

11226
Sep. 12.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

I. S. S. S. T. E.

CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

"SOMATIZACION DE LA DEPRESION"

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. RENE ARTURO LIZAMA CASTRO

GENERACION

86 - 89



ISSSTE

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	MARCO TEORICO	3
1).-	DEFINICION	3
2).-	ANTECEDENTES	3
3).-	CAUSAS	9
4).-	TIPOS	9
5).-	CLASIFICACION	10
6).-	MANIFESTACIONES	11
7).-	DIAGNOSTICO	12
8).-	SINTOMAS CARDINALES	13
9).-	TEST PARA SU DIAGNOSTICO	15
10).-	MANEJO	18
III.-	PROBLEMA	22
IV.-	JUSTIFICACION	23
V.-	OBJETIVOS	26
VI.-	METODOLOGIA	26
VII.-	POBLACION ESTUDIADA	28
VIII.-	TIPO DE ESTUDIO	28
IX.-	RESULTADOS Y ANALISIS	29
1).-	CUADROS	33
X.-	CONCLUSIONES	42
XI.-	ANEXOS	44
XII.-	BIBLIOGRAFIA	50

I N T R O D U C C I O N . -

Los últimos reportes de la literatura médica demuestran que, conforme aumenta la población, existe mayor demanda de atención médica, observándose un importante incremento de los Trastornos Afectivos, de los cuales, los de mayor presentación son los cuadros Depresivos.

Sabemos que esta entidad afecta en forma individual, familiar y social, limitando el desarrollo del individuo en cada una de estas áreas.

El presente estudio tiene la finalidad de conocer los síntomas que se presentan más frecuentemente en el Síndrome Depresivo relacionado con el sexo, edad, edo. civil, número de hijos, ocupación y grado de escolaridad.

La inquietud se basa en que todos aquellos pacientes que acuden a consulta refiriendo síntomas inespecíficos ó persistentes, pueden estar cursando con un cuadro depresivo, y no siempre tratarse de una patología orgánica, esta entidad en muchas ocasiones no la diagnosticamos, ya sea por no conocer adecuadamente su cuadro clínico ó no interrogar sobre el área emocional del paciente, lo cual puede lograrse al establecer una relación médico-paciente adecuada, que a su vez provoca disminución de su ansiedad. También el de evitar hacer diagnósticos erróneos de Depresión.

Para el presente estudio se utilizó la Escala de Hamilton como método diagnóstico del Síndrome Depresivo enmascarado, ya que es el que ha demostrado ser el más útil y confiable.

M A R C O T E O R I C O . -

Muchos son los conceptos que se han elaborado para tratar de definir adecuadamente a la Depresión, que en la actualidad está considerada como un Síndrome, y que se entiende como un complejo sintomático que presenta preponderantemente una baja en el talante (estado de ánimo), manifestado por tristeza acompañada de temor, inhibición de los pensamientos, agitación psicomotora, así como de trastornos somáticos. (1)

En el DSM III se encuentra clasificada dentro de los Trastornos del Afecto.

Esta entidad fué descrita desde el siglo IV a.c., y se conocía como melancolía. (3)

En el siglo V a.c. Soranos de Ephesus describe el cuadro clínico de la melancolía con tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y jovialidad.

En 1552, en el México prehispánico, Martín de la Cruz por primera vez considera a la melancolía como un problema médico. También se la atribuyeron causas religiosas y cósmicas, ya que Sto. Tomás de Aquino lo atribuía a demonios e influencias astrales, siendo contradecido en 1630 por Robert Burton quien publicó su enciclopedia "Anatomía de la melancolía". (3)

Posteriormente se fué conociendo más sobre esta enfermedad, y en el siglo XIX, Philippe Pinel indica que tiene origen en posibles causas psicológicas y físicas.

Todavía en las tres primeras décadas de este siglo, la

Depresión era considerada como un padecimiento psicótico.

Esta entidad ha aumentado progresivamente con la industrialización de los países, probablemente en la antigüedad no se pensaba en ella y se atribuía a otros tipos de problemas, pero conforme ha pasado el tiempo y después de numerosas investigaciones se ha conocido más sobre esta enfermedad, así como también sobre sus causas, formas de presentación y tratamiento.

Referente a la epidemiología, en la actualidad se considera que el 60% de los pacientes mayores de 40 años de edad acuden a consulta con un cuadro depresivo, predominando en mujeres con una razón de 2:1 ó 3:1 (DSM III); otros autores han reportado como edad promedio de presentación la 3ra. década de la vida, aunque puede presentarse a cualquier edad con síntomas diferentes. (3) La mujer con la responsabilidad del hogar, atención y educación de los hijos, atención del esposo y, agregando que en la actualidad se ha involucrado en aspectos políticos y sociales, etc., existe mayor estrés y carga de tipo emocional, favoreciendo la presentación del Síndrome Depresivo. (3)

Se dice que los trastornos afectivos primarios y secundarios son de los problemas más comunes en la práctica médica, y solo de un 20 a 25% de las personas deprimidas recibirá tratamiento. (9)

Aún no se ha demostrado si es más común en las clases media y superior; es más frecuente en la 4ta. década de la vida. El 75 a 85% de los pacientes tratados evolucionan -

nan satisfactoriamente, aunque en la mayoría de los casos es autolimitada. (9)

A mayor edad de presentación, mayor duración del cuadro. Se ha reportado una mortalidad mayor en los primeros 10 años de su presentación. (17)

En cuanto a factores de riesgo, de acuerdo al sexo, en los hombres se presenta en un 8 - 12%, y en las mujeres en un 20 - 26% (17), afecta a cualquier clase social, predominando en el nivel socioeconómico medio, no existe diferencia en cuanto a la religión; predomina en aquellos que presentan mayor número de eventos negativos en su vida, como: divorcio, muerte, cambio de lugar de residencia, pérdidas materiales, daño a la autoestima, etc., los cuales son favorecidos cuando los recursos para el apoyo emocional son escasos ó no existen, a nivel familiar ó social, así mismo un ambiente familiar disfuncional y antecedentes de depresión y suicidio en la familia. (9)

Hace 20 años en un área geográfica europea definida, Sorrenson y Stromgren mediante un estudio epidemiológico encontraron que un 3.9% de la población mayor de 20 años de edad presentó por lo menos un cuadro depresivo.

En una encuesta levantada en 1974 donde participaron más de 15 mil médicos generales en la República Federal Alemana, Suiza y Austria, se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaba que uno de cada 20 de sus pacientes sufría de depresión (5%), y que el 27% de los encuestadores estimaban en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes. (3)

En un estudio realizado por Roberts en 1978 en el estado de California, encontró que los hombres presentaban con menor frecuencia problemas emocionales. (19)

En 1981 en un estudio realizado por el Departamento de Psiquiatría de México en el Distrito Federal se efectuaron 928 encuestas en personas mayores de 15 años, encontrándose 11.8% de hombres y 15.1% de mujeres con cuadro depresivo; por edad, un 27.8% en mayores de 60 años y un 25.5% entre 55 y 59 años; por estado civil, un 30.7% eran viudos, 14.2% solteros, 12.4% casados, en cuanto a escolaridad mientras esta era más baja, mayor el número de deprimidos, 40% eran analfabetas, 38.2% con primaria incompleta y 6.8% eran profesionales. (3)

En una revisión bibliográfica realizada por Hirschfield en 1982, encontró que los cuadros depresivos son más frecuentes en mujeres jóvenes, hombres mayores de 55 años, los de nivel socioeconómico bajo, solteros y sin vínculos personales. (10)

En un reporte interno de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría realizado en 1984 por el Dr. Padilla G.P., sobre "Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica familiar", encontró que el Síndrome Depresivo ocupa el 1er. lugar con una frecuencia del 47% del total de los casos estudiados. (23)

En un estudio de 110 pacientes con Depresión. Eisemann encontró la correlación entre la personalidad y aspectos sociales, siendo más pronunciados la soledad y dificultad

para relacionarse. (6)

Bronich siguió durante 7 años a 23 pacientes masculinos y 27 femeninos con diagnóstico de Neurosis Depresiva, quienes un 40% tuvieron una evolución desfavorable sin mejoría del cuadro, 20% favorable y 6 pacientes tuvieron intentos de suicidio; encontrando además la mayor frecuencia en la clase social media (70%), en un 43% eran casados; concluyendo que a pesar de los manejos farmacológicos y psicoterapéuticos, su pronóstico no es muy beneficioso. (2)

En un estudio descriptivo realizado por Crowther en 91 pacientes masculinos y sus esposas, utilizando como criterios diagnósticos los del DSM III y aplicando la Escala de Beck, reportó mayor conflicto marital por parte de las mujeres que en los hombres, relacionado con cuadro de depresión. (4)

Alec Coopen señala que " de acuerdo con las múltiples investigaciones realizadas sobre la incidencia y la extensión de los síndromes afectivos, especialmente en la Gran Bretaña y en los países escandinavos, puede esperarse que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general pueden padecer un cuadro depresivo durante el curso de su vida". (3)

Se estima que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio depresivo mayor lo suficientemente grave como para requerir su hospitalización (Levin).

La tasa de prevalencia de la Depresión en los países de

desarrollados es entre el 3 y 4%, de estos enfermos solo reciben tratamiento uno de cada cinco y cometen suicidio uno de cada 200; durante el curso de su vida uno de cada 10 personas sufre de cuadros depresivos; el 10% de los enfermos deprimidos pasan más de 4 años en un hospital. (23)

Del 10 al 20% de las consultas psiquiátricas corresponden a cuadros depresivos. (23)

Según el estudio de Watts, generalista que basó sus datos en un condado inglés, el 15% de la población tuvo patología depresiva, que se distribuye en: 13.3% no diagnosticados, 1.5% consulta con el médico, 0.2% consulta con el psiquiatra, 9.0% son internados a causa de su dolencia psíquica. Este fenómeno que ha sido denominado "Fenómeno de iceberg", indica, por una parte que muchas depresiones no son diagnosticadas ó no lo son adecuadamente y, por otra parte, el primer contacto que el paciente establece suele ser con el médico general. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aproximadamente 100 millones de personas en el mundo padecen la depresión, y que relacionado con ellos existen otros 3 tantos que son afectados y sufren por ella, y lo más alarmante es que estas cifras tienden a aumentar con el paso del tiempo, por lo cual el Síndrome Depresivo es considerado como un problema de salud. (3)

De la población expuesta a un daño físico ó psicológico, solo el 20% se deprime desde el punto de vista clínico, por lo tanto se piensa que para que exista depresión debe tener un factor genético, biológico ó emocional. (9)

Por ello es importante investigar la ocurrencia de agresiones ó de daños recientes en la vida del paciente deprimido.

Siendo considerado el ser humano como una unidad biopsi cosocial, las causas de la depresión pueden considerarse como Genéticas, donde se han realizado numerosos estudios, encontrando que solo algún tipo de Neurosis Maniaco-Depresiva se transmite en forma dominante; la causa Psicológica, donde ya fueron enumerados los factores de riesgo; y las causas Ecológicas, como la contaminación ambiental, problemas de tránsito y el ruido, que afectan tanto el desarrollo social, laboral, así como la personalidad del individuo; aunque en la mayoría de los casos existe una combinación de las 3 causas comentadas. (3)

En cuanto a los tipos de Depresión, en la actualidad, se considera que la de tipo Exógeno se presenta secundaria a disfunciones familiares, sociales, laborales, en cuanto a la familia, debemos recordar que todos los integrantes son afectados en caso de existir alteraciones en sus funciones favoreciendo la presentación de cuadros depresivos de diferente grado, que a su vez afectan el desarrollo individual y familiar; y la de tipo Endógeno cuando existe disminución de algunos neurotransmisores (aminas) como Serotonina y Catecolaminas, continuando aún en estudio, encontrando resultados interesantes. (1, 17, 22)

Existen otros tipos de Depresión, en base a los síntomas que predomina en el paciente; aquellos que refieren disminución de la vitalidad y pérdida del interés en acti

vidades laborales y recreativas, presentan una Depresión Inhibida; y aquellos que refieren trastornos del sueño, excitación psicomotora, como Depresión Agitada; es importante conocerlos ya que dependiendo del tipo se elegirá el antidepresivo más adecuado.

Existe una entidad conocida como "Reacción de Duelo", la cual se presenta normalmente en todos los individuos ante pérdidas personales (muerte de un familiar, separaciones, divorcio, etc.) y materiales (cambio de trabajo ó lugar de residencia, etc.), y cuya evolución natural es hacia la Depresión, diferenciándose por intensidad y tiempo de duración, considerado en la actualidad entre 3 a 6 meses como máximo, aunque otros autores lo consideran hasta 12 meses, a pesar de que la sintomatología puede ser la misma.

Se ha utilizado el término de Depresión "reactiva" para describir aquellos trastornos afectivos secundarios que se presentan inmediatamente después de una agresión psicológica ó física. (9)

Se reporta una patología conocida como "Depresión en edad Adulta", que se presenta principalmente en mujeres de 35 a 40 años de edad. (17)

Muchos han sido los intentos para clasificar a la Depresión, pero en la actualidad la más aceptada es la del DSM III, y que refiere que puede ser:

- a).- Trastorno Bipolar (episodios de manía y depresión).

- b).- Trastorno Ciclotímico (cuadros leves de manía y depresión con duración menor de 2 semanas).
- c).- Desorden Distímico (cuadros de depresión no muy intensa, poca duración).
- d).- Depresión Mayor (psicosis maniaco-depresiva/ unipolar).

De acuerdo a la intensidad de los síntomas puede ser Leve, Moderada y Severa.

La depresión puede manifestarse de manera variable, presentándose en ocasiones como síntoma aislado muy inespecífico, por ejemplo, cuando llega un paciente con tendencia al llanto fácil y se diagnostica erróneamente un cuadro depresivo, ó cuando se presenta como todo un complejo sintomático con alteraciones somato-psíquicas constituyéndolo como una entidad nosológica conocida como "Síndrome Depresivo".

Frecuentemente el estado de ánimo triste es el síntoma dominante, que se manifiesta por desesperanza, sin alegría, desinterés en progresar en el futuro; pueden estar malhumorados e irritables ante situaciones que no se corresponden con esta respuesta; trastornos de las sensaciones somáticas como opresión gástrica ó cardiaca, pesantez de la cabeza; síntomas vegetativos, siendo el de mayor frecuencia las cefaleas, palpitaciones, taquicardias, dolores engorrosos, pérdida del apetito, pérdida de peso, disminución de la libido, etc.; trastornos del sueño como insomnio, despertar prematuro, cansancio al levantarse;

variaciones del estado de ánimo en el curso del día; inhibición psicomotora manifestado por fascies de tristeza, lenguaje lento y de tono bajo, capacidad limitada para trabajar ó realizar actividades recreativas; agitación psicomotora cuando se presentan inquietos, hiperquinéticos, pero en realidad se encuentran inhibidos en relación a un pensamiento orientado y a impulsos definidos; inhibición del pensamiento el cual es improductivo y uniforme, con disminución de la concentración; ideas delirantes como temores hipocondriacos, sentimientos de culpa; obsesiones compulsivas, las cuales no son frecuentes, como tendencia a insistir en un mismo tema; y pensamientos suicidas, los cuales son frecuentes debiendo diagnosticarlos oportunamente para tratarlos adecuadamente y evitar desenlaces fatales. (1)

Como observamos, la Depresión puede presentarse como trastornos funcionales de algún aparato ó sistema sin daño orgánico comprobable, manifestándose con síntomas inepecíficos, y otras veces acompañar a padecimientos con daño orgánico, sobre todo los de tipo crónico-degenerativos ó estadios terminales de algún padecimiento.

En la actualidad es aceptable como el DSM III enumera las manifestaciones de una manera completa y sencilla, favoreciendo así su diagnóstico rápido y seguro, el cual a continuación se describe:

A)- Animo Disfórico :

a)- Irritabilidad y/ó desinterés.

b)- Pérdida de interés ó placer en la actividad.

B)- Los siguientes datos con duración mínima de dos_ semanas :

- a)- Alteración del apetito y/ó peso.
- b)- Alteración del sueño.
- c)- Agitación ó enlentecimiento psicomotor.
- d)- Desinterés.
- e)- Fatiga.
- f)- Ideas de inutilidad, culpa excesiva.
- g)- Alteraciones en la concentración.
- h)- Pensamientos repetidos de muerte.

Se toma como criterio diagnóstico cuando presentan un _ síntoma del "A" y cuatro del "B".

Existen síntomas cardinales que facilitan el diagnóstico, ya que pueden presentarse alteraciones en el área ___ afectiva y/ó síntomas somáticos, siendo más frecuente la combinación de ambos, dificultando en ocasiones su diagnóstico. (3) Pueden presentarse alteraciones en cuatro_ áreas:

I)- TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD :

- a)- Indiferencia afectiva.
- b)- Tristeza.
- c)- Inseguridad.
- d)- Pesimismo.
- e)- Miedo.
- f)- Ansiedad.
- g)- Irritabilidad.

II)- TRASTORNOS INTELECTUALES :

- a)- Sensopercepción disminuída.

- b)- Trastornos de memoria.
- c)- Disminución de la atención.
- d)- Disminución de la comprensión.
- e)- Ideas de culpa ó de fracaso.
- f)- Pensamiento obsesivo.

III)- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA :

- a)- Actividad disminuída.
- b)- Productividad disminuída.
- c)- Impulsos suicidas.
- d)- Impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas.

IV)- TRASTORNOS SOMATICOS :

- a)- Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia, inquietud al dormir, etc.).
- b)- Trastornos en el apetito.
- c)- Disminución de la libido.
- d)- Cefalea tensional.
- e)- Trastornos digestivos (dispepsia, aerofagia, meteorismo, náuseas, etc.).
- f)- Trastornos cardiovasculares (alteración del ritmo cardiaco, palpitaciones, algias precordiales, etc.).
- g)- Otros (mareos, orurito, alopecia, etc.).

El insomnio se presenta hasta en un 80% de los casos según los reportes de Kirchof; y según Hertich, hasta en un 60% de los casos de Depresión. (3)

Todos estos trastornos pueden ser de inicio súbito, pero más frecuentemente tienden a ser de evolución incidio-

ga y variable, dependiendo del tiempo en el que se realiza el diagnóstico, inicio del tratamiento tanto farmacológico como psicoterapia de apoyo, hacia la curación ó la cronicidad.

Existe una entidad conocida como Depresión "enmascarada" ó "larvada", en la cual los pacientes tienden a somatizar cuadros inespecíficos de diferentes aparatos del organismo (neurológico, gastrointestinal, cardiovascular, etc.), presentándose más comúnmente en niños y ancianos. (17)

Muchos han sido los intentos realizados para la elaboración de métodos adecuados, prácticos y confiables para establecer en forma temprana el diagnóstico del Síndrome Depresivo, pero a pesar de que actualmente se siguen utilizando con buenos resultados, continúa siendo más importante una buena exploración clínica; tanto del área somato-psíquica y emocional del paciente. (13, 16)

Las escalas de mayor uso en la actualidad son las siguientes :

I).- INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA. (MMPI) :

Fue elaborado en 1942 por Hathaway y McKinley, consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas ó negativas, incluyendo aspectos de la personalidad como salud general, funciones fisiológicas, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas e items psicopatológicos. Se contesta como "cierto" ó "falso" cada pregunta. Se agrupan en 9 escalas: Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad, Fe-

minidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. ___
 Por el número de reactivos es poco útil. (3)

II).- INVENTARIO DE BECK :

Cuenta con 21 categorías de síntomas ó actitudes; aplicado por un entrevistador. Su puntaje de Depresión es la suma de las respuestas. No tiene significado etiológico, solo relación con el cuadro depresivo. Se considera que un resultado de 10 puntos ó más es diagnóstico. (3)

III).- ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG :

Fué en 1964 cuando Zung y Durhan se percataron que las escalas existentes hasta ese momento eran inadecuadas, por lo cual elaboraron una escala más sencilla y de fácil aplicación, así como de adecuado entendimiento de las preguntas por parte del paciente, siendo útil en programas de investigación. Se comparó con otras escalas reportando los mismos resultados y con menor tiempo de aplicación. Consta de 20 reactivos, 10 positivos y 10 negativos. (3)

IV).- ESCALA DE VALORACION DE HAMILTON :

Max Hamilton en 1960, realizando un análisis de las escalas existentes, elaboró su escala, la cual consta de 17 variables de interés creciente, incluyendo 4 variables adicionales como son : variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, sumando un total de 21 reactivos cuantificándose con una puntuación de 3 ó 5 puntos. (3)

Esta escala es un instrumento de medición con mayores índices de confiabilidad en la valoración de los grados de severidad de síntomas depresivos, siendo el más utili-

zudo en Investigación Clínica Psiquiátrica hasta la actualidad; el inconveniente en su aplicación para tener confiabilidad es que la persona que la aplique necesita tener experiencia clínica. (15)

Varios han sido los intentos para hacer más sencilla su aplicación con el mismo grado de confiabilidad, fué así que en 1984 Miller y cols. modificaron la Escala de Hamilton, aumentando reactivos concernientes a síntomas depresivos, cambios en su graduación incrementando su especificidad, con esta Escala de Hamilton Modificada se obtuvieron resultados similares que con la Escala de Hamilton original, con la ventaja de que la Modificada puede ser aplicada por personal sin experiencia clínica psiquiátrica. (15)

Para su calificación existen varias formas, la original de Hamilton que consiste en calificar cada ítem y el resultado se compara con una tabla de valores ya establecida proporcionando el grado de Depresión (8) . Esta forma es muy laboriosa y complicada por lo cual es poco útil.

Otros autores consideran como diagnóstico de Depresión cuando la sumatoria de los ítems es de 10 ó más puntos (1)

En el Instituto Nacional de Psiquiatría de México consideraran, después de la sumatoria de cada ítem, como grado Leve con una puntuación de 10 a 15, Moderado de 16 a 20, y Severo con 21 ó más puntos (15); cabe mencionar que este método se utiliza en pacientes deprimidos ya conocidos en control. Otro método de calificación utilizado en dicho Instituto es, de acuerdo al puntaje mayor y menor

se obtiene el promedio de desviación standard, proporcionando los parámetros para los grados de severidad. (15)

Existen 2 tipos de manejo en el paciente con Depresión:

1.- Psicoterapia de apoyo.

2.- Farmacológico.

El segundo de estos con la utilización de los Antidepresivos, obteniéndose excelentes resultados, los cuales se comentan más adelante.

En cuanto a la Psicoterapia es básica su aplicación en este padecimiento, ya que al establecer una buena relación médico-paciente se produce cierto grado de bienestar en el paciente, tanto físico como emocional, además nos permite conocer sobre la causa que desencadene ó favorezca este cuadro.

Fue en 1952 cuando Selykoff y cols. observaron que los pacientes tratados con Iproniazida (antituberculoso), mejoraba su estado de ánimo, siendo hasta 1958 cuando Klein comprueba que su efecto era el de inhibir la monoamino oxidasa (MAO).

Importantes fueron los logros obtenidos por Kuhn que en 1970 informa que la Imipramina tenía adecuado efecto anti depresivo. (22)

Se logró un gran adelanto cuando Schild Kraust en 1967 comprueba la teoría bioquímica de la Depresión, la cual persiste hasta nuestros días, concluyendo que estos cuadros cursan con disminución en la recaptura de Serotonina y Noradrenalina a nivel de la neurona presináptica, actuando sobre la Acetilcolina. (22)

Los antidepresivos utilizados en la actualidad son :

a)- Tricíclicos.

b)- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

Los de mayor uso y menos efectos colaterales son los tricíclicos, presentando las siguientes características :

- 1.- Disminuyen la ansiedad.
- 2.- Incrementan el impulso vital.
- 3.- No es estimulante.
- 4.- Estabiliza el afecto.

En cuanto a los IMAO, es poco su uso en la actualidad por los mejores resultados obtenidos con los tricíclicos, por lo que no se comenta sobre estos.

Es conveniente recordar que para que los antidepresivos tricíclicos ejerzan su efecto adecuadamente, deben administrarse por lo menos durante 2 semanas, (durante las cuales presentará efectos colaterales los cuales debemos informar al paciente para evitar que los suspenda, además de que desaparecerán al continuarlos), teniendo su efecto máximo al 1er. mes, y continuarlo por lo menos hasta 6 meses, suspendiéndolo gradualmente; referente a la dosis adecuada, después de estudios realizados en México por Uriarte, se acepta que la administración de 25 a 75 mg diarios como dosis de sostén es efectiva en la mayoría de los casos, vigilando la presentación de los efectos colaterales que básicamente con anticolinérgicos. (22)

En la tabla No. 1 se presentan los Antidepresivos Tricíclicos más utilizados.

Entre los más importantes se encuentran :

La IMIPRAMINA, a dosis de 50 - 150 mg/día, con mejor efecto en aquellos casos de Depresión Inhibida.

La AMITRIPTILINA, con mucho el más utilizado por sus efectos en cualquier tipo de Depresión pero más en la de tipo Agitada, también se le atribuye efectos antimigrañoso, antiemético en la aplicación de quimioterapia, probable efecto antiulceroso, y en casos de dolores crónicos.

De los más nuevos que han salido al mercado, pero con los mismos efectos que los anteriores, se encuentra la MIANSERINA y la FLUOXENTINA, este último su acción a nivel liberador de Serotonina.

Como comentario importante no se recomienda combinarlos con IMAO y ansiolíticos. (22)

Tabla No. 1

FARMACOCINETICA, DOSIS DIARIA Y RANGO PLASMATICO TERAPEUTICO DE ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

M E D I C A M E N T O (nombre genérico y comercial)	VIDA MEDIA (Hrs)		DOSIS DE INICIO (mg/día)	DOSIS/DIA ADULTOS (mg)	RANGO DOSIS (mg/día)	RANGO PLASMATICO TERAPEUTICO (ng/ml)
	ME DIA	RANGO				
AMITRIPTILINA (Adepsique)	16	10-25	50	150-200	50-300	125-250
IMIPRAMINA (Tofranil)	28	18-34	50	150-200	50-300	150-300
TRIMIPRAMINA (Surmontil)	-	-	50	150-200	50-300	-
DOXEPIN (Sinequan)	17	8-24	50	150-250	50-300	75-200
PROTRIPTYLINA (Vivactil)	78	55-127	10	30-40	15-60	50-150
NORTRIPTYLINA (Aventil)	27	16-36	25	75-100	30-100	50-150
DESIMIPRAMINA (Norpramin)	21	12-30	50	150-250	50-300	150-300
DIBENZOXAZEPINA (Asendin)	-	8-30	150	150-200	50-300	160-800
MAPROTILINA (Ludiomil)	47	-	50	150-200	50-300	200-300
TRIAZOLOPIRIDINA (Desirel)	4	3-6	50-150	150-400	50-600	-

FUENTE: " Antidepressants : A clinical update for medical practitioners " Richardson III, Mayo Clin. Proc. 59:330-337, 1984

P R O B L E M A : -

Conforme se ha incrementado la evolución tecnológica, a la par se han incrementado de manera importante los trastornos afectivos, de los cuales el más frecuente con mucho es el Síndrome Depresivo, el cual por sus múltiples formas de presentación, síntomas y molestias referidas, ofrece frecuentemente dificultad para su diagnóstico, con variabilidad en grado de severidad y tiempo de duración; dicho cuadro puede acompañar a otro tipo de trastornos psiquiátricos, a un trastorno orgánico específico sobre todo enfermedades crónico-degenerativas, ó presentarse como entidades únicas, provocando importante malestar en las personas que lo padecen.

Conocer la frecuencia de la Depresión en pacientes con enfermedad crónica ó síntomas que no integran una entidad nosológica, ó somatizaciones, etc.; ya que estos pacientes acuden frecuentemente a la clínica por el mismo problema, medicación inadecuada, etc.

La Escala de Hamilton permite identificar el grado de Depresión, controlar su manejo y seguimiento.

J U S T I F I C A C I O N . -

Se considera que en México de un 60 a 70% de los pacientes que acuden con un Psiquiatra clínico presentan cuadros depresivos de variable intensidad, sin embargo, a pesar de su frecuencia pocos son los casos que se diagnostican sobre todo al Primer Nivel de Atención.

Cabe mencionar que en la clínica donde se realizó el presente estudio, los cuadros de Depresión en los últimos 3 años han estado en los primeros 5 lugares de demanda de atención médica general. (5)

Es importante mencionar que en fechas recientes los trastornos emocionales se han incrementado, siendo la Depresión el que se refiere con mayor frecuencia.

La Depresión se presenta con síntomas muy inespecíficos que pueden desorientar; en cuantas ocasiones acuden a la consulta pacientes que manifiestan frecuentemente cuadros inespecíficos como Cefaleas, Taquicardias, Dolores musculares, Trastornos gastrointestinales, etc., y que ya fueron manejados con todo tipo de medicamentos sin mejoría del cuadro, y que en realidad presentan un cuadro depresivo "enmascarado", el médico tiene la idea de que generalmente una persona se encuentra deprimida solo cuando presenta tendencia al llanto fácil ó facie de tristeza, ó cuando el mismo paciente nos refiere sentirse triste y acuden solicitando orientación, es bien sabido que como mecanismo de defensa inconciente el ser humano tiende a tratar de evitar el sufrimiento, tanto físico como emocional, descargando esta ansiedad hacia órganos ó presentando

do trastornos afectivos (como miedo, irritabilidad); trastornos intelectuales (como ideas de culpa ó fracaso, ensamblamientos obsesivos, etc.); trastornos conductuales (como actividad y productividad disminuida sobre todo en "hobbies" y área laboral, y el más importante los impulsos suicidas); trastornos somáticos (que son los que se presentan más frecuentemente como trastornos del sueño, del apetito, cefaleas, disminución de la libido, etc.) que en la mayoría de los casos deben investigarse intencionadamente para poder establecer el diagnóstico clínico del Síndrome Depresivo, que a su vez producen gran malestar físico, emocional y produce a la larga problemas familiares, laborales, sociales, y que en los casos más graves si no se dá el apoyo farmacológico y psicoterapéutico oportunamente presentan ideas ó intentos de suicidio. (1, 3).

Para llevar adecuadamente esta función es indispensable establecer una buena relación médico-paciente, además para el Médico Familiar el individuo es una parte del sistema que es la Familia, que se encuentra en constante movimiento, permitiendo así su adecuado desarrollo y funcionamiento en la sociedad, es por esto que alteraciones en el individuo repercuten en la Familia y viceversa.

Entre las características de nuestra época, figuran la prisa, competencia, el carácter cada vez más técnico, automático y despersonalizado del trabajo, así como el progresivo materialismo, el desprecio por la energía emocional. Estos fenómenos, junto con el conflicto radical en -

tre generaciones, tienen una influencia patógena, espe --
cialmente en individuos propensos y de acentuada emotivi-
dad; reportes de países industrializados, en los últimos _
30 años registran un aumento importante y progresivo de _
los Trastornos Afectivos, representados más comúnmente _
por la Depresión. Es por esto que la Atención a Primer Ni
vel es indispensable reconocer y evaluar su respuesta al _
tratamiento.

Mediante la aplicación de la Escala de evaluación de Ha
milton se evaluará la respuesta al tratamiento de Depre -
sión y observar los síntomas que se presentan más frecuen
temente, así como su relación con el sexo, edad, estado _
civil, profesión, grado de escolaridad, y número de hijos.

O B J E T I V O S . -

- 1.- Identificar la frecuencia de Depresión mediante la aplicación de la Escala de Hamilton.
- 2.- Identificar los síntomas más frecuentes de Depresión según sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, tipo de empleo.
- 3.- Proponerse como instrumento de evaluación del diagnóstico clínico, así como del seguimiento de los pacientes.

M E T O D O L O G I A . -

- 1.- Se eligió una Unidad de Medicina Familiar en el Distrito Federal, Clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
- 2.- Se eligieron pacientes mayores de 30 años de edad, de ambos sexos, adscritos a la clínica, que acudan a consulta por cuadro crónico ó síntomas somáticos inespecíficos y diagnóstico de Depresión, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 1988.
- 3.- Posteriormente se investigará en el expediente que los pacientes reúnan los criterios de inclusión.
- 4.- Se aplicará por parte del médico, el test que consistirá de ficha de identificación y Escala de Hamilton.
- 5.- El test será calificado de acuerdo al mayor y menor

puntaje obtenido, se obtendrá el promedio y la desviación standard para valorar el grado de Depresión, donde se obtuvo que para el grado Leve el de 6 a 18, para Moderado el de 19 a 29, y para Severo de 30 a 42. (15)

Durante la consulta normal se interroga al paciente sobre el motivo de su asistencia, en caso de referir síntomas inespecíficos, falta de respuesta al tratamiento ó con diagnóstico de Depresión al revisar su expediente, se le invita a participar en el estudio explicando la finalidad y tipo de preguntas, al otorgar su consentimiento se procede a aplicar la primera parte del cuestionario que consta de Ficha de Identificación con variables como estado civil, grado de escolaridad, ocupación, número de hijos, a continuación se aplica la Escala de Hamilton, aclarando las dudas que se presenten con alguna pregunta, al terminar se agradece su cooperación, se procede a la exploración física y elaboración del diagnóstico, indicando tratamiento, y en caso de cursar con Síndrome Depresivo se inicia Psicoterapia de apoyo y se valora el uso de antidepressivos.

P O B L A C I O N E S T U D I A D A . -

Se tomó muestra no aleatoria de la población adscrita a la Unidad, de 100 pacientes adscritos a la Clínica "Dr. Ignacio Chávez", y que cubrían los siguientes criterios :

I)- Criterios de Inclusión :

- a)- Pacientes mayores de 30 años de edad de ambos sexos, adscritos a la Clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
- b)- Sin padecimiento psiquiátrico conocido (Esquizofrenia, Paranoias, Psicosis, etc.).
- c)- Que acudan a consulta refiriendo síntomas persistentes e inespecíficos sin causa orgánica aparente ó falta de respuesta al manejo médico instituido.
- d)- Que deseen participar en el estudio, y con diagnóstico de Depresión.

II)- Criterios de Exclusión :

- a)- Pacientes menores de 30 años de edad.
- b)- Pacientes con padecimientos psiquiátricos conocidos.
- c)- Que no deseen participar en el estudio.

T I P O D E E S T U D I O . -

Descriptivo / Transversal

R E S U L T A D O S Y A N A L I S I S . -

El cuadro No. 1 nos muestra la frecuencia de presentación del Síndrome Depresivo, encontrando que 95 (95%) _ pacientes del estudio cursaban con algún grado de Depresión, casi el total de la muestra, esto nos sugiere que _ debemos descartarlo en todo paciente que curse con síntomas inespecíficos y con padecimientos crónico-degenerativos.

En el cuadro No. 2 podemos observar que, de los pacientes deprimidos, la mayoría, 53 (55.7%) cursaban con grado Leve, lo cual puede corresponder a una Neurosis de Ansiedad; con grado Moderado 35 (36.8%) pacientes, y solo 7 (7.3%) pacientes con grado Severo, de estos últimos _ debemos tener en cuenta el alto riesgo de suicidio; en este mismo cuadro mostramos la relación de acuerdo al sexo, observando su predominio en el sexo femenino en una razón de 2:1, corroborando con otros reportes (9, 17), pero _ contrario a otros (10), encontrando que el total de mujeres fué de 61 pacientes (64.2%) y de 34 (35.8%) hombres; con una razón de 1.5:1 ó 2:1 de acuerdo a cada grado de severidad.

El cuadro No. 3 nos muestra que se presenta con mayor frecuencia en la 4ta. década de la vida con un total de _ 32 (33.6%) pacientes, seguido de 30 (31.5%) pacientes en la 3ra. década de la vida, concordando con otros reportes (3, 9, 17), con una relación semejante en cada grado de severidad.

El cuadro No. 4 muestra que el Síndrome Depresivo se _

presentó más frecuentemente en casados con un total de 63 (66.3%) pacientes, no concordando con otros reportes (4, 10), consideramos conveniente comentar que sería interesante realizar un estudio sobre las relaciones maritales y el Síndrome Depresivo, ya que de acuerdo a su funcionalidad puede ser la causa ó un recurso de apoyo positivo. La mayoría cursaban con grado Leve, 39 (41%) pacientes, aunque también debemos tomar en cuenta que la mayor parte de los pacientes del presente estudio eran casados. Aquellos con relaciones no cercanas como viudos, solteros, separados ó divorciados fueron mucho menos frecuentes.

El cuadro No. 5 muestra la mayor presentación en empleados con un total de 35 (36.8%) pacientes, y en amas de casa en 27 (28.4%) pacientes, en ambos grupos la mayoría cursaban con grado Leve y Moderado, fué menos frecuente en obreros 4 (4.2%) pacientes y en oficinistas, en 7 (7.3%) pacientes.

El cuadro No. 6 muestra que predominó en aquellos pacientes que tenían de uno a dos hijos, 36 (37.8%) pacientes, donde 22 (23.1%) cursaban con grado Leve; aquellos que tenían de 3 a 5 hijos fueron 32 (33.6%) pacientes, donde 16 (16.8%) cursaban con grado Leve, y 12 (12.6%) con grado Moderado.

El cuadro No. 7 muestra que predominó en aquellos pacientes que solo contaban con educación básica con un total de 39 (41.0%) pacientes, donde 26 (27.3%) cursaban con grado Leve, y 11 (11.5%) con grado Moderado, le

siguió en frecuencia los que tenían nivel Medio Superior con un total de 31 (32.6%) pacientes, presentándose en igual número, 14 (14.7%) pacientes con grado Leve y Moderado; solo 11 (11.5%) pacientes eran Profesionales, y 6 (6.3%) cursaban con grado Leve.

En cuanto a los síntomas más frecuentes, el total de los pacientes deprimidos, 95 (100%) presentaban Ansiedad con síntomas orgánicos (cuadro No. 8), y 92 (96.8%) pacientes con Ansiedad con síntomas psíquicos, ambos suelen manifestarse como trastornos psicofisiológicos; esto se relaciona con el grado más frecuente que se presentó que fué el Leve, y que como mencionamos anteriormente correspondería a una Neurosis de Ansiedad. En 3er. lugar los "Trastornos del sueño por la mañana" se presentó en 85 (89.4%) pacientes, seguido de "Insomnio inicial" en 79 (83.1%) pacientes, disminuyendo el interés y eficacia en el trabajo y ocupación, el cual se presentó en 74 (77.8%) pacientes. El "Talante depresivo" que frecuentemente correlacionamos con este síndrome ocupó el 8vo. lugar en el presente estudio (cuadro No. 9), presentándose en 70 (73.6%) pacientes, de los cuales 34 (35.7%) cursaban con grado Moderado, y de estos 24 eran mujeres; resultando que antes de que una persona presente disminución del talante, previamente ya manifestó algún síntoma de ansiedad. La "Hipocondriasis" que comúnmente nos hace pensar en un trastorno emocional ocupó el 11vo. lugar, presentándola 60 (63.1%) pacientes, predominando en el grado Moderado con 30 pacientes, y de estos 23 eran muje-

res.

Las "Ideas ó intentos de suicidio" se presentaron solo en 13 (13.6%) pacientes (cuadro No. 10), predominando en los grados Moderado y Severo, esto debe alertarnos ya que constituye un 13% de la muestra total del estudio, además la gran mayoría de estos casos deben manejarse en un Segundo Nivel de Atención, pero debemos diagnosticarlo y prevenirlos oportunamente; además 9 eran mujeres y 4 hombres.

Cabe mencionar que al interrogar al paciente sobre idea ó intento de suicidio la mayoría nos referían "tengo hijos y les hago falta, además pienso en ellos", tomando nosotros esto como un recurso positivo en la presencia del Síndrome Depresivo.

Como pudimos percatarnos las principales manifestaciones referidas, en cualquier grado de Depresión fué la Ansiedad, ya sea con síntomas orgánicos ó psíquicos, seguido de trastornos del sueño con influencia en el trabajo y ocupación.

Cuadro No. 1

FRECUENCIA DE DEPRESION		
	Número	%
DEPRESION	95	95
NO DEPRESION	5	5
TOTAL	100	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 2

RELACION ENTRE SEXO Y GRADO DE DEPRESION

S E X O	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
FEMENINO	31	32.6	25	26.3	5	5.2	61	64.2
MASCULINO	22	23.1	10	10.5	2	2.1	34	35.8
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 3

RELACION ENTRE EDAD Y GRADO DE DEPRESION

E D A D (años)	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
30 - 39	15	15.7	13	13.6	2	2.1	30	31.5
40 - 49	17	17.8	11	11.5	4	4.2	32	33.6
50 - 59	12	12.6	6	6.3	1	1.0	19	20.0
60 ó más	9	9.4	5	5.2	0	0	14	14.7
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 4

RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y GRADO DE DEPRESION

ESTADO CIVIL	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CASADO	39	41.0	20	21.0	4	4.2	63	66.3
VIUDO	8	8.4	3	3.1	0	0	11	11.5
SOLTERO	3	3.1	4	4.2	0	0	7	7.3
SEPARADO	0	0	6	6.3	1	1.0	7	7.3
DIVORCIADO	2	2.1	2	2.1	2	2.1	6	6.3
UNION LIBRE	1	1.0	0	0	0	0	1	1.0
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 5

RELACION ENTRE TIPO DE EMPLEO Y GRADO DEPRESION

E M P L E O	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOGAR	15	15.7	12	12.6	0	0	27	28.4
OBRERO	3	3.1	0	0	1	1.0	4	4.2
EMPLEADO	17	17.8	15	15.7	3	3.1	35	36.8
PROFESIONAL	7	7.3	4	4.2	2	2.1	13	13.6
OFICINISTA	4	4.2	3	3.1	0	0	7	7.3
JUBILADO	7	7.3	1	1.0	1	1.0	9	9.4
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 6

RELACION NUMERO DE HIJOS Y GRADO DE DEPRESION

NUMERO DE HIJOS	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	3	3.1	3	3.1	2	2.1	8	8.4
1 - 2	22	23.1	13	13.6	1	1.0	36	37.8
3 - 5	16	16.8	12	12.6	4	4.2	32	33.6
6 ó más	12	12.6	7	7.3	0	0	19	20.0
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 7

RELACION NIVEL DE EDUCACION Y GRADO DE DEPRESION

NIVEL DE EDUCACION	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BASICA	26	27.3	11	11.5	2	2.1	39	41.0
MEDIA	7	7.3	6	6.3	1	1.0	14	14.7
MEDIA SUPERIOR	14	14.7	14	14.7	3	3.1	31	32.6
PROFESIONAL	6	6.3	4	4.2	1	1.0	11	11.5
TOTAL	53	55.7	35	36.8	7	7.3	95	100

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 8

ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ACUERDO
AL GRADO DE DEPRESION Y SEXO

S I N T O M A S	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	No.	%
1.- ANSIEDAD (síntomas orgánicos)	31	22	25	10	5	2	95	100
2.- ANSIEDAD (síntomas psíquicos)	29	21	25	10	5	2	92	96.8
3.- TRASTORNOS DEL SUEÑO POR LA MAÑANA	28	18	24	9	5	1	85	89.4
4.- INSOMNIO INICIAL	23	16	23	10	5	2	79	83.1
5.- TRABAJO Y OCUPACION	20	12	21	9	5	2	74	77.8
6.- VARIACIONES DIURNAS	19	15	24	10	4	2	74	77.8
7.- SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL	23	13	24	7	5	1	73	76.8

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 9

ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ACUERDO
AL GRADO DE DEPRESION Y SEXO (Continuación...)

S I N T O M A S	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERAD		SEVERA		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	No.	%
8.- TALANTE DEPRESIVO	21	9	24	10	5	1	70	73.6
9.- INSOMNIO O DESPERTARES INTERMEDIO	19	10	24	9	5	2	69	72.6
10.- EXCITABILIDAD	21	9	23	9	4	2	68	71.5
11.- HIPOCONDRIA	15	9	23	7	5	1	60	63.1
12.- IMPRESION PROPIA SO- BRE LA ENFERMEDAD	16	13	12	5	3	2	51	53.6
13.- SINTOMAS GENITALES	5	4	22	9	5	2	47	49.4
14.- SINTOMAS SOMATICOS (Gastrointestinales)	9	9	14	3	5	1	41	43.1

FUENTE : Formato de captación de datos.

Cuadro No. 10

ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS SINTOMAS DE ACUERDO
AL GRADO DE DEPRESION Y SEXO (Continuación...)

S I N T O M A S	D E P R E S I O N							
	LEVE		MODERAD		SEVERA		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	No.	%
15.- SINTOMAS PARANOIDES	3	6	14	8	4	2	37	38.9
16.- SENTIMIENTOS DE CULPA	8	2	13	6	5	2	36	37.8
17.- SINTOMAS COMPULSIVOS	3	5	15	6	5	2	36	37.8
18.- INHIBICION LENGUAJE Y PENSAMIENTO LENTO	10	2	12	2	4	2	32	33.6
19.- PERDIDA DE PESO	2	5	10	4	4	0	25	26.3
20.- S U I C I D I O	0	0	5	3	4	1	13	13.6
21.- DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION	1	2	1	2	3	2	11	11.5

FUENTE : Formato de captación de datos.

CONCLUSIONES . -

La gran mayoría de los pacientes que acuden a consulta refiriendo síntomas inespecíficos ó persistentes cursan con algún grado de Depresión. Esta entidad predomina en el sexo femenino en una razón 2 : 1, corroborando lo de otros autores, aquí cabe mencionar que este predominio también pueda deberse a que las mujeres acuden más a consulta que los hombres, pero no encontramos reportes previos que lo consideren, pero debemos tomarlo en cuenta.

Se presenta más frecuentemente en la 3a. y 4a. década de la vida, predominando en casados, además en cuanto a la ocupación, los empleados y amas de casa presentan predominantemente este síndrome, el número de hijos no corresponde a otros reportes, ya que nosotros lo encontramos mas frecuentemente en aquellas familias con 1-2 hijos y posteriormente en aquellas con 3-5 hijos, y en aquellas pacientes quienes solo contaban con nivel de educación básica.

La mayoría de los pacientes son erróneamente ó no son diagnosticados como Síndrome Depresivo, para lo cual debemos interrogar y explorar complete y adecuadamente.

Además este tipo de pacientes pueden manejarse en la gran mayoría de los casos en el Primer Nivel de Atención y casi siempre su primer contacto es con el Médico Familiar quien lo debe tratar en forma integral y como parte del sistema Familia, esperando que sea lo más funcional posible; evitando además su envío a un Segundo Nivel de Atención de manera innecesaria, solo en aquellos casos -

con riesgo de suicidio.

Todo paciente que acuda a consulta refiriendo síntomas inespecíficos ó síntomas orgánicos y/o psíquicos de ansiedad, así como trastornos del sueño (insomnio), debemos descartar algún grado de Depresión, tomando en cuenta que tiene diversas presentaciones y no solo lo presenta quien se encuentra triste ó tiene tendencia al llanto fácil; al diagnosticar y manejar adecuadamente esta patología prevenimos complicaciones y, favorecemos un desarrollo adecuado y productivo del paciente provocando su bienestar físico y emocional, disminuyendo así su asistencia constante a consulta y evitando el exceso de demanda de atención médica.

La Escala de Hamilton mostró ser un instrumento de apoyo de gran utilidad y confiabilidad en el diagnóstico de este síndrome, a pesar de retardar la consulta por el tiempo de su aplicación que es de 10 minutos, pero no debemos olvidar que no sustituye a la clínica.

Para finalizar recordemos que estos pacientes realmente "sufren" los síntomas que refieren, y se encuentran "enfermos", aunque no exista alteración orgánica demostrable. Es por esto que el médico de primer contacto debe reconocerlo oportunamente para su manejo oportuno y adecuado.

" VALORACION DE LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION "CEDULA DE ENTREVISTA

A)- FICHA DE IDENTIFICACION : No. entrevista: _____.

- Nombre: _____.
- Sexo: _____.
- Edad: _____.
- Edo. civil: _____.
- Expediente: _____.
- Dirección: _____.
- Fecha de aplicación: _____.

B)- EDUCACION :

- Básica (Primaria): _____.
- Media (Secundaria): _____.
- Media Superior (Preparatoria, Vocacional): _____.
- Profesional: _____.

C)- EMPLEO :

- Ama de casa: _____.
- Obrero: _____.
- Empleado: _____.
- Oficinista: _____.
- Profesional: _____.
- Jubilado: _____.

D)- INTEGRANTES FAMILIARES :

- No. de hijos: _____.
- Hombres: _____ Edades: _____.
- Mujeres: _____ Edades: _____.
- Otros: _____.

" ESCALA DE VALORACION DE HAMILTON "

(2da. parte)

- I.- TALANTE DEPRESIVO (tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo):
- 0. Ausente. ()
 - 1. Acepta los síntomas solo cuando se le preguntan. ()
 - 2. Comunica estos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto. ()
 - 3. El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal. ()
- II.- SENTIMIENTOS DE CULPA:
- 0. Ausentes. ()
 - 1. Autoreproche; siente que le ha fallado a los demás. ()
 - 2. Rumiación de errores pasados ó de malas acciones. ()
 - 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpa. ()
 - 4. Oye voces que lo acusan ó lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras. ()
- III.- SUICIDIO:
- 0. Ausente. ()
 - 1. Siente que la vida no vale la pena. ()
 - 2. Deseos de morir ó pensamientos fugaces de matarse. ()
 - 3. Ideas ó amagos suicidas. ()
 - 4. Intentos de suicidio. ()
- IV.- INSOMNIO INICIAL:
- 0. Nunca tarda en conciliar el sueño. ()
 - 1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda más de media hora en dormirse). ()
 - 2. Diariamente tarda en conciliar el sueño. ()

- 2 -

V.- INSOMNIO O DESPERTARES INTERMEDIOS:

0. Ausente. ()
1. Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche. ()
2. Despierta durante la noche. ()

VI.- TRASTORNOS DEL SUEÑO POR LA MAÑANA:

0. Ninguno. ()
1. Despertar muy temprano pero con capacidad para volver a dormir. ()
2. Despertar muy temprano sin poder volver a conciliar el sueño. ()

VII.- TRABAJO Y OCUPACION:

0. Sin ninguna influencia. ()
1. Se siente incapaz, cansado ó decaído en el trabajo, en el hobby u otra actividad. ()
2. Deficiente interés en actividades (trabajo ó hobby) requiere esfuerzo grande para concentrarse, lo exterioriza el mismo paciente ó permite reconocerlo de esta manera. ()
3. Emplea poco tiempo para el trabajo ó la actividad ó ejecuta un trabajo improductivo. En el tratamiento estacionario cuando solo desarrolla menos de 3 hrs. de ocupación por propia iniciativa. ()
4. No ha trabajado mas a causa de la enfermedad. En tratamiento hospitalario: cuando no hay ocupación espontánea. ()

VIII.- INHIBICION LENGUAJE Y PENSAMIENTO LENTO (dificultad para concentrarse, actividad motora reducida):

0. Lenguaje y pensamientos normales. ()
1. Lentitud moderada durante la exploración. ()
2. Lentitud notoria durante la exploración. ()
3. Exploración difícil. ()
4. Estuor. ()

- IX.- EXCITABILIDAD:
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Inquietud de las manos y extremidades. ()
 - 2. Movimiento circular de las manos y acción de mesarse los cabellos, morderse las uñas y los labios, etc. ()
- X.- ANSIEDAD (Síntomas psíquicos):
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Tensión interna, irritabilidad. ()
 - 2. Se preocupa por pequeñeces. ()
 - 3. Expresión temerosa con tensión de la cara y al hablar se exterioriza espontáneamente el temor ó la angustia. ()
 - 4. Estupor. ()
- XI.- ANSIEDAD (síntomas orgánicos):
- 0. Ninguno. ()
 - 1. Escasos. ()
 - 2. Regulares. ()
 - 3. Marcados. ()
 - 4. Extremos. ()
- XII.- SINTOMAS SOMATICOS (gastrointestinales):
- 0. Ninguno. ()
 - 1. Falta de apetito, come pero sin atractivo por la comida. Sensaciones gástricas. ()
 - 2. Tiene que ser estimulado para comer. Requiere laxantes y otros medicamentos gastrointestinales. ()
- XIII.- SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:
- 0. Ninguno. ()
 - 1. Sensación de pesadez corporal ó dolores, pérdida de vitalidad, fácil cansancio, etc. ()
 - 2. Mismos síntomas mucho más marcados. ()
- XIV.- SINTOMAS GENITALES (pérdida de la libido, trastornos de menstruación):
- 0. Ninguno. ()
 - 1. Escasos. ()
 - 2. Marcados. ()

- XV.- HIPOCONDRIA:**
- 0. No existe. ()
 - 1. Aumento de la autoobservación relacionado con el cuerpo. ()
 - 2. El paciente está lleno de temor por su salud. ()
 - 3. Numerosas quejas, exigencia de ayuda, etc. ()
 - 4. Delirio hipocondriaco. ()
- XVI.- PERDIDA DE PESO (llenar ya sea A ó B):**
- A)- De la anamnesis:**
- 0. No pérdida de peso. ()
 - 1. Probable pérdida de peso relacionado con la enfermedad actual. ()
 - 2. Pérdida de peso evidente. ()
 - 3. No valorado. ()
- B)- Después de pesaje semanal en la clínica:**
- 0. Sin pérdida ó menos de 0.5 Kg/sem. ()
 - 1. Más de 0.5 Kg/sem. ()
 - 2. Más de 1.0 Kg/sem. ()
 - 3. No valorado. ()
- XVII.- IMPRESION PROPIA SOBRE LA ENFERMEDAD:**
- 0. El paciente se dá cuenta de que está deprimido y enfermo. ()
 - 1. Admite estar enfermo pero lo atribuye a la alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, agotamiento, etc. ()
 - 2. La niega. ()
- XVIII.- VARIACIONES DIURNAS:**
- A)- Mencione si los síntomas son más marcados por la mañana ó por la tarde:**
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Más marcados por la mañana. ()
 - 2. Más marcados por la tarde. ()
- B)- Si existen variaciones diurnas, menciónese el grado con que se presentan:**
- 0. Ninguna. ()
 - 1. Moderadas. ()
 - 2. Marcadas. ()

- 5 -

**XIX.- DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION (enajenación,
sensación de irrealidad):**

- 0. No existe. ()
- 1. Leve. ()
- 2. Mediana. ()
- 3. Severa. ()
- 4. Extrema (el paciente es capaz de ma-
nejarse a sí mismo). ()

XX.- SINTOMAS PARANOIDES:

- 0. Ninguno. ()
- 1. Desconfianza. ()
- 2. Ideas de referencia. ()
- 3. Delirio de referencia y de persecución. ()

XXI.- SINTOMAS COMPULSIVOS:

- 0. Ninguno. ()
- 1. Leves. ()
- 2. Severos. ()

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

- 1.- BENKERT, O.; "Reconocimiento del Síndrome Depresivo", Primera Edición, Hoechst, 1981.
- 2.- BRONISCH, T.; "Depressive Neurosis", Acta Psychiatric Scand., 1985, Vol. 71.
- 3.- CALDERON, N.G.; "Depresión, causas, manifestaciones, y tratamiento.", Primera impresión, Julio 1987, Editorial TRILLAS.
- 4.- CROWTHER, J.H.; "The relationship between depression and marital maladjustment. A descriptive study.", The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 173, No. 4, 1985.
- 5.- Departamento de Estadística de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE.
- 6.- EISEMANN, M.; "The relationship of personality to social network aspects and loneliness in depressed patients.", Acta Psychiatric Scand., Vol. 70, 1984.
- 7.- EISEMANN, M.; "Social class and social mobility in depressed patients.", Acta Psychiatric Scand., 1986.
- 8.- HAMILTON, M.; "A Rating Scale for Depression.", Journal Neurol. Neurosurg. Psychiatric, Vol. 23, 1960.
- 9.- HARRISON; "Principios de Medicina Interna.", 10a. Edición, Vol. 2, 1987.
- 10.- HIRSCHFELD, R.; "Epidemiology of affective disorders" Arch. Gen. Psychiatry, 39, Enero 1982.

- 11.- IHEZUE, U.H.; "Prevalence of depressive symptoms among patients attending a general outpatient clinic.", Acta Psychiatr. Scand., 1986:73.
- 12.- KAPLAN, H.; "Comprehensive Textbook of Psychiatry III" Vol. 2, 1984.
- 13.- KEARNS, P.N.; "A comparison of Depression Rating Scales.", Brit. Journal Psychiatr., Vol. 141, 1982.
- 14.- LOLAS, F.; "La investigación psicofisiológica de los trastornos depresivos.", Salud Mental, Vol. 6, No. 1, primavera 1983.
- 15.- ORTEGA, S.H.; "Estudio del grado de confiabilidad y validez de la Escala Modificada de Hamilton para Depresión; versión castellana en población de pacientes con Depresión Mayor Unipolar.", Tesina, Departamento de Psiquiatría, UNAM, 1987.
- 16.- PERRIS, C.; "Presentation of a subscale for the rating of Depression and some additional items to the Comprehensive Psychopathological Rating Scale.", Acta Psychiatric Scand., Vol. 70, 1984.
- 17.- PICHOT, P.; "DSM III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.", American Psychiatric Association Masson, S.A., 3a. Edición, 1984.
- 18.- RICHARDSON III, J.; "Antidepressants: A Clinical Update for Medical Practitioners.", Mayo Clinical Proc. 59, 1984.
- 19.- ROBERTS, R.E.; "Depression in the Community. , Prevalence and Treatment.", Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 39, Dec. 1982.

- 20.- ROBERTS, R.; "The Center for Epidemiologic studies Depression Scales; its use in a comunity sample.", American Journal Psychiatry, Vol. 140:1. January 1983.
- 21.- SARTORIUS, N.; "Epidemiology of depression.", Who Cronicle, 29:423-427, 1975 ✓
- 22.- URIARTE, V.; "Psicofarmacología.", 2a. edición, Nov._1987, Editorial TRILLAS.
- 23.- VALLEJO, R.L.; "Síndromes Depresivos.", Tratado de Medicina Práctica MEDICINE, México, 1a. serie 35, 111 -118, Agosto 1984.
- 24.- ZUNG, W.M.K.; "A self-rating depression scale.", Arch.Gen. Psychiatry 12:63, 1965.