84
25-29	14	6	20	4.55
30-34	12	4	16	4.43
35-39	12	10	22	5.63
40-44	6	2	8	7.5
45-49	5	5	10	6.3
50-54	5	4	9	6.3
55-56	2	0	2	6.0

RELACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DEL GRUPO CONTROL .

Fueron entrevistados 50 pacientes, cuyas edades oscilaron entre 60- 80 años . Masculinos 17 . Femeninos 33 .

Edad	Mujeres	Hombres	Total	media calificicatoria .
60-64	10	2	12	9.5
65-69	8	7	15	9.26
70-74	7	6	13	10.07
75-80	8	2	10	11.2

REGISTRO DE VALORACION MEDIA OBTENIDA EN MUJERES DEL GRUPO
CONTROL POR GRUPOS DE EDAD .

Edad	Media
60-64	9.7
65-69	9.125
70-74	9.85
75-80	11.25

REGISTRO DE VALORACION MEDIA OBTENIDA EN VARONES DEL GRUPO
CONTROL POR GRUPOS DE EDAD

Edad	Media
60-64	8.5
65-69	9.42
70-74	10.33
75-80	11.0

REGISTRO DE VALORACION MEDIA OBTENIDA EN GRUPO TESTIGO, POR
GRUPOS DE EDAD Y SEXO .

Edad	Media en mujeres	Media en varones
19-24	4.57	3.0
25-29	4.42	4.83
30-34	4.5	4.25
35-39	6.25	4.9
40-44	8.66	4.0
45-49	7.2	5.4
50-54	6.0	6.75
55-56	6.0	--

RESULTADOS . -

De primera instancia fueron revisadas las formas 4-30-6 (registro de asistencia) durante los años 1983 y 1984 de todos los consultorios de la consulta externa de Medicina Familiar de la U.M.F. # 29, a fin de determinar la tasa de incidencia y prevalencia de la depresión, no siendo esto posible debido a no detectar tal diagnóstico en las formas . Sólo fué identificado el diagnóstico de neurosis, por lo que el objetivo inicial no pudo ser completado .

En tales formas revisadas se detectó la neurosis como motivo de consulta en un 9.83 x 1000 consultas durante 1983 y de 7.35 -- x 1000 consultas durante 1984, lo cual señala la magnitud de tales trastornos y nos recuerda la constante vigilancia que sobre el respecto hay que mostrar, traduciendonos la importancia creciente de los trastornos depresivos en la C.E. de Medicina Familiar .

Obtuvimos una tasa de incidencia de neurosis de 5.15 x 1000 derechohabientes en 1983 y de 6.35 x 1000 derechohabientes en 1984. En cuanto a los grupos de edad, no fueron detectados en menores de 4 años, esto quizá condicionado a la ausencia de tal padecimiento en menores o a la falta en la elaboración del diagnóstico en tal edad . Se empieza a diagnosticar neurosis entre los 5-14 años siendo más frecuente en mujeres, ignoramos el motivo de ello .

El grupo de edad más afectado es el comprendido entre 15 a 44 años, más frecuente en el sexo femenino hasta en proporción 2-1 respecto sexo masculino, siendo esto reflejo de los grupos de edad de la población que demanda mayor servicio, y de la asistencia mayor de la mujer a los servicios asistenciales .

habrá que consignar en este respecto el papel del médico y la perpetuante imagen de la mujer neurótica dentro del contexto social .

Cosa semejante ocurre en los grupos de edad de 45-64 años y mayores de 65 años, ignoramos motivo. Tal situación es incongruente con otras estadísticas de depresión en las que se identifican incrementos de depresión en sexo masculino .

Fueron estudiados la presentación de los casos por meses, de terminando mayor presentación en los meses de diciembre, enero, julio y agosto. Ignoramos motivo de tal presentación aunque es conveniente consignar su coincidencia con períodos vacacionales escolares, por lo que habrá que descartar su participación .

Mediante la aplicación de la escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para identificación de trastornos depresivos - detectamos en el grupo testigo (grupo menor de 60 años) un puntaje global de 528 puntos, media de 5.28, desviación estandar de 2.38 , rango 15, moda 4 . En tanto que en el grupo control (pacientes mayores de 60 años) el total del puntaje fué de 496 puntos con media de 9.92, desviación estandar de 1.94, rango de 10, moda 9 y 10 .

Respecto al grupo testigo fueron entrevistamos 100 pacientes cuyas edades oscilaron entre 19 y 56 años; 37 pacientes masculinos y 63 femeninos, en ellos identificamos un mayor puntaje en las mujeres con edades entre 40-44 años; esto pudiera tener - su explicación en base a ser la edad en que se presenta el síndrome climaterico, así como ser etapa en que la mujer se ve sometida a grandes ajustes emocionales .

En el grupo control identificamos un incremento en la media calificadoria paralelo a la edad, corroborandose que conforme se aumenta en años se predispone a la depresión, no encontrando diferencias significativas en el sexo .

COMENTARIO . -

La depresión es un desorden funcional del humor, que afecta en forma global a la personalidad. Se manifiesta en la esfera mental por disforia, tristeza, pesimismo, desmoralización, angustia e inhibición y en la esfera somática por palpitaciones, vértigo, molestias digestivas, insomnio, pérdida de apetito y peso y de síntomas diversos . Generalmente por la mañana los síntomas alcanzan su mayor intensidad y mejoran por la tarde . Nosotros identificamos que un 30 por ciento del grupo testigo y un 95 por ciento del grupo control presentaban sintomatología somática.

La depresión tiene un núcleo biológico, pero su prevalencia está influida por las circunstancias sociales y culturales . Además, la sintomatología puede variar entre distintas culturas. Algunas personas tienen dificultad para verbalizar su estado subjetivo, niegan su depresión mental y expresan su sufrimiento en términos de síntomas somáticos .

Debido a que se le encuentra con frecuencia en la clínica, en forma única o acompañado a otras enfermedades, constituye un problema de gran interés para el médico general . El Dr. Ruchou Regis, asesor de psiquiatría y salud mental de la Jefatura de planeación y supervisión médica del I.M.S.S., señala que del 30 por ciento al cuarenta por ciento de las personas que solicitan atención médica sufren depresión en algún grado, y el 40 por ciento de estas tienden a la recurrencia o cronicidad .

En el presente estudio encontramos que un 11 por ciento del grupo testigo portaba sintomatología depresiva importante mientras que del grupo control un 90 por ciento la tenía .

Se ha señalado que la elevada frecuencia está relacionada con la forma de vida en los grandes conglomerados urbanos. Cabe citar el estudio realizado por Caraveo en el Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael quien aplicando la prueba de Zung, a una muestra representativa de ancianos de la zona de Tlalpan -- los relacionó con el medio en el que habitaban encontrando que en el medio suburbano o rural los deprimidos representaron una relación de casi 1:1 con respecto a los normales, y en el medio urbano esta relación fué de 2:1 .

Hay datos de que ciertas formas de depresión han aumentado en los últimos tiempos en las zonas urbanas, particularmente las formas monopolares y reactivas, esto no nos autoriza a decir que la prevalencia verdadera sea mayor. El incremento puede expresar el hecho que la asistencia médica es mejor en las zonas urbanas y que, los médicos tienen mayor sensibilidad para percibir la depresión y la identifican con mayor frecuencia; aunque sí es indudable que ciertos estímulos desencadenantes ocurren con mayor frecuencia en lugares con organización urbano-industrial compleja, que en otros con organización agrícola-rural .

En nuestro caso no fué posible realizar tal correlación por no haberse planteado tal problema, siendo aplicada la prueba al paciente en la unidad de adscripción y no siendo interrogado sobre medio en que habita .

En Inglaterra, se ha encontrado que entre el 10 y el 15 por ciento de los pacientes que recurren al médico general presentan un problema psiquiátrico importante , sufriendo depresión el 90 por ciento de estos y existiendo tendencia a la cronicidad en un 40 por ciento .

Estudios similares no se han realizado en México aunque -- traspolando lo ahí encontrado determinamos la gran problemática que representa . Estos estudios han indicado que el médico general sólo identifica a un 40 por ciento de sus enfermos con depresión, maneja él mismo a un 15 por ciento de ellos y refiere al -- especialista 5 por ciento, señalando que muchos médicos genera-- les tienen dificultad para identificar la depresión o no la mane-- jan adecuadamente .

Consideraciones epidemiológicas inglesas han determinado -- que la tasa de prevalencia de la depresión en los países desarro-- llados es entre 3 y 4 por ciento . De estos enfermos reciben tra-- tamiento médico 1 de cada 5 . Son hospitalizados 1 de cada 50 . Cometan suicidio 1 de cada 200 . Durante el curso de su vida 1 de cada 10 personas sufre de cuadros depresivos . El 10 por ciento_ de los enfermos deprimidos pasan más de 4 años en un hospital . En el caso de México, no existen estadísticas al respecto.

Respecto al manejo del paciente deprimido, se ha determina-- do en estudios ingleses que la mayoría de los médicos no saben -- reconocer a la depresión en sus estadios iniciales o si ésta se encuentra enmascarada, solo presentándole atención, cuando la pa-- tología ya es muy marcada . Dentro de los errores frecuentes en el diagnóstico de tales casos, la omisión de la investigación -- del estado afectivo ocupó lugar determinante primario, hecho -- que nos traduce la poca atención prestada en esta esfera al pa-- ciente .

La depresión se puede presentar en todas las etapas del -- ciclo vital, incluyendo la niñez . La depresión es más frecuen-- te en la adolescencia, en el climaterio y en la senectud; tal -- situación fué corroborada en las dos últimas situaciones en el

presente estudio, y dado que la edad mínima fué de 19 años en el grupo testigo no pudo ser correlacionada su presentación en el adolescente.

En los niños, las depresiones frecuentemente se enmascaran por fobias escolares, trastornos del apetito, defectos en el aprendizaje, etc., en el estudio corroboramos el no haberse identificado trastornos en menores de 5 años, lo que nos inclina a pensar en la falta en la elaboración diagnóstica.

Al médico general corresponde el diagnóstico de la depresión y el tratamiento de los casos leves. La identificación del padecimiento trae aparejado una acción terapéutica, puesto que al saberse comprendido, el enfermo siente alivio. Muchos pacientes, lo mismo que sus familiares, no comprenden que la depresión es una enfermedad que requiere de tratamiento específico; siendo labor de los médicos explicárselos claramente.

Respecto los ancianos, nuestro grupo olvidado, nuestros pacientes en los que son registrados las tasas más altas de depresión. En México, según el Censo General de 1970, la población de personas mayores de 65 años era de 3.7 por ciento del total, es decir 1 313 210. Para el año 2000 se estima que esa cifra será de 5 289760 personas, o sea 4 por ciento de toda la población. Se observa, pues, que este grupo experimenta un incremento pequeño, pero constante, lo que debe hacer reflexionar sobre su creciente importancia. La marginación por discriminación y olvido no ofrece lugar a dudas. La atención integral del anciano debe estar incluida dentro del sistema nacional de seguridad social y mientras éste no sea universal, constituir uno de los programas básicos de la asistencia social.

Por otro lado, no debe limitarse a los aspectos materiales tales como seguridad económica, la vivienda, la alimentación y la atención médica, sino que debe considerar también necesidades de carácter humano, tan importantes como el afecto, el -- respeto, la compañía, la comprensión y la participación en la vida social .

Iniciar un movimiento a favor de los ancianos y cambiar actitudes estereotipadas en relación a la vejez es actividad -- que no admite dilación . Estos, al igual que los niños, los li- siados y otros, deben tener la protección de la sociedad . Es - imprescindible pues, despertar el interés en este campo .

Respecto la función concreta del médico familiar -- dentro de la historia natural de la depresión--el Dr. Ramón de la Fuente Mufiz considera ; dentro de la prevención primaria educación - sanitaria, vigilancia del desarrollo de la personalidad, exámenes periódicos, mejoramiento de las condiciones laborales, educación - familiar para el logro de estrechez en los vínculos interfamilia- res, campañas de promoción cultural . Información sobre la enfer- medad depresiva, Educación para la disminución de contaminación por ruido y aglomeraciones, Alejamiento de centros laborales - que provocan tensión . Tratamiento de las alteraciones de la per- sonalidad. Asistencia a sitios de reunión y recreativos. Evitar el uso de psicofármacos con acción depresiva colateral . Evi- tar el abandono de niños y mejoramiento de la atención en sitios de estancia infantil . Mejoramiento de las condiciones socioeco- nómicas para evitar fenómenos migratorios .

Prevención secundaria .- Historia clínica completa, Estu- dio social retrospectivo . Determinación de la dinámica familiar y laboral. Exploración del concepto de salud del paciente. Ex- plicación al paciente de su padecimiento . Apoyo familiar y so

cial . Información sobre la "depresión enmascarada". Uso de tranquilizantes. Remisión a contacto secundario . Psicoterapia individual, Psicoterapia familiar, social y laboral para lograr afecto, apoyo y comprensión hacia el paciente, y mejoría de la dinámica de dichos grupos .

Prevención terciaria .- Terapia física, Terapia ocupacional . Accesibilidad al sector laboral . Reincorporación a las actividades laborales y sociales . Psicoterapia individual, familiar, laboral y social hasta conseguir las condiciones óptimas para cada paciente .

El médico tiene la responsabilidad de reconocer y tratar adecuadamente la depresión puesto que actualmente estamos en posición de brindar alivio a la mayor parte de los enfermos que la sufren .

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

1. Symptomatology of depression in black and white patients. Adebimpe VR et al. J Natl Med Assoc 1982 Feb;74(2):185-90.
- 2) Diagnosis of depression in a general medical practice. Observations on "lack of pizzazz", the "blashes" and other -- complaints . Burnum JF. Postgrad Med 1982 Sep;72(3) 71-3 .
- 3) Depressive equivalents in adults . Richard E. Anstett, MD and Steven R.P. University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado. AFP March 1982. Vol 25, number 3 .
- 4) The classification of depression. Paykel FS. Br J Clin Pharmacol 1983; 15

Use of the Hamilton Rating Scale for classification of depressive disorders . Overall JF, et al . Compr Psychiatry 1982 Jul-Aug;23(4):370-6
- 5) Marshall J.R. The geriatric patients fears about death . Postgrad Med 1975; 57(4): 144,147-9
- 6) Los ancianos, un grupo olvidado. Alvarez GR . Gaceta Médica de México, Vol 113, No 12, Dic 1977
- 7) Davis D., Chapel J.L. Depression . AFP . Volumen 26 , number 6 December 1982, pag 156-162 .
- 8) Paykel ES . Depressive typologies and response to amitriptyline . Br J Psychiatry 1972;120:147-56 .

Lindsay, PG., Wyckoff M . The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. Psychosomatics 1981; 22(7) 571-7
- 9) Medications use and depressive symptoms . Craig T.J. et al . NY State J Med 1982 . Sep 82(10) 1439 .

- 10) Depression and life quality in old age, correlates of negative and positive moods . Results of the Bonn Gerontologic Longitudinal Study . Lehr UM. Gerontol 1982 Jul-Aug 1982; 15(4): 241-9 .
- 11) Social origins of depression in old age . Murphy F. Br J Psychiatry 1982, Aug. 141: 135-142 .
- 12) Suicidal Behavior and depression in children and adolescents . Carlson GA, et al . J. Am Acad Child Psychiatry 1982 Jul, 21(4) 361-8
- 13) Personality types in endogenous and non-endogenous depression. Matussek P, et al. Ann Med Psychol 1982;139(10) : 1061-75
- 14) Several characteristics of depression in old age . Mario Strejilevich S. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1980, Sept 26(3):242-7
- 15) Vegetative symptoms in anxiety and depression . Mathew RJ et al. Br.J.Psychiatry 1982 Aug; 141:162-5
- 16) Pain and depression . Pilowsky I et al . Br J psychiatry 1982, Jul; 141:3-6
- 17) Many faces of depression in patients with chronic pain . Roy B. Int J Psychiatry Med 1982-83;12(2):109-19
- 18) De la Fuente Nuñez, A. y col. Depresión . Mesa redonda. Rev. Fac Med. Méx. 10:6-33, 1975
Caso, A. Depresión. Gac. Méd Mex. Vol 113. Núm. 1. Enero 1977:43-45
- 19) Lesse S. The multivariant masks of depression . Am J Psychiatry 1968;124:35-9 .
- 20) Sovner RD. The clinical characteristics and treatment of atypical depression . J Clin Psychiatry 1981;42(7) 876-89

- 21) Witts GJ. The mild endogenous depression . Brit Med J. 1:4-5
4 de enero de 1970 .
- 22) Cassiday MC, Flanagan MS., Spelman A, Cohen MS .: Clinical observations in manic-depressive disease . J.A.M.A. 164: 1535-1546, 1957
- 23) Ludgens H, Morrison J., Larcha KJ.: Life events and onset of primary affective disorders . Arch Gen Psychiat 16:134-145, 1967 .
- 24) Mc.Clure DJ, Cleghorn HA.: Suppression studies in affective disorders . Canad Psychiat Assoc J. 13:477-488, 1968
- 25) Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children . Herschberg SG, et al. J Clin Psychiatry 1982 Sep ; 43(9): 353-61
Depression in the school-aged child: implications for primary care . Deuber Ch. Nurse Pract 1982 Sept. 7(3):26-30
- 26) Depression with amebiasis and giardiasis. Parrish W, et al . J Fam Pract 1982. Oct; 15(4):616
- 27) Alcoholism after sixty . Apr August 1983 Patricia J. Bloom . Texas Tech University Health Sciences Center, Texas .
- 28) Brody JA. Aging and alcohol abuse . J Am Geriatric Soc 1982; 30(2):123-6
- 29) Simon A., Epstein LJ., Reynolds L., Alcoholism in the geriatric mentally ill . Geriatrics 1968;23:125
- 30) The hamilton depression rating scale in normals and depressive. Fava GA, et al. Acta Psychiatr Scand 1982 Jul; 66(1):26-32

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 31) A comparison of depression rating scales . Levenson W., et al .
Br J Psychiatry 1982 Jul,141:45-9
- 32) A self rating Depression scale . Arch Gen Psychiatry. Vol 12
p 63-65 1965 . Zung, w.d. .
- 33) Rating scale for depression . Hamilton M.A. J.of Neurol Neuro-
surg. psychiatric. Vol 23 p 56-62 1960 .