

11226  
153  
2 E.

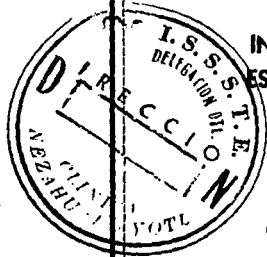


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**



**INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS  
ESPECIFICOS EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA  
NEZAHUALCOYOTL I. S. S. S. T. E.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :**

**DR. EDUARDO URRUTIA TORRES**

**ASESOR DE TESIS:**

**DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES**



**MEXICO, D. F.**

**FEBRERO DE 1985**

**FALLA DE ORIGEN**



## **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.

DRA. MARTHA HILDA RODEA FUENTES  
asesor de tesis ISSSTE.

## AGRADECIMIENTOS.

A mis padres Aureliano y Paulina que con su cariño y ternura contribuyeron toda su vida para apoyarme en mi carrera y ahora mi especialidad.

A mis hijas Lilliana y Erika que por su inmenso amor me motivaron a seguir luchando por todo

A mi Familia como ejemplo para todos aquellos que tienen aprecio por mi carrera y sea estímulo para el desarrollo de su vida profesional.

A mis pacientes que gracias a ellos me he llenado de experiencias e infunden amor para estudiar y practicar la medicina.

**AGRADECIMIENTO.**

Mi muy especial agradecimiento a la Dra Maria De los Angeles Tavera D. que con su brillante asesoría y colaboración se logro todo lo de este trabajo.

**AGRADECIMIENTO.**

al recuerdo de la madre de mis Hijas  
el cual sirvió como estímulo para mi  
superación personal y profesional.


INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS  
EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA NEZAHUALCOYOTL  
I.S.S.S.T.E.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. EDUARDO URRUTIA TORRES

A U T O R I Z A C I O N E S



DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA U.M.F. NEZAHUALCOYOTL  
ASESOR DE TESIS



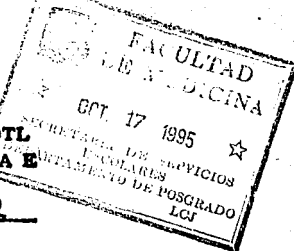
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
I.S.S.S.T.E.

I. S. S. S. T. E.  
C. NEZAHUALCOYOTL  
JEFE DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

Libro 1 Hoja 32

Folio 004

Fecha de Expedición 07/04/95



INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS  
EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA NEZAHUALCOYOTL  
I.S.S.S.T.E.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

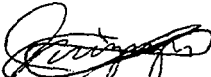
P R E S E N T A:

DR. EDUARDO URRUTIA TORRES

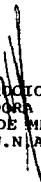
A U T O R I Z A C I O N E S



DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMIREZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



INCIDENCIA DE LOS TRANSTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS  
EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA NEZAHUALCOYOTL  
I.S.S.S.T.E.

---

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S



DR. FRANCISCO JOSE LIZCANO ESPERON  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NEZAHUALCOYOTL  
I.S.S.S.T.E.

## I N D I C E

### TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

Marco teórico	2 pag.
Trastornos afectivos específicos	15 pag.
Definición	15
Clasificación	16
Epidemiología	18
Etiología	21
Rasgos clínicos y Diagnóstico	32
Diagnóstico diferencial	39
Tratamiento	41
Trastornos distímicos	48
Trastornos ciclotímicos	58
Trastorno depresivo atípico	62
Trastorno bipolar atípico	65
Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	74
Entrevista Psiquiátrica Modificada	77
Incidencia de los trastornos afectivos específicos en la población de la consulta externa en la clínica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE.	81
Objetivos	82
Planteamiento del problema	83
Justificación	84
Material y métodos	85
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	87
Resultados	88
Cuadros de Resultados	91
Gráficas de Resultados	96
Conclusiones	106
Bibliografía	108

**TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS**

## MARCO TEORICO

En la mayoría de las veces en la relación médico paciente, las actitudes del médico en su práctica cotidiana, aunadas a su percepción de lo relevante, su interpretación de ciertos hechos clínicos y también su conducta terapéutica, depende de la imagen que tiene del hombre, por lo que si es una imagen fragmentada, una mera yuxtaposición de datos, es posible que manifestaciones que emergen de la totalidad integrada de la personalidad humana, como sería la angustia, queden fuera del campo de su interés, sin embargo si el médico ve al hombre como una totalidad, como un ser que está consiente de su vulnerabilidad y de su finitud, dotado de imaginación, la angustia es contemplada como algo que emerge de la naturaleza humana y juega papel importante en la vivencia de la enfermedad.

Es aquí dond  surge la importancia de tomar en cuenta en forma total al ser humano y darle importancia a sus estados emocionales causantes de verdaderas enfermedades s micas.

Por lo que los desordenes de la afectividad son importantes para el desarrollo integral del individuo en relación con el desarrollo de alguna proceso patológico.

Asi p s la angustia se puede definir como la relación de la reacción global de la persona, cuando percibe una amenaza a su existencia organizada, es una reacción desde el punto de vista descriptivo, que incluye aspectos, emocionales, cognocitivos, s micos y conductuales.

La angustia se debe diferenciar de otros estados relacionados con esta o que se le superponen, como el término "stress" se refiere a la respuesta de tensión sostenida del organismo ante demandas que lo situ n en los límites de su adaptación, también es conveniente señalar las diferencias entre angustia y miedo, dado que ambos casos se tratan de reacciones ante amenaza, el sujeto tiene miedo cuando evalúa como peligrosa en términos de sus recursos para contender

con ella, una situación objetiva y localizada. En la angustia la amenaza es más difusa y subjetiva y el miedo en su forma pura esta relacionado con el presente, en tanto que en la angustia hay un elemento prospectivo, es decir que como la esperanza por lo que ésta orientada hacia el futuro.

La persona que sufre angustia siente que un peligro la envuelve " por todos lados y por ninguno ", siendo el miedo así en todo caso una emoción menos envolvente que la angustia, por lo que decimos que "tengo miedo" y en cambio decimos "estoy angustiado".

Otra diferencia esencial, es que en tanto que el miedo suscita una acción-fuga o ataque, en la angustia es paralizante y por lo tanto más disruptiva, hasta el punto de llegar a experimentarse como la "disolución de uno mismo" cuando esta adquiere su máxima intensidad. Distinguiéndose a la angustia y al miedo en base a su fenomenología, pero esta distinción en algunos casos, no es tan clara ni tajante.

En vista de estos muchos autores piensan que es preferible no contemplar al miedo y a la angustia como fenómenos que son diferentes si no como puntos a lo largo de una línea continua, aunque la angustia es la más displacentera de las emociones, puede en ciertos grados y en ciertos sujetos que deliberadamente buscan el peligro, ser placentera

La angustia es como el dolor y como el miedo, un recurso de la especie para asegurar su supervivencia, en principio el miedo y la angustia son reacciones de alertamiento del organismo que se apresta para no ser tomado por sorpresa.

En grados discretos, la angustia facilita las funciones cognitivas, promueve el aprendizaje y prepara al organismo, a contender con los obstáculos y a encontrar soluciones, es cuando se rebasan los límites de la tolerancia fisiológica, cuando se convierte en un estado patológico, desorganizado y disruptivo, que puede causar al organismo daños severos y aún más puede destruirlo, el que los organismos puedan morir a causa de un exceso de sus propias defensas en una paradoja de la biología.

La angustia tiene precursores en la escala zoológica,

que son ya aparentes en las aves y muy notable en los mamíferos. En la naturaleza el animal se mantiene en estado de alerta y dispuesto a huir o atacar según su apreciación tanto del peligro como de su capacidad de contender con él. El peligro efectivamente, este estado de alertamiento de los animales es precursor de la angustia, que es una experiencia humana.

Por lo que es necesario distinguir entre angustia normal y angustia patológica, siendo la primera compañera del hombre desde su nacimiento hasta su muerte, inherente al crecimiento, en tanto que el crecimiento significa abandonar fuentes de seguridad e internarse en lo desconocido, asimismo es normal la angustia del artista o el científico en su proceso creativo.

El origen y el grado de angustia que sufren los humanos depende de su dotación biológica y de las condiciones propias de cada sociedad y de cada cultura, la mayoría de las personas buscan seguridad y cada sociedad y cada cultura provee a quienes participan de ellas, de defensas contra la angustia existencial en la forma de ideología, valores, diseños de vida etc., que son eficaces. En tiempos de cambio social acelerado la angustia se hace más prevalente y más explícita, precisamente porque fallan esos mecanismos culturales precondicionados y a un número creciente de personas les resulta difícil contender, sin esa ayuda, con las circunstancias adversas de sus vidas.

Las condiciones sociales y culturales son fuente de la angustia y determinantes de sus contenidos, lo cual se pone evidencia si comparamos la situación del hombre primitivo y la del hombre civilizado, el hombre primitivo vive en un mundo poblado de demonios y por los espíritus errantes de sus muertos, no tiene ciencia y por lo tanto, no comprende al cosmos en términos de la naturaleza, intenta atenuar su angustia refugiándose en el mito y la magia, la idea del "salvaje feliz" parece estar muy alejada de la realidad.

Los logros del hombre moderno, en cuanto al conocimiento y al dominio de la naturaleza, son asombrosos, pero ocurre

que en el proceso de dominar y explotar a la naturaleza, el hombre se ha separado de ella y también se ha alienado de sí mismo, el hombre moderno que sojuzgó a la tierra y conquistó el espacio no sufre angustia primal, no teme, como los antiguos mexicanos, que ya no salga el sol, pero. Sin embargo, ocurre que la angustia en nuestros tiempos tiene otras fuentes.

Quienes hablan del hombre moderno y de su sentimiento de futilidad y de su falta de propósito y sentido tocan cuerdas sensibles, generalmente se reconoce que el hombre moderno carece de marcos efectivos que le provean orientación y le susciten devoción, es decir de pensamientos filosóficos y de valores orientadores.

La violencia irracional, el trabajo compulsivo, la drogadicción, etc. son algunas formas regresivas que el hombre moderno pone en juego para evadirse de la angustia y del tedio.

En cada sociedad y en cada cultura las contradicciones son vividas por los individuos en forma personal, la dotación genética, la biografía y las circunstancias de cada quién, establecen las diferencias individuales, por otra parte, cada época de la vida: infancia, adolescencia, climaterio y senectud, tiene sus fuentes de angustia propias.

En cualquier condición la angustia es un estado de alertamiento fisiológico que tiene manifestaciones sistémicas como sensación de constricción en el pecho, palpitaciones, disnea, sequedad de la boca, mareos, aflujo de sangre de la piel, aumento del volumen del pulso en los dedos, sudores, etc., algunos de estos cambios fisiológicos pueden ser estimados en forma directa, por ejemplo, registrando la conducción en la piel de la palma de la mano o midiendo la secreción salivar o el diámetro de la pupila, en un estado de angustia se registran también cambios en el electroencefalograma, estos cambios consisten en el aumento de la actividad Beta y la disminución del ritmo Alfa, sin embargo ni los cambios fisiológicos ni los cambios electroencefalográficos son específicos de la angustia sino que son la expresión

sión del alertamiento emocional.

El alertamiento, es un proceso subyacente común a todos los estados emocionales intensos, como el pánico, la cólera, la excitación sexual, que ocurre en respuesta a estímulos externos o internos, tales como ciertos contenidos del pensamiento, la emoción de que se trata se define y es identificable por el relato introspectivo de la experiencia del sujeto y por su conducta explicativa, en el animal que se prepara para la fuga o para el ataque hay pocas diferencias, y algunas de ellas no son muy claras, algunas de esas diferencias son el aumento de la frecuencia del pulso, más notable en el miedo que en la angustia, y el aumento de la presión diastólica que es más notable en la cólera.

Algunos correlatos somáticos de la angustia son conocidos se le relaciona con la activación del sistema que forma la médula suprarrenal y el sistema nervioso simpático como es el aumento de epinefrina en la sangre y el de los niveles séricos de cortisol, colesterol, ácidos grasos y ácido úrico. En la cadena de reacciones corporales que son comunes en la angustia, ésta también implicado el laberinto y sus condiciones centrales con el sistema reticular. También en parte conocidas son las áreas del cerebro implicadas en la angustia, las más directamente relacionadas son la amígdala del lóbul temporal y el sistema reticular, se postula que la angustia se produce cuando la excitación en estas áreas alcanza un nivel crítico que rebasa la capacidad del organismo para su integración, si se estimula experimentalmente el núcleo amigdalino en el animal de experimentación, suscitan en él reacciones de miedo y de angustia.

En 1967 Pitts y McClure propusieron la hipótesis de que un aumento en los niveles de lactato en el suero juega un papel importante en la patogénesis de la angustia, la hipótesis se fundó en la observación de que la inyección intravenosa de lactato de calcio causa en algunas personas un estado emocional semejante a la angustia, sin embargo la idea de que éste sea el mecanismo subyacente en la angustia patológica ha sido rebatida porque el experimento tiene falla



El propanolol, un bloqueador de los receptores simpáticos es un fármaco que atenúa algunos de los síntomas de la angustia, particularmente las manifestaciones del ritmo cardíaco, las palpitaciones, la opresión, la disnea, los temblores y la fatigabilidad, si bien no modifica significativamente el estado subjetivo, es decir, la experiencia de angustia, es poco probable que un despertamiento fisiológico periférico sea el determinante causal de angustia en personas neurótica. De la literatura sobre este tema se desprende que ni la elevación de lactato en el suero, ni los patrones específicos de cambio autonómico son condiciones patogénicamente necesarias para que se experimente el estado mental de angustia, las personas que sufren angustia neurótica hace claramente esta distribución entre estado mental y manifestaciones periféricas. Precisamente los experimentos de Schachter, han contribuido a esclarecer la distinción entre el aspecto cognocitivo específico de una emoción y el alertamiento fisiológico que es común a varias emociones, este investigador inyectó dosis pequeñas de adrenalina a varios sujetos que ignoraban cuál era el efecto esperado, experimentando algunos angustia y otros experimentaron euforia o cólera de acuerdo con las señales que les dieron otros sujetos que simulaban experimentar estos efectos, los experimentos de Schachter sugieren que en el alertamiento intenso, el contenido de la emoción está dotado por el factor cognitivo anticipado, la apreciación cognitiva de los estímulos tiene asiento en la corteza cerebral, en tanto que el alertamiento es función de la formación reticular.

La Angustia Patológica.- En la angustia patológica se debe distinguir de la angustia normal y de la angustia inherente a la condición humana, es decir la angustia existencial, la angustia es patológica por su intensidad, persistencia y porque tiene relación con amenazas que no son reales, también es necesario distinguir entre diferentes formas de angustia patológica, una de ellas es la angustia-habilidad como un rasgo habitual de ciertas personalidades,

Otra forma de angustia patológica es experimentada como algo que por su calidad o por su intensidad es nuevo para las personas, una persona angustiada puede sufrir en ciertas circunstancias una agudización de su angustia habitual o bien una persona generalmente no angustiada se ve súbitamente sobrecogida por una crisis de angustia, en general puede decirse que la angustia es un problema médico cuando la persona que la sufre se siente incapaz de contender con ella, ya hemos indicado que la angustia es patológica por su intensidad, su persistencia y su falta de relación con eventos amenazantes reales, Lader estima que en la población general la prevalencia de los estados de angustia patológica entre el 2 y 5 %. Por otra parte del 7 al 16 % de todos los pacientes psiquiátricos han tenido alguna vez alguna forma de angustia patológica y el 3 % de los pacientes que consultan a un cardiólogo no sufre desórdenes cardiovasculares sino alguna forma de angustia.

Las crisis de angustia se distinguen por su carácter súbito y la ausencia de motivos que puedan considerarse reales, ocurre que una persona hasta entonces estable, presenta una crisis de angustia durante la cual teme morir enloquecer o perder la conciencia, otra persona acude a la consulta porque su angustia habitual se han agudizado y esta rebasando su capacidad para contender con ella, otra más sufre una fobia, angustia que se suscita solamente en presencia de un objeto, actividad o situación que en si misma es inocua, pero que para la persona afectada simboliza algo realmente terminable, la persona que sufre una fobia reconoce que su temor no es proporcionado ni razonable, pero no puede evitarlo, una forma clínica más tiene como contenido el sentirse perseguido y vigilado es la angustia paranoide.

Las fobias son síntomas frecuentes en los estados de angustia, en ocasiones las formas se combinan con obsesiones Como las neurosis obsesivas uno de los síntomas más frecuentes sea el miedo irracional a lo sucio y a la contaminación.

La agorafobia es una de las fobias más frecuente, el síntoma se inicia generalmente en la segunda o tercera década de la vida y casi siempre es precedido por ataques recurrentes al pánico, lo que aterra al enfermo es la posibilidad de encontrarse en situación que necesita ayuda y no poder obtenerla, el trastorno puede presentarse en forma episódica y recurrente.

La persona que sufre de fobia social, se angustia ante situaciones sociales específicas que anticipan no poder manejar y por ello trata de evitar hablar o comer en público, sonrojarse, escribir en presencia de otros, usar lavatorios públicos, etc. La aprensión fundamental en estas personas es el ser descubiertos por otros en su incapacidad y a causa de ello sufrir humillación y vergüenza, es común que algún familiar de la persona que sufre fobia social, sufra también este desorden.

La angustia subyacente es la clase de problema en algunos casos de alcoholismo, es necesario distinguir entre alcoholismo cuyo consumo excesivo del alcohol tiene relación directa con estados episódicos de angustia o depresión y otros cuya angustiability como un rasgo anormal del carácter les inclina desde una edad temprana a buscar alivio a través del alcohol, teniendo mejor pronóstico los primeros.

Hay casos en los cuales la angustia no es muy aparente, pero su presencia, puede inferirse, la persona no se siente libre, actúa compulsivamente o bien se inhibe ante ciertas situaciones que teme pueda despertar angustia, el precio que el precio que paga por no sentir angustia, es elevado en términos de pérdida de espontaneidad y autonomía.

Actualmente se tiende a poner menos énfasis en la distinción entre angustia y depresión, ciertamente, la forma de angustia más frecuentemente observada en la clínica es parte del cuadro sintomático de las depresiones endógenas, es interesante señalar que los desórdenes bioquímicos, subyacentes en los estados de angustia y en los estados depresivos, son similares, por otra parte los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuya acción antidepressiva está

firmermente establecida, son eficaces en el tratamiento de los estados de angustia en el 50 % de los casos, esto sugiere que en este grupo de enfermos, la angustia enmascara un estado depresivo que es el desorden principal, sin embargo, el desenlace es generalmente mejor en las depresiones típicas que en los estados de angustia. De acuerdo a Martín Roth, que las enfermedades depresivas pueden ser diferenciadas clínicamente de los estados de angustia y que el concepto dicotómico de los desordenes afectivos se ajusta más a la clínica que el punto de vista que pone el acento en su continuidad, por lo tanto, es necesario distinguir entre las depresiones en las cuales la angustia es una parte prominente del cuadro y la neurosis de angustia.

Las causas de la angustia patológica son en gran parte desconocidas. Por lo que es de opinión común aún entre los médicos y otros profesionales de la salud mental, que estados cuya expresión psicológica como en la angustia o la depresión son prominentes, se deben necesariamente a causas psicológicas y que estas causas son conflictos psicológicos cuyas raíces se hunden en la infancia, así ocurre aparentemente en algunos casos, pero muchos estados de angustia no pueden ser relacionados con un conflicto psicológico específico ya sea consciente o inconsciente, actual o pasado, está hipótesis es generalmente aceptada por los pacientes quienes sufren intensamente y necesitan tener alguna explicación razonable a su sufrimiento. La activación de conflictos latentes generados en experiencias generales o específicas desafortunadas del pasado, juega un papel en la angustia de enfermos neuróticos, la naturaleza de estos conflictos es discernible cuando se consideran las situaciones desencadenantes y los contenidos fóbicos, del mismo modo, es necesario señalar que si bien un eslabón en la cadena de eventos que conducen a la angustia puede ser una situación real y actual de amenaza grave a la vida o a la capacidad para vivir autónomamente como ocurre a algunas personas que han sufrido recientemente un infarto del miocardio, también ocurre que

la angustia patogénica se genere en causas no psicológicas

Los circuitos neurales y endócrinos que son el sustrato, de la angustia pueden ser activados a causa de diversas condiciones patológicas tales como el hipertiroidismo, la epilepsia, los estados postraumáticos cerebrales, las intoxicaciones con sustancias estimulantes y alucinantes, etc.

Se ha señalado que la angustia es un componente casi ausente en los estados depresivos endógenos pero conviene agregar que con alguna frecuencia la angustia está presente ya sea en forma abierta o encubierta, en otros desordenes Psiquiátricos como la neurosis obsesiva, hipocondriasis, histeria, estados paranoides, hipomanía, alcoholismo, adicciones a drogas o conducta socio-pática.

Freud distinguió entre angustia como "señal de alarma" y angustia "desencadenada", considerando que sólo esta última es patológica, explicando la angustia como resultado de la represión de fuerzas instintuales que amenaza irrumpir en la conciencia y alterar el equilibrio de la personalidad, modificando más tarde su punto de vista y pensó que la angustia no es resultado sino precisamente causa de la represión, es reprimido aquel que genera angustia.

Freud postuló que la primera experiencia de angustia que tiene el niño es la angustia de la separación, la que experimenta al quedarse solo, en la oscuridad, o con personas extrañas.

Los estudios de gemelos, han demostrado que la angustia patológica tiene componentes hereditarios, la aplicación de cuestionarios a gemelos monocigotos y dicigotos, normales o que sufre angustia tienden a demostrar los mismos componentes genéticos, en estudios de familias de pacientes que sufren "neurosis de angustia" se encontró que alrededor del 15 % de los padres y hermanos están afectados en forma semejante, los estudios clínicos apoyan la interpretación de estas observaciones.

Slater y Shields en una serie no seleccionada y amplia

se encontró una concordancia en los pares de gemelos monocigotos con neurosis de angustia, de solamente un 4 % fué menos frecuente encontrar una historia familiar positiva en los padres concordantes que en los discordantes, los estudios de gemelos coinciden en cuanto a que los pares monocigotos son más parecidos que los pares dicigotos con respecto a la neurosis y muestra semejantes en cuanto a angustias, fóbias u obsesivas, los datos obtenidos a partir de gemelos criados por separado y la observación de que no se ha encontrado gran cantidad de gemelos monocigotos en poblaciones neuróticas hace desistir de explicar los hallazgos solamente en bases ambientales, aunque no podemos negar la importancia del medio ambiente.

La interacción de la angustia y la personalidad son base importante, por lo que el temperamento y la personalidad influyen en la intensidad de la angustia que una persona experimenta en respuesta al stress psicosocial y también en el grado y formas en las cuales es expresada, en un sujeto con personalidad previa estable que actualmente sufre un estado de angustia, se puede prever que el problema evolucionará favorablemente, algunos rasgos de la personalidad como son la tendencia a las preocupaciones excesivas, la rigidez, el perfeccionismo, la hipersensibilidad y el sentimiento exagerado de responsabilidad, predispone a la angustia.

Eitinger en Noruega, en 200 sobrevivientes de campos de concentración, mostraron que dos terceras partes del grupo sufría angustia crónica no relacionada con su vida actual, aparentemente, la frustración y la angustia sostenida por mucho tiempo dejaron huella persistente.

En los niños las experiencias más tempranas de angustia se pueden encontrar en relación del niño con su madre, por un tiempo insólitamente prolongado, el niño permanece dependiente de su madre, la madre ampara al niño y le da seguridad o le desampara y el niño sufre angustia, además es un hecho que la madre angustiada trasmite su angustia al

niño, en los niños pequeños, la angustia se expresa como un desorden fisiológico global, aún cuando una función como la digestiva, pueda estar más alterada que otras, la angustia que experimenta un niño al encontrarse solo con un extraño alcanza su máxima intensidad a los 8 meses de edad, la angustia de la superación alcanza su máxima intensidad a los 16 meses, la angustia del niño o síntoma principal a través del cual se expresa, forma un sistema circular con la angustia de la madre, la angustia impide a la madre percibir objetivamente las necesidades del niño y responder a ellas en forma apropiada.

El tratamiento de la angustia patológica abarca dos aspectos psicoterapeuta y farmacológico.

El manejo psicoterapéutico de un estado agudo de angustia requiere en un primer paso atenuar el pánico del paciente, dándole una explicación racional acerca de su sufrimiento y persuadiendolo de lo infundado de sus anticipaciones catastróficas, el apoyo psicológico es esencial pero los medicamentos tranquilizantes permiten atenuar un estado agudo de angustia que en caso de prolongarse puede resultar intolerable, el examen médico cuidadoso, incluyendo los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para descartar factores orgánicos como el hipertiroidismo, no deben posponerse, pero una vez realizados, tampoco deben repetirse solamente porque el paciente así lo desea, si la angustia es sólo un componente de la depresión, aún cuando sea importante, está última debe ser reconocida y tratada como el problema principal, mediante medicamentos antidepresivos ya que los tranquilizantes no modifican el cuadro en forma significativa, en neurosis de angustia, la combinación de un tratamiento psicoterapéutico y el adiestramiento del enfermo en la relajación muscular, son un tratamiento adecuado.

En todo caso de angustia patológica el manejo psicoterapéutico es indispensable, como cuando una persona puede sentir angustia y temblarle las manos cuando alguien lo

mira , es claro que se debe investigar qué es lo que imagina de los demás pueden ver en él. En las fobias a las tormentas o a los temblores, también es necesario ayudar al paciente a desentrañar el sentido simbólico de sus síntomas, comprender no es sinónimo de dejar de temer, pero es un paso inicial, eventualmente el paciente debe enfrentar las situaciones u objetos temidos por él, ya sea directamente en la vida real o previa desensibilización en la fantasía.

En las fobias monosintomáticas, relativamente poco frecuente, el tratamiento de elección es la desensibilización sistemática , este tratamiento consiste en someter al paciente a la experiencia de los estímulos fóbicos imaginados en un estado de relajación muscular inducido, Wolpe parte del hecho del que la angustia es una respuesta etiológicamente relacionada con niveles elevados de despertamiento y tensión muscular, postulando que la relajación y la desensibilización conducen a la disminución de la angustia por un proceso de inhibición recíproca.

El uso de los fármacos tranquilizantes, es un recurso valioso, pero su acción sintomática debe ser reforzada por el apoyo y el esclarecimiento.

West y Dally mostrarán la efectividad de los inhibidores de la monoaminooxidasa, el tratamiento de lo que describen como estados depresivos atípicos que se acompañan de fobias e irrealidades.

Sargent y Dally encontrarán que un grupo de pacientes con síntomas severos de angustia y fobias respondían al tratamiento con Imipramina, los medicamentos del tipo los inhibidores de la monoaminooxidasa, actúan favorablemente en los casos generalmente rebeldes de neurosis de angustia, hoy día es un hecho generalmente reconocido por psiquiatras clínicos que una proporción importante de estados de angustia y de estados fóbicos severos pueden ser manejados con éxito si se combina la psicoterapia con los medicamentos como la Fenelcina.

Siendo una función del médico calmar la angustia en su paciente cuando este la presente.



## TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

### DEFINICION

Los trastornos afectivos específicos son un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella, el estado de ánimo suele hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que colorean toda la personalidad y la vida psíquica, el estado de ánimo puede estar normal o estar elevado o deprimido, los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño autoestima e ideas de grandeza los pacientes con el estado de ánimo deprimido muestra pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio.

### CLASIFICACION

Los trastornos afectivos se clasifican dentro del DSM-III (Manual de diagnóstico y estadística de desordenes mentales, 3a.Ed. de la Asociación Americana de Psiquiatría 1980).

Donde se agrupan a todos los trastornos afectivos, dentro de este grupo, la subcategoría de trastornos afectivos mayores incluye al trastorno bipolar (mixto, maniaco, deprimido) y la depresión mayor (episodio único o recurrente).

Existen, además dos categorías adicionales de trastornos afectivos, otros trastornos afectivos específicos (el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico) y el trastornos afectivo atípico (trastorno bipolar atípico y depresión atípica).

Se han suscrito muchas otras subclasificaciones de la depresión, como depresión neurótica, recreativa, psicótica y endógena, aunque algunas de estas subclasificaciones se analizan en este capítulo, el estudiante debe saber que

existe bastante confusión en este campo, y que es mejor concebir la depresión clasificada en dos categorías mayores de trastornos bipolar (definido por uno o más episodios maniacos) y depresión mayor o unipolar (definida por una o más depresiones sin episodios maniacos). La categoría de enfermedad maniaco-depresiva, introducida por Kraepelin, es casi idéntica a la de trastorno bipolar, pero no es totalmente igual a la categoría del DSM-III, algunos de los pacientes maniaco-depresivos de Kraepelin no han tenido nunca episodios de manía, mientras que los pacientes clasificados con trastorno bipolar tienen uno o más episodios de manía, sin embargo, la mayoría de los clínicos utilizan ambos términos como sinónimos, en el momento del examen, el paciente es clasificado de maniaco-depresivo o con estado mixto (manía alternante con depresión).

#### CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL DSM - III

##### TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

Código de episodios deprimido en quinto dígito: 6 = remisión, 4 = con rasgos psicóticos (el quinto dígito 7 no del ICD-9-CM puede ser utilizado para indicar que los rasgos psicóticos son incongruentes con el humor), 3 = con melancolía, 2 = sin melancolía, 0 = no especificados.

Código de episodio maniaco en quinto dígito: 6 = remisión, 4 = con rasgo psicótico (el quinto dígito, 7 no del ICD-9-CM puede ser utilizado para indicar que los rasgos psicóticos son incongruentes con el humor), 2 = sin rasgos psicótico, 0 = no especificados.

##### TRASTORNO BIPOLAR

296 6x Mixto  
296 4x Maniaco  
296 5x Deprimido

DEPRESION MAYOR

296 2x Episodio único

296 3x Recurrente

OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

301 13 Trastorno ciclotímico

300 40 Trastorno distímico (neurosis depresiva)

TRASTORNOS AFECTIVOS ATÍPICOS

296 70 Trastorno bipolar atípico

296 82 Depresión atípica

La depresión como emoción humana normal, por lo que el término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos, este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos como la neurofisiología, la farmacología, la psicología y la psiquiatría, para el neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, como en la depresión cortical, para el farmacólogo, la depresión se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano a que se dirigen, así los depresores del sistema nervioso central incluyen fármacos tales como los barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la respuesta a los estímulos, produciendo sueño o coma, para el psicólogo la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal, sin embargo para el psiquiatra clínico la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales, que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves.

El término depresión en diversos campos científicos ha tendido a prestar apoyo a la idea o quizá con más precisión al deseo de que mecanismos comunes subyazcan en los fenómenos neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos y clínicos, en consecuencia muchos clínicos e investigadores han postulado que los síntomas depresivos clínicos son el resultado

de una reducción de alguna función generalizada o específica del sistema nervioso central y por lo tanto, se trata efectivamente con un fármaco que tenga un contraefecto, es decir un fármaco estimulante, sin embargo, la experiencia clínica demuestra que los métodos psicoterapéuticos son muchas veces efectivos en el tratamiento de algunos estados depresivos, lo que presta apoyo a la validez de las teorías psicoanalíticas y psicológicas de la depresión.

## EPIDEMIOLOGIA

### INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Los trastornos afectivos sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes o frecuentes entre los adultos, sin embargo el significado de estas afirmaciones pueden variar y las estadísticas y los registros de la frecuencia derivan de diversas medidas, considerandose que la prevalencia del número de casos en un momento dado es de 2 a 3 casos/100 hombres o sea un 2-3 % y 5 a 9 casos/100 mujeres o sea un 5-9 %, en casos unipolares.

La incidencia se refiere al número de casos nuevos y la prevalencia al número total de casos al año hallado en un determinado momento o lapso de tiempo, un factor de riesgo es cualquier factor que aumente la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno depresivo. Por lo que la incidencia o número de casos nuevos por año se considera de 82 a 201 casos nuevos/100,000 por año para los hombres y de 247 a 598 nuevos casos/100,000 por año para la mujer de las cuales sólo el 20 al 25 % de personas reciben tratamiento por depresión, en casos unipolares.

Para los casos bipolares, la prevalencia es del 0.6 a 0.9 casos/100 en hombres y mujeres y la incidencia de 9 a 15.2 casos/100,000 por año para los hombres o sea 0.009 a 0.015 % y del 7.4 a 30 casos/100,000 por año para las mujeres o sea 0.007 a 0.030 %.

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20 % para las mujeres y del 10% para los hombres, en las naciones occidentales si limitamos la atención al trastorno bipolar la expectativa de vida es de alrededor del 1% para ambos sexos, sin embargo si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas las tasas de expectativa aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30% en algunas estimaciones, una considerable proporción de personas con depresión nunca ven a un médico, en todas las categorías de depresión solo de 20 a 25 % de las personas deprimidas reciben tratamiento, sin embargo las cifras registradas de prevalencia e incidencia sobre todo las basadas en ingresos de hospital, deben ser consideradas estimaciones mínimas.

#### SEXO

Una tendencia casi universal, independientemente del país es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres, la incidencia de depresiones es de 2 veces mayor en las mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras, algunas explicaciones incluyen los diferentes estreses, el parto, la desesperanza aprendidas y las variaciones hormonales, sin embargo en los trastornos bipolares los índices son aproximadamente iguales entre ambos sexos, que dando para los unipolares una relación de 2:1 mujer/hombre.

#### CLASE SOCIAL

En el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores que en las demás clases, la depresión mayor no tiene relación con la clase social en los trastornos unipolares.

#### ESTADO CIVIL

## ESTADO CIVIL

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normal entre quienes carecen de relaciones íntimas con otra persona o que están solteras o divorciados, el trastorno bipolar, siendo más común entre los divorciados los trastornos unipolares.

## EDAD

El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, al final de la adolescencia o antes de los 30 años, en tanto que en las depresiones unipolares las mujeres alcanzan, la incidencia máxima entre los 35 y los 45 años y los hombres después de los 55 años.

## RAZA

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencia entre blancos y negros, sin embargo es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos que los blancos.

## HISTORIA FAMILIAR

Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo en vida del 20 % para los trastornos afectivos o en los casos de alcoholismo. Los familiares de primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo en la vida del 25 % para estos trastornos.

## RECURRENCIA

Entre 50 y 60 % de los pacientes en remisión de una depresión unipolar o bipolar tienen otro ataque, los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años.

Otros factores como las experiencias infantiles, también dan mayor riesgo cuando hay perdida paterna antes de los 11 años para trastornos unipolares.

Dejando una expectativa de vida en trastornos unipolares del 10 % para los hombres y del 20 % para las mujeres y en los trastornos bipolares de 0.9 a 11 % para los hombres y para las mujeres del 0.6 a 1.3 % .

## ETIOLOGIA

Cualquier discusión de las causas de los trastornos afectivos mayores debe tener en cuenta tanto los factores biológicos como los factores sociales implicados en el proceso de la enfermedad.

## FACTORES BIOLÓGICOS

### GENÉTICA

Los estudios familiares hallaron que los familiares de los pacientes bipolares tienen un riesgo significativamente más alto de enfermedad bipolar que de enfermedad unipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar, los estudios de gemelos indican un riesgo significativamente más alto entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos para procesos de enfermedades afectivas similar. Los gemelos monocigóticos criados aparte tienen aproximadamente un 65 % de concordancia con respecto a los trastornos afectivos.

Otros factores genéticos son las posibles vinculaciones entre el cromosoma X y la enfermedad bipolar o maníaco-depresiva, el estudio directo de los rasgos ligados a X como la ceguera cromática y el grupo sanguíneo XG, sugiere que el trastorno afectivo bipolar se transmite por un gen dominante ligado a X, también se ha descrito asociación de HLA (antígenos de leucocitos humanos) con el trastorno

afectivo bipolar, sin embargo existe dudas sobre la significación de estos hallazgos de vinculación a X sobre todo por la repetida costatación de parejas padre-hijo enfermos un hallazgo que contradice directamente la hipótesis. Los trabajos recientes demuestran la transmisión padre a hijo de anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos, pueden existir dos subgrupos genéticos de enfermedad bipolar, un grupo clásico de inicio precoz (edad media de inicio de 25 años) y un grupo de inicio tardío (edad media de 39 años), los comprendidos en el primer grupo muestran historias familiares positivas, pero los del segundo grupo no, esta forma el trastorno afectivo bipolar parece estar bajo diferentes controles genéticos en diferentes pacientes, en algunos se comportan como una enfermedad genéticamente controlada ligada a X, en otros se comporta como si se transmitiese en una pauta de herencia autosómica dominante con expresividad variable, y aún en otros pacientes, como si no estuviera controlada genéticamente.

Se han descrito dos grupos de pacientes con depresión mayor las mujeres de inicio temprano antes de los 40 años y los varones de inicio tardío después de los 40 años, ambos subgrupos muestran familiares con enfermedades muy diversas

En las familias de los sujetos varones de prueba con inicio tardío, se encuentran depresiones con la misma frecuencia en los hombres que en las mujeres y en los familiares varones se encuentran pocos casos de alcoholismo o sociopatía, por otra parte en las familias de los pacientes de prueba de inicio temprano, se hallan más depresiones en los familiares del sexo femenino que en los del sexo masculino y más casos de alcoholismo y sociopatía en los familiares varones que en los demás, estos hallazgos se han generalizado en la forma de dos subgrupos prototípicos: enfermedades del espectro de la depresión en mujeres con inicio temprano y enfermedades depresivas pura en varones de inicio tardío. Estos subgrupos se encuentran en fase de estudios que les den confirmación.



## OTROS FACTORES BIOLÓGICOS

Además de los factores genéticos de la transmisión, otros factores biológicos pueden ser significativos en la etiología y patogenia de los trastornos afectivos, estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas especialmente el sodio y potasio, las alteraciones neurofisiológicas, basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que utilizan métodos electroencefalográfico y de potenciales evocados, anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios de la corteza suprarrenal del tiroides y los cambios gonadales y alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores sobre todo en las aminas biogénicas que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico.

### AMINAS BIOGENICAS

Las aminas biogénicas incluyen tres catecolaminas, dopamina, noradrenalina y adrenalina, la indolamina es otra amina biogénica representada por la serotonina y la acetilcolina es también una amina biogénica.

### CATECOLAMINAS

La hipótesis de la catecolamina se basa en parte en las observaciones de que los fármacos como los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos que que potencia o aumentan las catecolaminas cerebrales, producen estimulación de la conducta y excitación y tiene un efecto antidepresivo, inversamente a los fármacos que agotan o desactivan las aminas centrales producen sedación o depresión, el carbonato de litio, es efectivo en el tratamiento de la manía, disminuye la descarga y aumenta la recaptación de noradrenalina

Algunos estudios han demostrado que pueden haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión, se ha hallado una disminución del metabolito 3-metoxi-4-hidroxifeniletano-glicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y la orina de

pacientes deprimidos, los fármacos que reducen la noradrenalina como la metildopa, propranolol y la reserpina, pueden producir depresión y la amfetamina que produce descarga sináptica de noradrenalina, produce un estado de ánimo elevado, algunos estudios han indicado que en la manía puede haber una concentración superior de noradrenalina medida por niveles de MHPG, la fracción de MHPG de las personas que se derivan del cerebro ha sido objeto de controversia y todavía ésta por determinar la utilidad clínica del uso de MHPG como medida de la presencia o ausencia de depresión.

#### ACETILCOLINA

La relación de acetilcolina y catecolaminas ha sido implicada también en la depresión porque ciertos pacientes depresivos se deprimen aún más cuando se aumenta la actividad de la acetilcolina del sistema nervioso central, el sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la reducida latencia REM en la depresión puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el SNC.

#### SEROTONINA

La serotonina, otra amina biogénica, se distribuye en el sistema nervioso central, y se ha hallado que algunos pacientes deprimidos tienen una disminución del metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindoleacético (5-HIAA) en su líquido cefalorraquídeo, sin embargo los hallazgos no son consistentes por cuanto la cantidad de 5-HIAA derivada del tejido cerebral o de las zonas del sistema nervioso central no ha sido determinada. Otras pruebas que sugieren la implicación de la serotonina en la depresión es la observación de que el triptófano un precursor de la serotonina, alivia la depresión en algunos pacientes, igualmente la reserpina agota la serotonina cerebral y los antidepressivos aumentan la actividad de la serotonina cerebral.

Otros estudios han mostrado una posible alteración del ritmo de la serotonina, mas que una insuficiencia absoluta

en determinados subgrupos de depresión, se ha informado de que la serotonina plaquetaria, que muestran un ritmo diurno normal estaba desincronizada en los depresivos unipolares sobre todo en las mujeres posmenopáusicas.

#### TRASTORNOS ENDOCRINOS

Durante muchos años se ha sospechado la implicación del sistema endocrino en la depresión, entre los síntomas somáticos observados que sugieren cambios endocrinos en los trastornos afectivos figuran la pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, disminución del impulso sexual, disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predichibles del estado de ánimo, las técnicas de ensayo recientemente desarrolladas de alta sensibilidad han podido detectar marcadas alteraciones de la actividad hormonal simultáneas a los sucesos depresivos, los cambios de estado de ánimo se ha asociado clínicamente con diversos trastornos endocrinos, los estados paranoides depresivos del hiperadrenalismo como en la enfermedad de Cushing, la hiperactividad y euforia del hipertiroidismo como tiritotoxicosis, la depresión asociada en ocasiones a la terapéutica exógena con estrógenos, son fenómenos que sugieren esta relación, la depresión es común en el período de posparto, cuando cambian los niveles hormonales.

#### HORMONA DEL CRECIMIENTO

Las secreciones basales de hormona del crecimiento (GH) por la hipófisis aumentan normalmente en respuesta a un descenso del azúcar en sangre, el hambre, estrés, ejercicio y los estrógenos, una prueba convencional de la actividad de la GH consistente en la administración de insulina seguida de la medición del aumento esperado de los niveles de GH en plasma, utilizando este método los investigadores han demostrado repetidamente que en muchos casos de depresión hay una menor respuesta a hipoglucemia inducida por insulina, el fenómeno se observa con más frecuencia en la depresión unipolar, en la depresiones bipolares, la respuesta

es normal o mejor, la descarga de GH se altera en un porcentaje significativo de mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de depresión unipolar, diversas investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado una asociación entre la deprivación materna y la inhibición de la secreción de la hormona del crecimiento, se observa en los bebés con el síndrome de detención del crecimiento, se han descrito hallazgos similares en ratas recién nacidas separadas de sus madres poco después de nacer, cuando éstas eran devueltas a sus madres, tenía lugar una rápida inversión de las anomalías de la GH inducida por la deprivación, el control de la descarga de GH aumenta por estimulación dopaminérgica.

#### CORTISOL

Muchos pacientes deprimidos muestran hipersecreción de cortisol, la secuencia de sucesos que conduce a la elevación de la hormona esteroide suprarrenal probablemente empieza con un aumento de la descarga hipotalámica del factor liberador de corticotropina (CRF) normalmente las vías noradrenergicas inhiben la descarga de CRF en los estados depresivos, la disminución de actividad de estas neuronas producen una desinhibición del CRF, en ausencia de contención aumentan los niveles de CRF disparando la función de la corteza suprarrenal y la descarga resultante de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), el hallazgo de que la hipersecreción de cortisol se presenta en algunos pacientes deprimidos, se han utilizado en el test de supresiones de la dexametasona (DST) en el que la dexametasona es un esteroide exógeno que suprime el nivel de cortisol en sangre. El test de supresión de dexametasona (DST) es un test de laboratorio utilizado, para determinar el estado depresivo endógeno como el estado depresivo mayor con melancolía, el test consiste en administrar a la hora de acostarse 1 mg de dexametasona oral y en recoger varias muestras seriadas de plasma al día siguiente, a las 8 de la mañana, 4 de la tarde y 11 de la noche, aproximadamente el 98 % de los pacientes normales muestran la supresión del nivel de cortisol, considerando esto un

hallazgo negativo, sin embargo en 50% de los pacientes con depresión endógena esta supresión no tiene lugar, en aquellos pacientes, el cortisol escapa a la acción supresora de la dexametasona y el hallazgo se considera positivo, un nivel de cortisol en suero mayor de 4.5 a 5 ug/dl para cualquiera de las muestras de sangre es anormal, se cree que el test refleja un cambio de la actividad del eje hipotálamico-hipofisiario-suprarrenal en ciertos pacientes deprimidos, en diversas enfermedades aparecen falsos resultados positivos como en la enfermedad de Cushing, las enfermedades renales y hepáticas y la anorexia nerviosa, los hallazgos están afectados también por medicamentos, como el fenobarbital, meprobamato, benzodiacepina y esteroides, por ello el DST se utiliza más bien actualmente como instrumento de investigación.

#### OTRAS HORMONAS

Una parte significativa de pacientes deprimidos muestran falta o disminución de respuesta de la hormona estimulante tiroidea (TSH) a la estimulación de la hormona liberadora de tropina (TRH). Se han determinado cambios adicionales de la actividad neuroendocrina, los niveles de prolactina pueden mostrar un ritmo circadiano elevado y la secreción de hormona luteinizante (LH) es muchas veces menor en las mujeres posmenopáusicas.

#### CROMOPSIKOBIOLÓGIA

Se producen variaciones periódicas de las funciones fisiológicas y psicológicas, el ritmo circadiano muestra una periodicidad de unas 24 horas, el sueño es uno de estos periódicos divididos en períodos REM y no REM, los estudios polisomnográficos muestran que en una depresión mayor hay una disminución del tiempo de sueño total y un mayor porcentaje del tiempo del sueño así como una menor latencia REM, el tiempo entre el momento de dormirse y el primer período REM, también hay un primer período REM muy largo.

En la manía hay un menor porcentaje de tiempo de sueño este hallazgo ha conducido a la idea de privar a los pa-

cientes deprimidos del tiempo de ensoñación en sueño REM para ver si mejora su estado de ánimo, cuando los pacientes deprimidos son privados del sueño durante una o dos noches y por lo tanto de la ensoñación, su estado de ánimo parece mejorar algo.

#### FACTORES PSICOSOCIALES

##### SUCESOS DE LA VIDA Y ESTRES AMBIENTAL

La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Las discusiones de casos clínicos con frecuencia incluyen afirmaciones que relacionan el estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos, en estas discusiones se considera que los sucesos de la vida desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión, al menos en su origen, como se evidencia en afirmaciones como la depresión surgió en relación con o / y la depresión estuvo precipitada por estos factores de la vida cotidiana, algunos clínicos creen que los sucesos vitales tienen el principal papel en las depresiones, otros más conservadores, limitan el papel de los sucesos de la vida al de factores contribuyentes al comienzo y pauta temporal del episodio agudo. La teoría de la causa ambiental de los trastornos afectivos tiene numerosas fuentes, el enfoque psicobiológico general expresado por Adolf Meyer, las observaciones psicológicas en las reacciones a la pérdida y los estudios psicopatológicos que la presencia o ausencia de sucesos precipitantes con la situación de los pacientes a lo largo del continuo endógeno - reactivo. Por lo general la investigación confirma la relación entre los sucesos vitales y la depresión.

##### FACTORES DE PERSONALIDAD Y FACTORES PSICODINAMICOS

Por lo general se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un super-yo

fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una familia protectora, con una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas, aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión, todos los seres cuales quiera que sea su tipo de personalidad pueden deprimirse y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad como la oral-dependiente, la obsesiva-compulsiva e histérica pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizantes.

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no sólo por los conflictos dinámicos existentes, que se manifiestan en la culpa, las reacciones a la pérdida y la hostilidad contra sí mismo, que pueden estar implicados en el episodio depresivo, sino también con los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y que por consiguiente pueden ser considerados casuales, algunos de estos rasgos están arraigados en la personalidad, pues una de las principales hipótesis psicodinámicas se centran en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión, en la actualidad las hipótesis psicodinámicas tienen principalmente un valor heurístico, contribuyendo a la formación del caso, el asesoramiento de la práctica psicoterapéutica y el diseño de la investigación futura.

#### FACTORES PSICOANALITICOS

Karl Abraham pensó que los episodios de enfermedad manifiesta son precipitados por la pérdida de un objeto libidinal, propiciando un proceso regresivo en el que el yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que domina el trauma infantil de la etapa sádico-oral del desarrollo libidinal, a causa de un proceso de fijación en la primera infancia

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo determinada los típicos síntomas depresivos diagnósticos de pérdida de energía del yo, el superyo incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto recurrente a la representación psíquica del objeto perdido ahora interiorizado en el yo como un introyecto, cuando el yo supera al superyo o se fusiona con él, existe una descarga de energía previamente acumulada en los síntomas depresivos y sobreviene la misma con los típicos síntomas de exceso, posteriormente autores analíticos han desarrollado diversas formas la conceptualización básica de Abraham-Freud, aunque la mayoría de autores analíticos afirman superficialmente que la enfermedad tiene un sustrato neurofisiológico, subyacente pocos han intentado conceptualizar este estado en otros términos distintos de los puramente psicológicos.

Heinz Kohut realizó significativas contribuciones a la psicología del yo y al tratamiento de los trastornos de personalidad narcisista, el trastorno de personalidad narcisista es una de las frecuentes consideraciones del diagnóstico diferencial en los pacientes maniaco-depresivos porque los pacientes con trastornos narcisistas de la personalidad muestra con frecuencia periodos transitorios de júbilo y de depresión, a menudo con grandiosismo y euforia en una fase y autodesprecio en la siguiente, al igual que en el trastorno maniaco-depresivo clásico.

#### FACTORES PREMORBIDOS DE LA PERSONALIDAD:

En algunos pacientes depresivos hay una organización premorbida de la personalidad, los pacientes deprimidos suelen desequilibrarse en situaciones de estrés no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos, también son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros y además se sienten culpables, los pacientes maniacos suelen tener una personalidad premorbida normal con más frecuencia que los depresivos, algunos estudios indican que pueden



enseñar a los pacientes a aprender formas más idóneas para hacer frente al estrés y a las pautas desadaptadas de conducta, Aaron Bick quien ideó la terapéutica cognitiva confía en la capacidad del paciente para aprender nuevos mecanismos defensivos, los pacientes aprenden también su imagen negativa de sí mismos y de su experiencia pasada y desaparecen sus expectativas de futuro negativas.

#### DESAMPARO APRENDIDO

En algunos experimentos animales en los que se expuso a perros a choques eléctricos de los que no podían escapar los perros reaccionaron con desamparo y no hicieron intento alguno para huir, aprendían a ceder y tenían aspecto desamparado, en los individuos deprimidos, puede hallarse un similar estado de desesperanza, si el psiquiatra puede inculcar en el paciente una sensación de control y dominio del ambiente, la depresión suele remitir, igualmente la recompensa y el refuerzo positivo del ambiente puede ayudar muchas veces a superar una depresión, estas son las técnicas conductuales que se utilizan en la terapéutica individual y de grupo.

#### TEORIA UNIFICADA

En la actualidad, parece provechoso concebir los trastornos afectivos mayores como trastornos genéticamente controlados en los que cambios espontáneos de los ciclos de actividad producen los síntomas típicos del trastorno, alternativamente factores psicógenos específicos que significan una pérdida, actúan como desencadenantes y pueden precipitar un episodio, maniaco o depresivo, una vez iniciado el episodio no responde habitualmente a la interpretación y en determinados subgrupos, uno u otro tratamiento químico es el indicado, una vez que esta químicamente controlado el episodio, puede ser necesario el tratamiento psicológico para ayudar al paciente a hacer frente a las consecuencias secundarias de su enfermedad para ayudar a superar los efectos, son desencadenantes psicógenos específicos o para hacer frente a los problemas psicológicos diagnósticos de

de un segundo trastorno, así algunos pacientes con enfermedad bipolar necesitan carbonato de litio y ayuda psicológica, para hacer frente a las pérdidas psicológicas y otros necesitan carbonato de litio y tratamiento psicológico de un trastorno de personalidad narcisista u otro trastorno de personalidad.

#### DIAGNOSTICO Y RASGOS CLINICOS

Los trastornos afectivos mayores se caracterizan por uno o más episodios de enfermedad mayores se caracteriza por una supuesta una alteración notable y persistente del estado de ánimo, maniaco o depresiva, o claramente diferente al funcionamiento anterior, el rasgo esencial de un episodio maniaco es un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable asociado a síntomas como hiperactividad, habla forzosa, elevada autoestima, distracción, fuga de ideas y disminución de la necesidad de dormir, el rasgo esencial de un episodio depresivo es un estado de ánimo depresivo o una pérdida sostenida de interés o placer asociada a síntomas de alteración del sueño y el apetito, cambio de peso, agitación o retardo psicomotor, disminución de la energía, sentido de culpa o indignidad e ideas de suicidio, cualquier período, dado puede caracterizarse como maniaco, depresivo o mixto por sus síntomas y con psicosis o sin ella en cuanto a su intensidad, cuando desaparecen los síntomas se dice que el cuadro resultante esta en la remisión.

#### DISTINCION BIPOLAR-UNIPOLAR

Los pacientes con historia de episodios maniacos en el grupo bipolar, son diferenciados de los pacientes que tiene sólo episodios depresivos recurrentes en el grupo uniplar entre los diversos enfoques nosológicos, la distinción bipolar - unipolar ha obtenido una considerable aceptación, el DSM-III es congruente con las pruebas que apuntan a la importancia de la distinción entre formas unipolares y

grupo central de síntomas , que incluyen retraso, el despertarse pronto por la mañana, pérdida de peso, sentimientos de culpa y no reactividad, se presentan conjuntamente.

2.- Existe dificultad para solicitar una historia de sucesos recientes y de los precipitantes, por ello, se ha desarrollado la idea de depresión reactiva, que se produce en respuesta a una pérdida reiente, desaliento, estrés y otros sucesos externos, esto implica que aquellas depresiones sin una historia reciente de estrés externo derivan de algún proceso biológico intrínseco, por ello han adquirido la denominación de endogenomórficas.

3.- Existe una correlación con la edad , los pacientes de avanzada edad tienen más probabilidades de ser endógenos y los jóvenes mas posibilidades de ser reactivos.

4.- Existe una correlación con la personalidad, los pacientes endógenos muestran una forma no neurótica más estable de personalidad premórbida que los reactivos.

#### DEPRESION MAYOR CON RASGOS PSICOTICOS.

Aunque el significado tradicional del término psicótico subraya la pérdida de la comprobación de la realidad y la alteración del funcionamiento mental, manifestada por delirio alucinaciones, confusión y alteración de la memoria, durante los últimos 50 años se han desarrollado otras dos significaciones, en el más extendido uso norteamericano de este término, psicótico pasó a ser sinónimo de grave alteración del funcionamiento social y personal, manifestado, por rechazo social e incapacidad para realizar las habituales tareas domésticas y ocupaciones, el otro uso del término especifica el grado de regresión del yo como criterio de la enfermedad psicótica, como consecuencia de estos múltiples significados, en la práctica clínica e investigadora actual el término ha perdido precisión.

Las depresiones con rasgos psicóticos son relativamente poco frecuentes en la práctica clínica actual, solo el 10 % de grandes muestras de pacientes muestran delirios, alucinaciones, confusión y otras manifestaciones de alteraciones

de energía, los sentimientos de falta de valor y de culpa y las ideas de suicidio y muerte, el interés sexual está considerablemente disminuido, cuando la depresión es leve los cambios ambientales pueden determinar alguna mejora de la condición, pero cuando la predisposición es grave no se registra este efecto. Existen ciertos rasgos asociados a la edad en la depresión mayor, en la primera infancia, la ansiedad de separación puede determinar una conducta dependiente y una fobia escolar, en la latencia y primera adolescencia, la conducta negativa y antisocial puede ser la característica dominante equivalente a la depresión en los niños y niñas mayores puede aparecer acting-out sexual y conducta de engaño y huida, en las personas mayores, la pseudodemencia es decir, la depresión que se presenta principalmente como un pérdida de funcionamiento intelectual, debe ser cuidadosamente diferenciada de la verdadera demencia causada por un trastorno orgánico mental, los episodios depresivos mayores pueden ser recurrentes o únicos, algunos estudios han probado que el episodio depresivo medio suele durar de 3 a 6 meses, las depresiones mayores pueden ir asociadas a la melancolía o bien pueden tener rasgos psicóticos.

#### DEPRESION MAYOR CON MELANCOLIA

Esta categoría de la depresión ha mostrado una respuesta positiva tanto a los tricíclicos como a la terapéutica electroconvulsiva (TEC) y una respuesta negativa a la psicoterapia, entre los pacientes internados, aproximadamente 50 % de los que tienen un episodio depresivo mayor tienen rasgos de síntomas de melancolía como pérdida de placer en sus actividades, falta de reactividad de estímulos habitualmente placenteros, con depresión, principalmente por las mañanas, despertar temprano, retraso o agitación psicomotriz variaciones de peso corporal, sentimientos de culpa. Esta categoría se ha denominado también depresión endomórfica o endogéna, el síndrome se compone al menos de cuatro hipótesis: 1.-Existe una covariación de síntomas, con lo que un-

bipolares de trastornos afectivos, se han presentado considerables pruebas de posibles diferencias genéticas, familiares, de personalidad, bioquímicas, fisiológicas y farmacológicas entre los trastornos afectivos bipolares y unipolares, los pacientes con trastornos bipolar muestra una frecuencia mucho mayor de historia familiar positiva que los pacientes que tienen solo depresion, los estudios psicofarmacológicos también indican diferencias de respuestas a los fármacos psicoactivos entre los pacientes bipolares y los depresivos sobre todo en la respuesta al litio, los pacientes con trastorno bipolar tienen más probabilidades de desarrollar respuesta hipomaniacas a la dopa o la imipramina y otros tricíclicos que los pacientes depresivos, aunque el concepto, de trastorno bipolar está bien definido y ampliamente sustentado por la investigación y la experiencia clínica sigue siendo incierto todavía el estado del trastorno maniaco unipolar, en el DSM-III se establece el diagnóstico de trastorno bipolar cuando hay un episodio maniaco, haya o no habido episodio depresivo.

#### DEPRESION MAYOR

El rasgo esencial de la depresión mayor es un período distintivo de la activación psicofisiológica disminuida, en este estado el humor predominante es depresivo o el paciente, muestra una constante pérdida de íntere o placer, en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, su estado de ánimo disfórico presenta, depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad, las cuales pueden ser predominante y relativamente persistente, frecuentemente los pacientes no son concientes o no se quejan de la alteración del humor y lo resulta evidente es un separación de las actividades habituales, los síntomas que pueden estar presentes incluyen la alteración del sueño con despertar temprano, la pérdida de apetito, la alteración cognitiva incluida la capacidad para la toma de desiciones, el retraso del pensamiento, la pérdida

de la comprobación de la realidad. Sin embargo para la descripción clínica, el término psicótico tiene cierta utilidad clínica, la descripción de una depresión psicótica, supone unagrave alteración, alto riesgo suicida y posible necesidad de hospitalización, los pacientes con depresiones psicóticas son difíciles de tratar y a menudo son reacios a los antidepresivos, neurolepticos y la terapéutica electroconvulsiva, cuando se presentan alucinaciones o delirio en un paciente con depresión psicótica, pueden clasificarse como congruentes con el estado de ánimo o incongruentes con el estado de ánimo, el término incongruente con el estado de ánimo se refiere a los rasgos psicóticos congruentes con un estado de ánimo depresivo, que el paciente ha cometido un grave pecado o un crimen odioso por el que debe ser castigado, como en el caso de incongruencia con el estado de ánimo se refiere a los delirios o alucinaciones en los que el contenido no es congruente con el estado de ánimo depresivo, un paciente puede creer que es el Mesías, por una creencia grandiosa aparentemente no relacionada con su estado mental depresivo, la significación clínica de si los rasgos psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo depresivo no está clara en la actualidad, sin embargo el clínico puede sospechar un proceso esquizofrénico en esta última situación, es decir si se presentan delirios o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.

#### TRASTORNO BIPOLAR

En el trastorno afectivo bipolar, la historia del paciente es una historia de períodos discretos recurrentes de enfermedad en los cuales los episodios de manías y de depresión mayor alternan entre sí, el rasgo esencial de un episodio maniaco es un período distintivo de intensa activación psicopatológica, en este estado, el humor predominante es elevado o irritable, unido por un o más de los siguientes síntomas hiperactividad, inicio de demasiadas actividades falta de consideración de las consecuencias de las acciones, habla forzada, fuga de ideas, distracción elevada autoestima e hipersexualidad, el humor elevado es

eufórico y muchas veces de naturaleza contagiosa, aunque las personas no involucradas pueden no reconocer la naturaleza poco frecuente del humor del paciente, los que le conocen lo identifican como poco habitual de este humor en él o bien que es característico del paciente cuando está excitado, alternativamente, el humor puede ser irritable, sobre todo cuando se obstaculizan las actividades del paciente. A menudo el paciente que padece episodios maniacos recurrentes muestra un cambio del humor predominantemente eufórico al comienzo de la enfermedad a una irritabilidad posterior, además de la alteración del humor a menudo también esta alterada el habla, a medida que se intensifica la manía, se olvidan las consideraciones formales y lógicas del habla y ésta se vuelve fuerte, rápida y difícil de interpretar, a medida que aumenta el estado de activación el habla se llena de rarezas, de chistes, juegos de palabras, y de expresiones irrelevantes que al principio resultan divertidas, pero a medida que aumenta, mas aún el nivel de actividad, las asociaciones se debilitan, la mayor distracción da lugar a la fuga de ideas a las ensaladas de palabras, los neologismos, en la excitación maniaca aguda, el habla puede ser totalmente incoherentes e indistinguible de la de un esquizofrénico en estado de excitación catatónica aguda.

El amor propio esta muy elevado durante el episodio maniaco y a medida que aumenta el nivel de actividad, los sentimientos hacia el propio yo se alteran progresivamente se evidencian síntomas de grandeza delirante y el paciente se siente dispuesto a realizar cualquier tarea, los hallazgos electroencefalográficos nocturnos en la manía son una disminución del tiempo total de sueño y un menor porcentaje de tiempo de ensoñación así como una mayor latencia orínica, estos hallazgos pueden considerarse confirmatorios de que las actividades de ritmo circadiano están retrasadas en la manía en razón de un aumento de la actividad del pacificador intrínseco, los rasgos asociados hallados en la manía incluyen la labilidad del humor, con rápidos cambios a una depresión breve, un hallazgo de este tipo suele

corresponder a aquellos pacientes que presentan asociaciones, libres y que de forma alternativa ríen y lloran, además pueden presentarse alucinaciones de cualquier tipo ideas de referencia y delirios manifiestos, al contrario que los delirios observados en la esquisofrénia los de la manía son muchas veces transitorios y están relacionados con el nivel de actividad del humor en vez de con un conflicto psicológico duradero, el primer episodio de un trastorno bipolar puede adoptar la forma de una depresión grave, si se observa, un cambio súbito a un manía, el diagnóstico correcto de trastorno bipolar resulta fácil, en ocasiones el paciente tiene ciclos, cambia a una manía o viceversa.

El diagnóstico debe establecerse sólo después de hallar los criterios positivos típicos que definen los episodios de la enfermedad y sólo si el episodio de enfermedad manifiesta es distinguible del funcionamiento habitual del paciente, si la alteración del afecto es depresiva, la depresión debe mantenerse al menos durante dos semanas, el diagnóstico de episodios maniacos exige que la alteración del afecto dure al menos una semana, un episodio maniaco se caracteriza por un cambio de humor del estado normal a un humor predominante mente elevado, expansivo o irritable, si el humor es elevado, o expansivo, deben presentarse al menos cuatro de los siete síntomas siguientes: si el humor es irritable son necesario cinco síntomas: 1.- aumento de la actividad social, sexual y profesional. 2.- aumento de la locuacidad. 3.- fuga de ideas por examen objetivo o descripción subjetiva de ideas fugaces. 4.- grandiosismo en ocasiones de grado delirante. 5.- menor necesidad de sueño. 6.- distracción. 7.- participación conceptualmente poco elaborada en proyectos

Un episodio depresivo se caracteriza por un cambio de humor del estado normal a un humor predominantemente disfórico o por una pérdida de interés o placer por otras o casi todas las actividades habituales del paciente, deben presentarse al menos cuatro de los siguientes síntomas: 1.- cambio sorprendente de peso. 2.- problemas de sueño, con insomnio mesurable. 3.- pérdida de energía. 4.- retraso o



agitación psicomotora. 5.- pérdida de interés por las actividades habituales o por la sexualidad. 6.- autorreproche o culpa excesiva. 7.- menor capacidad para concentraciones o pensar. 8.- acción suicida o recurrentes ideas suicidas.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos afectivos mayores se caracterizan por uno o más episodios de enfermedades que suponen una alteración acusada y persistente del estado de ánimo, maniaco o depresivo, claramente diferenciada del funcionamiento anterior. Los trastornos afectivos mayores presentan un punto de inicio claro y preciso y el periodo de la enfermedad está claramente circunscrito del funcionamiento anterior y posterior del paciente, un trastorno afectivo mayor se distingue claramente de una distimia o neurosis depresiva en que en el trastorno depresivo menor, la alteración del afecto es duradera, habitualmente más de 2 años, y parece haber un punto de comienzo de la enfermedad poco claro y gradual, un paciente con neurosis depresiva puede tener un trastorno afectivo mayor superpuesto, el diagnóstico de trastorno afectivo mayor no se establece si el estado afectivo es secundario a un trastorno orgánico conocido, como una respuesta maniaca o hipomaniaca a los esteroides o si el estado afectivo acompaña a un trastorno primario del pensamiento, como la esquizofrenia, sin embargo algunos trastornos somáticos desatan una enfermedad afectiva previamente no expresada y el paciente puede tener un trastorno afectivo y un trastorno del pensamiento simultáneamente.

#### OTRAS CAUSA DE LOS EPISODIOS MANIACOS ENFERMEDAD SOMATICA.

Ciertas sustancias utilizadas para tratar enfermedades somáticas pueden desencadenar una respuesta maniaca, en estos casos el más común de los cuales es la respuesta maniaca a los esteroides, el trastorno se diagnóstica como

un síndrome afectivo, sin embargo existe casos en los que episodios espontáneos maníacos y depresivos tienen su origen, años después en pacientes cuyo primer episodio de enfermedad pareció desencadenado por los esteroides utilizados para tratar una enfermedad orgánica, también otros fármacos tienen poco potencial para iniciar un síndrome maníaco como con las anfetaminas y los antidepresivos tricíclicos.

#### ALTERACION PSICOLOGICA

Dos grupos generales de pacientes tienen reacciones de tipo maníaco e hipomaniaco que deben ser diferenciadas de los verdaderos episodios maníacos, los esquizofrénicos y los pacientes con trastornos de personalidad narcisista, la manía queda excluida si se presentan algunos de los siguientes síntomas de la esquizofrenia. 1.- delirios de control externo. 2.- delirios de emisión de pensamiento. 3.- delirios de inserción de ideas en la mente del paciente. 4.- experiencia de retirada de ideas de la mente del paciente. 5.- alucinación auditiva de un comentario sobre la conducta o ideas del paciente o de una conversación entre voces. 6.- alucinaciones auditivas no relacionadas con los niveles de depresión o júbilo. 7.- delirios monoideáticos o alucinación diferente a las relacionadas con delirios de pobreza, culpa y autodesprecio. 8.- persistencia de delirios o alucinaciones un mes después de la resolución del estado afectivo en el que fueron experimentados, el trastorno de personalidad narcisista a menudo se presenta con períodos de euforia y depresión de contenido bastante similar a los fenómenos observados en los trastornos afectivos mayores, sin embargo en el trastorno de la personalidad, la alteración afectiva se inicia simplemente por un fallo de la empatía por parte de un objeto significativo, es fugaz, no es tan intenso como en los trastornos afectivos mayores y es susceptible de interpretación.

OTRAS CAUSAS DE EPISODIOS DEPRESIVOS  
ENFERMEDAD SOMÁTICA

Se sabe que los síndromes depresivos se presentan tras el uso de ciertas sustancias como en las depresiones inducidas por reserpina y en las enfermedades orgánicas como en los cánceres de todo tipo y las enfermedades infecciosas, en ambos casos el trastorno se considera un síndrome afectivo orgánico secundario al agente causal conocido, si se desarrolla un síndrome afectivo pleno en reacción a una alteración funcional secundaria a una enfermedad física, el síndrome es un trastorno afectivo pleno y también se diagnóstica el trastorno físico. La demencia senil, presenil y subsiguiente a varios infartos cerebrales debe ser diferenciada de los episodios depresivos de las personas ancianas, en el caso de la pseudodemencia, la depresión se presenta con síntomas que simulan un estado orgánico que desaparecen con el apropiado tratamiento de la depresión, en las demencias el tratamiento de la depresión no ofrece resultados positivos

#### ALTERACION PSICOLOGICA

Cualquier alteración psicológica puede presentarse con síntomas de depresión, los trastornos depresivos, los trastornos esquizofrenicos y los ciclotímicos crónicos pueden tener episodios depresivos superpuestos, esta situación puede darse también en pacientes con alcoholismo, trastorno de somatización y trastornos ansiosos incluidos los niños con trastornos de ansiedad de separación que desarrollan un síndrome clínico pleno, el duelo simple no se considera un tratamiento mental incluso si se desarrolla un síndrome depresivo pleno a menos que no tenga lugar la resolución.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos afectivos mayores es uno de los más recompensantes para el psiquiatra, en la actualidad se dispone de tratamientos específicos en la fase aguda para prevenir la recurrencia de episodios maníacos y depresivos, no obstante, sigue siendo cierto que el terapeuta debe precaverse siempre contra la posibilidad de

suicidio, una posibilidad que existe cuando el paciente empieza a salir de la depresión y tiene la energía necesaria, para llevar a cabo el impulso suicida que planteó cuando estaba profundamente deprimido pero carencia de la energía necesaria para llevarlo a cabo, como el pronóstico de cada episodio individual es bueno a pesar de los resultados negativos de los iniciales esfuerzos de tratamiento, el optimismo está siempre garantizada y es bien recibido por el paciente y su familia.

#### HOSPITALIZACION

La primera y más crítica decisión que debe tomar el médico es la de si hay que hospitalizar al paciente o puede intentar un tratamiento ambulatorio, en ese momento en que la hospitalización es desaconsejada tanto por las autoridades gubernativas como por terceras partes, resulta decisivo que el médico fórmule su decisión por consideraciones clínicas en presencia de una manía aguda o de una depresión aguda, la hospitalización es de necesidad imperiosa, las excitaciones maniacas agudas constituyen una amenaza para la vida del paciente y deben instituirse medidas de apoyo inmediatas para evitar un desenlace fatal, existiendo una historia de síntomas que sean rápidamente progresivos y de ruptura de los iniciales sistemas de apoyo ambiental, la hospitalización es bien indicada. La depresión leve o la hipomanía leve pueden ser tratadas con seguridad en la consulta si el médico evalúa con frecuencia al paciente, si no existen signos de pérdidas de juicio o de pérdida de peso o insomnios y si el sistema de apoyo ambiental se considera fuerte y no excesiva ni insuficientemente preocupada por el paciente las situaciones incluidas entre ambos extremos exigen una evaluación cuidadosa y frecuente, el dicho de que habiendo historia de un episodio anterior, el episodio actual tendrá la misma gravedad y duración o mayor puede ser erróneo, algunos interpretan demasiado literalmente esta máxima y valoran la situación cotidiana con la minuciosidad necesaria, en todos los casos, cualesquier signo de cambio a peor de los

síntomas, de la conducta exterior o de la actitud del ambiente hacia el paciente basta para requerir la hospitalización.

#### SOMATOTERAPIA

##### TERAPEUTICA ELECTROCONVULSIVA

La terapéutica electroconvulsiva (TEC) es considerada por muchos como un tratamiento específico para las depresiones retardadas caracterizadas por delirios somáticos y por delirios de culpa unidos a una falta de interés por el mundo ideación suicida y pérdida de peso, también se utiliza, en la depresión menos grave que se resiste a los fármacos antidepresivos, históricamente, la aparición de los fármacos, antidepresivos, disminuy el uso de la TEC en la depresión, en muchos sentidos fue poco afortunada pues aunque la TEC tiene reputación de ser un método brutal la morbilidad y mortalidad tras su uso se sabe que son menores que con el uso de antidepresivos, además el TEC se utiliza para poner fin a una manía una vez que han fallado todas las demás medidas.

#### AGENTES PSICOFARMACOLOGICOS

El tratamiento farmacológico de estos trastornos se trata sobre los fármacos antidepresivos y la terapéutica con litio, remitimos al lector a aquellas secciones para una discusión más amplia del importante papel de la psicofarmacología en el tratamiento de la depresión.

#### PSICOTERAPIA

La psicoterapia es esencial al menos como suplemento de los tratamientos medicamentosos en aquellos casos en los que el paciente parece sufrir una forma básicamente fisiológica de la enfermedad y la psicoterapia es absolutamente de importancia central para el tratamiento de los pacientes que parecen tener una enfermedad psicológica además de una enfermedad fisiológica, algunos maniacos bipolares de inicio precoz autodestructivos y ambiciosos manipulan fácilmente sus dosis de litio en un intento aparente

de aumentar su nivel de energía, saboteando al mismo tiempo sus esfuerzos de trabajo, sin una psicoterapia efectiva estos pacientes pueden destruir su vida, otros pacientes necesitan aislar una experiencia de pérdida desencadenando un episodio de enfermedad para eliminar estas experiencias, de esta forma la psicoterapia puede ir de un procedimiento analítico a las terapias de apoyo y puede combinarse con una terapéutica medicamentosa, en algunos casos el tratamiento del psiquiatra del sujeto maniaco-depresivo con litio se parece al tratamiento del internista de un diabético con insulina.

#### TIPOS DE PSICOTERAPIA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Freud describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por un desaliento interpersonal al comienzo de la vida determinaba relaciones de amor posteriores caracterizada por la ambivalencia, las pérdidas interpersonales amenazadas o reales en la vida adulta desencadenaría una lucha autodestructiva en el yo que se manifestaría como depresión estos individuos tienen una dependencia anormal de los demás para la gratificación narcisista y el mantenimiento de su amor propio, la frustración de sus necesidades de dependencia determina una crisis de su autoestima y posteriormente una depresión, en general, el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica consiste en promover un cambio de la estructura de la personalidad o el carácter y no simplemente, en aliviar los síntomas, la mejora de la confianza interpersonal, la intimidad y creatividad de los mecanismos defensivos de la capacidad para experimentar una amplia gama de emociones y de la capacidad para la aflicción son algunos de los objetivos, el tratamiento puede requerir en ocasiones que el paciente experimente una alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia que habitualmente prosigue durante varios años.

## PSICOTERAPIA BREVE

Las terapias breves difieren del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico específico, se selecciona una cuestión particular, habitualmente un problema interpersonal y el paciente y el terapeuta acuerdan tratar primero este problema en la terapia este foco se considera dinámico porque se utiliza como vínculo con los conflictos nucleares que se remontan a los primeros años de vida, esta técnica utiliza activamente el conflicto actual como microcosmos para los conflictos más sustanciales y duraderos de la vida del paciente.

### TERAPIA INTERPERSONAL (IPT)

La IPT es una psicoterapia breve que normalmente consiste en 12 a 16 sesiones semanales y fue desarrollada específicamente para el tratamiento de los depresivos ambulatorios no bipolares y no psicóticos, se caracteriza por un enfoque activo por parte del terapeuta y por un énfasis en las cuestiones actuales y el funcionamiento social en la vida del paciente, los enfermos intrapsíquicos como los mecanismos defensivos o los conflictos internos, no son considerados en la terapia, el objetivo son las conductas discretas como la falta de afirmación, las facultades sociales y el pensamiento pero sólo en el contexto de su significación o efecto sobre las relaciones interpersonales.

### TERAPIA CONDUCTUAL

Se ha desarrollado varias terapias conductuales para el tratamiento de la depresión, aunque varias en sus técnicas específicas y enfoque estas terapias tienen ciertos supuestos y estrategias comunes como :

- 1.- El programa de tratamiento esta altamente estructurado y suele ser breve.
- 2.- El principio del refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión.
- 3.- El cambio de conducta se considera la forma más efectiva para aliviar la depresión.

4.- El objetivo es la articulación y alcance de metas específicas.

Algunos tratamientos conductuales se caracterizan por enfoques de tratamiento de componentes múltiples que combinan diversas técnicas conductuales moldeándose el uso de estas técnicas en función de las necesidades individuales del paciente, normalmente existe elementos nucleares considerados esenciales unidos a otras técnicas opcionales.

#### TERAPIA COGNITIVA

La teoría cognitiva de la depresión indica que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y que los cambios físicos y afectivos, así como otros rasgos asociados de la depresión son consecuencia de las disfunciones cognitivas, como la apatía y baja energía son el resultado de la expectativa de fracaso del individuo en todas las áreas, de forma similar, la parálisis de voluntad deriva del pesimismo y los sentimientos de desamparo del individuo, el objetivo de la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck consiste en aliviar la depresión e impedir su reparación ayudando al paciente :

- 1.- identificar y comprobar sus conocimientos negativos
- 2.- desarrollar esquemas alternativos y más flexibles así como formas de pensamientos más positivas.
- 3.- crear nuevas respuestas conductuales y cognitiva.

El objetivo es también el de cambiar la forma de pensar del individuo y posteriormente alivia el síndrome depresivo

#### TERAPIA FAMILIAR

La terapéutica familiar no suele considerarse una terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos en que :

- 1.- la depresión de un individuo parece alterar seriamente su funcionamiento matrimonial o familiar o ambos
- 2.- en que la depresión del individuo parezca estar promovida o familiares

La terapéutica familiar examina el papel del miembro



deprimido en bienestar psicológico general de toda la familia también examina el papel de la familia en el mantenimiento de la depresión, este enfoque tiene un valor especial cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños, sin embargo por lo general el diagnóstico de la dinámica familiar debe formularse con precaución cuando uno de los miembros sufre una depresión aguda, las pautas de interacción familiar pueden haber resultado significativamente alteradas por la depresión.

#### COMBINACION DE PSICOTERAPIA Y MEDICACION

La depresión es un complejo grupo de trastornos que implican a muchos sistemas corporales, las medicaciones pueden estar indicadas en ciertas depresiones mientras que en otras son preferibles los enfoques psicoterapéuticos, en muchos casos lo mejor es una combinación de fármacos y psicoterapia, existen pruebas de apoyo de la idea de que los fármacos, tienden a afectar a los síntomas somáticos y vegetativos específicos de la depresión, mientras que la psicoterapia afecta a los aspectos interpersonales y cognitivos, por ello un enfoque global incluiría a ambas modalidades que se complementan mutuamente

#### EVALUACION DEL TRATAMIENTO

Por lo general la literatura indica que una depresión grave aguda responde bien a la TEC, una depresión menos grave responde bien a los tricíclicos y el litio o los tricíclicos pueden ser útiles agentes profilácticos contra la depresión, la manía aguda responde a los neurolepticos y al litio, el litio es profiláctico contra la recurrencia de la manía, en general, la psicoterapia combinada con el tratamiento medicamentoso ofrece el mejor pronóstico en la mayoría de los trastornos afectivos.

## OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS

### TRASTORNOS DISTIMICOS Y TRASTORNOS CICLOTIMICOS

La mayoría de los pacientes experimentan los trastornos afectivos de forma episódicas, tras un periodo limitado de síntomas, vuelven a su estado normal, la mayoría de los pacientes con episodios de trastorno afectivo ya sea depresión o manía, los experimentan como episodios breves, en los últimos años se ha reconocido de forma gradual que una significativa parte de los pacientes padecen trastornos afectivos crónicos, denominados trastornos distímicos o ciclotímicos, aunque ambos tipos de trastornos se agrupan conjuntamente a causa de su común curso clínico, no se presupone un único origen o tratamiento.

#### TRASTORNOS DISTIMICOS ( NEUROSIS DEPRESIVA )

La experiencia clínica y numerosos estudios han mostrado que la mayoría de las depresiones son episódicas, aunque una gran proporción de adultos experimentan depresiones agudas generalmente sin llegar ellos a conocimiento del médico y menos aún del psiquiatra un porcentaje significativo tienen esta enfermedad con carácter crónico, la mayoría de las depresiones crónicas representan probablemente el residuo no resuelto o parcialmente remitido de depresiones agudas mal reconocidas y tratadas, cerca de 15 a 20 % de los pacientes que experimentan depresiones agudas no tienen una recuperación completa sino que muestran algunos síntomas intermitentes, fluctuantes y crónicos que a menudo persisten

#### DEFINICION

La creación de una categoría independiente en el DSM-III para los pacientes con trastornos distímicos o neurosis depresiva, representa un importante paso adelante este adelanto en el diagnóstico es especialmente importante en la era del tratamiento psiquiátrico comunitario, por cuanto la mayoría de los pacientes no son institucionaliza-

dos y son capaces de seguir viviendo en la comunidad, el rasgo esencial del trastorno distímico es una alteración crónica no psicótica que supone un humor deprimido o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades y pasatiempos cotidianos, por lo general los síntomas asociados no son de suficiente gravedad para satisfacer los criterios de la depresión mayor, el trastorno distímico se define como una enfermedad duradera de al menos 2 años con alteraciones intermitantes o sostenidas del humor deprimido y síntomas asociados, el tratamiento puede empezar, al comienzo de la vida adulta a menudo sin un claro comienzo en el pasado los pacientes con este trastorno incluían aquellos que tenían neurosis depresiva, los subgrupos incluyen a los pacientes con depresión encubierta o equivalentes depresivos.

#### EPIDEMIOLOGIA

Como es una categoría diagnóstica relativamente nueva no se dispone de datos sobre su incidencia y prevalencia, sin embargo diversos estudios han indicado que se trata de una condición relativamente común, se ha determinado una prevalencia aproximada de 45 por 1000 utilizando criterios para la personalidad depresiva que son similares a las características clínicas del trastorno distímico en el DSM-III, esta incidencia se confirma por el hecho de que la mayoría de los ingresos en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales está relacionada con uno de los trastornos depresivos.

#### CAUSAS

Las teorías e hipótesis propuestas como causales siguen a las de los trastornos afectivos en general.

#### CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

El amplio número de pacientes con depresión que tienen un comienzo a finales de la adolescencia y comienzo de la edad adulta sugiere rasgos psicodinámicos en particular los relacionados a un defectuoso desarrollo de la personalidad

y del yo que culmina en una dificultad de adaptación a la adolescencia y primera edad adulta, la indebida dependencia interpersonal y el carácter obsesivo a menudo predisponen a la depresión, varios rasgos de personalidad duraderos, en especial una baja autoestima e introversión están fuertemente asociados con el carácter depresivo, los rasgos de personalidad tales como la dependencia, la culpa y la pasividad pueden no volver a alcanzar niveles normales aun cuando se de una remisión de los síntomas.

#### FACTORES PSICOSOCIALES

Existen diferentes opciones sobre el papel de los factores estresantes psicosociales como precipitantes de los episodios crónicos, una hipótesis es que el trastorno crónico representa el residuo mal tratado o parcialmente resuelto de anteriores depresiones agudas producidas en la vida adulta que tenga probablemente factores psicosociales precipitantes.

#### CAUSAS PSICOLOGICAS

Muchas de las afecciones crónicas pueden presentar los efectos residuales de depresiones secundarias debidas al uso crónicas pueden presentar los efectos residuales de depresiones secundarias debidas al uso crónico de alcohol anfetaminas o barbituricos o pueden estar relacionados a una enfermedad médica duradera, como una afección gastrointestinal, artritis, disfunción tiroidea y otros trastornos endocrinos.

#### RASGOS CLINICOS

El rasgo esencial del trastorno distímico es un complejo psicósomático de carácter no psicótico y de al menos 2 años de duración, el principal síntoma es el humor deprimido, además a menudo se produce una pérdida de interés o placer por casi todas o todas las actividades y diversiones habituales y una supresión de todas las fuentes de placer

Durante los últimos años los niños y adolescentes el

sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas que son característicos del síndrome depresivo, pero no son la suficiente gravedad y duración como para poder cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistente o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas pero no más de unos meses.

Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo como triste, melancólico, abatido, desanimado o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

Durante los episodios depresivos están presentes como mínimo de tres de los síntomas siguientes: Insomnio o hipersomnia, bajo nivel de energía o cansancio crónico, sentimientos de incapacidad pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación, disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa, disminución de la atención concentración o capacidad para pensar con claridad, retraimiento social, pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras, irritabilidad o cólera excesiva expresada en los niños hacia los padres o monitores, incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos, menos activo o hablador de lo habitual o sensación de lentitud o inquietud, actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo, llanto o sollozo, pensamiento repetitivo de muerte o suicidio

Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia del alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

El humor deprimido puede caracterizarse por la referencia que el paciente hace sus sentimientos de tristeza, pesar, melancolía, el paciente deprimido puede describir la vida como algo oscuro, negro o desesperado, el humor deprimido y sus rasgos asociados pueden ser relativamente persistente caso en que el trastorno se considera crónico o intermitente caso en que los periodos de síntomas van separados por intervalos de humor normal con capacidad para disfrutar del placer y desarrollar las actividades sociales de forma normal, los periodos relativamente normales pueden durar de unos días a unas semanas, al distinguirse el trastorno distímico de la ciclotímica hay que averiguar si la vuelta a la normalidad es experimentada como un alivio de la depresión o si existen signos positivos de euforia, aumento de actividad y bajo nivel de juicio, en cuyo caso el paciente puede ser considerado ciclotímico, el paciente puede tener manifestaciones de rasgos no psicóticos del síndrome depresivo como alteración del amor propio, ralentización del habla y el pensamiento y pérdida de apetito, estos rasgos suelen ser experimentados por el paciente como discontinuos y como cambios ajenos al yo con respecto a su yo normal o anterior, durante los periodos depresivos suelen manifestarse los rasgos no psicóticos y leves del trastorno depresivo, la presencia de delirio y alucinaciones es por definición inconsistente con el diagnóstico de trastorno distímico entre los síntomas asociados figuran los comúnmente o asociados con los episodios depresivos, incluyendo la falta de apetito, el cambio de peso, la pérdida de interés o placer por casi todas las actividades, a disminución del impulso sexual, los sentimientos de culpa y autorreproche, la preocupación obsesiva por la salud, las quejas de dificultades de pensamientos, indecisión, ideas de suicidio, sentimientos de desamparo y desesperanza y pesimismo, aunque la presentación clínica con humor deprimido antes descrita es lo más común es importante reconocer otras variantes incluidas las siguientes:

#### DEPRESIONES ENCUBIERTAS

En los pacientes con depresiones encubiertas, la alteración del humor puede no ser manifiesta pero el paciente puede presentar un dolor crónico, insomnio, pérdida de peso u otras alteraciones corporales este tipo suelen verlo los psiquiatras que trabajan en hospitales y gabinetes médicos.

#### QUEJAS HIPOCONDRIACAS Y SOMATICAS

Un gran número de pacientes con quejas médicas recurrentemente diagnosticadas a menudo denominadas hipocondriacos son depresivos crónicos no reconocidos o intermitentes, cuyo paso de ingreso al sistema de cuidados sanitarios, constituyen sus molestias y quejas somáticas.

#### PESIMISMO Y DESESPERANZA

Los pacientes con desamparo, pesimismo y desaliento constituye otro tipo de presentación, las dificultades pueden ir dirigidas contra su yo con sentimiento de autoreproche, bajo amor propio y sentimientos de fracaso en la vida o un funcionamiento inadecuado en el matrimonio o en el trabajo, estos pacientes pueden ser considerados sujetos con personalidad mazoquista, por otra parte su pesimismo puede estar dirigido hacia el exterior con demostros hacia el mundo y sentimientos de haber sido maltratados por familiares, hijos, padres, trabajo, colegas o el sistema

#### ABUSO DE ALCOHOL

Los clínicos deben saber que un alto porcentaje de alcohólicos crónicos desarrollan depresiones secundarias, los índices van de 25 a 50 %.

#### CONSUMO DE FARMACOS

Ciertos fármacos en particular los esteroides, las anfetaminas, los barbitúricos y otros depresores del sistema nervioso central pueden producir depresión tras

péridos de uso continuo, también se ha descrito una depresión crónica secundaria al consumo de heroína o metadona.

#### CURSO Y PRONOSTICO

##### EDAD DE COMIENZO

Una revisión del curso clínico revela importantes diferencias relacionadas con la edad de comienzo, muchos pacientes indican que sus síntomas depresivos comenzaron en la adolescencia tardía o joven edad adulta y que los síntomas fueron de naturaleza crónica por largos períodos de tiempo hasta el punto de ser considerados parte de su personalidad, en los pacientes con un comienzo temprano de la enfermedad es importante reconstruir cuidadosamente su vida, buscando episodios de comienzo agudo especialmente en tránsito de la adolescencia a la joven edad adulta, la historia familiar también es valiosa para detectar una historia de trastornos afectivos, pues los pacientes distímicos pueden tener formas leves de depresión mayor cuya gravedad no ha sido suficiente como para satisfacer los criterios, de clasificación de la depresión mayor, el período más común de comienzo es la madurez y la edad intermedia, estos pacientes ofrecen una historia de adaptación social adecuada, un humor normal en la adolescencia y joven edad adulta con un comienzo gradual o insidioso de depresión o síntomas residuales tras la reacción de duelo o muerte del padre, hermano o hijo, o bien historia de disputas matrimoniales o sentimentales con los hijos adolescentes en relación con las funciones ocupacionales.

Cuando el comienzo es en la edad avanzada, suele ser un problema diagnóstico por que se puede fomentar la pseudodemencia depresiva y muchos ancianos presentan una alteración de las funciones cognitivas, quejas de pérdida de memoria, incapacidad para concentrarse y funcionamiento ralentizado y puede coexistir con problemas de demencia producida por enfermedad del sistema nervioso central.



### SUICIDIO

En todos los trastornos afectivos existe un elevado riesgo de suicidio, pero has que detectar aquellos intentos de suicidio potencial, reconstruir los anteriores intentos detectar los rasgos de ideación de suicidio y hacer la exploración de fantasías suicidas, prestando atención a la medicación de estos pacientes y observar la proclividad a los accidentes sobre todo de tipo automovilístico.

### ALTO RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES MEDICAS

Los pacientes con depresiones crónicas e intermitentes con riesgo de enfermedades graves, los estudios efectuados han indicado un índice de mortalidad superior a la media, a menudo debido a enfermedades cardiovasculares, sugiriendo que estos paciente pueden ser mas proclives de lo normal a varios tipos de cáncer y posiblemente a que estas personas posponen su atención médica o se hace mal diagnóstico por su historial anterior se aumente la mortalidad.

### HOSPITALIZACION

La hospitalización psiquiátrica para el trastorno distímico es poco común en la actualidad aunque antes del desarrollo de los modernos tratamientos somáticos era común.

### ALTERACION DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL

En la actualidad, las alteraciones más comunes radican en el funcionamiento social, manifestadas por una menor capacidad para mantener una intimidad emocional por una reducción del interes sexual, menor rendimiento sexual, manifestada por impotencia o menor frecuencia de relaciones sexuales, habiéndolo dificultades para mantener los niveles habituales de actividad social, con menor interés en sus actividades cotidianas. El divorcio, desempleo y fracasos en los negocios o las ocupaciones profesionales pueden ser muchas veces consecuencias de un trastorno distímico.

#### PRONOSTICO

El determinante más importante del curso y resultado del trastorno distímico es si se reconoce o no el trastorno si los pacientes se abandonan a si mismos presentan a menudo continuos episodios de síntomas crónicos o intermitentes con una alteración gradual del funcionamiento social, con frecuentes hospitalizaciones de urgencia por intentos suicidas, cuando la depresión es reconocida y tratada en forma intensiva el pronóstico mejora considerablemente en la mayoría de los casos.

#### DIAGNOSTICO

Los criterios esenciales para el diagnóstico son manifestados por alteraciones del humor, síntomas asociados a episodios depresivos mayores, excepto en la presencia de delirios y alucinaciones que excluye el diagnóstico de trastorno distímico.

El diagnóstico diferencial más difícil incluye los trastornos de personalidad especialmente la histriónica o personalidad histérica, en ocasiones los pacientes con trastorno distímico son denominados límite con personalidad dependiente o narcisista, a veces el diagnóstico de la personalidad se hace con la presencia de depresión aguda o intermitente. Algunos pacientes con personalidad dependiente o histriónica estan predispuestos a la depresión con mayor frecuencia que la población general.

Los pacientes con trastornos somatoformes en ocasiones de tipo histeria o conversivo, pueden también tener una predisposición a la depresión y los registros con síndrome de Briquet es del 20 % los cuales experimentan episodios depresivos en el curso de su historial.

#### TRATAMIENTO

Se han propuesto diversas terapéuticas psicológicas y somáticas para el tratamiento del trastorno distímico, entre los tratamientos psicológicos, derivados de las teorías de la personalidad psicoanalítica o psicodinámicas las hipótesis psicoanalíticas relacionan el desarrollo y

mantenimiento de los síntomas depresivos y los rasgos inadap-  
tados de la personalidad con conflictos no resueltos de la  
primera infancia, recomendanse varias técnicas psicoterapé-  
ticas para hacer frente a la dependencia y manipulación,  
centrandose en las desadaptaciones utilizadas por el paciente  
depresivo histriónico para mantener sus relaciones  
interpersonales, estas desadaptaciones sirven para manipular,  
las figuras claves de su ambiente protegiendolo así de la  
posibilidad de realizar cambios significativos de estilo de  
de vida o relación, causando aumento de los síntomas y  
continuas amenazas de suicidio y regresión.

La eficacia de diversas técnicas ha quedado acreditada  
para tratamiento de mantenimiento a largo plazo de los pacien-  
tes crónicos y de los que tienen recaídas tras episodio  
agudo, la psicoterapia utilizada para modificar las  
relaciones interpersonales y la satisfacción personal así  
como la eficacia de este método unido con terapéutica  
medicamentosa con fármacos tricíclicos, la terapia interperso-  
nal, la terapia cognitiva y la terapia conductual utilizada  
en el tratamiento de la depresión en los trastornos afectivos  
mayores, entre las terapéuticas somáticas hay que preservar  
la atención a los antidepresivos tricíclicos, estos fármacos,  
siguen siendo la principal forma de tratamiento que ha  
demostrado eficacia para las depresiones.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) pueden  
ser de especial valor para subgrupos de pacientes deprimidos,  
que no responden a los tricíclicos sobre todo los pacientes  
con rasgos atípicos caracterizados por la ansiedad y por  
síntomas histéricos y despersonalización, el aprazolán ha  
resultado ser útil en este subgrupo y tiene la ventaja de  
producir menores efectos secundarios que los MAO.

Aunque hay controversia sobre las anfetaminas y de  
fármacos del tipo de las anfetaminas en el tratamiento de  
depresión, algunos clínicos han conservado la utilidad  
prudente de estos fármacos, aunque no se recomienda por la  
United States Food and Drug Administration (USFDA). Las  
anfetaminas pueden utilizarse para medir la efectividad

potencial de ciertos tricíclicos en los pacientes depresivos, una respuesta positiva medida por la mejora del estado de ánimo tras una prueba de 2 ó 3 días de anfetaminas suele significar que un tricíclico tiene probabilidades de ser efectivo, además la anfetamina ha resultado ser útil en algunos pacientes con depresión involuntaria y también en los pacientes depresivos con enfermedades médicas, se han descrito beneficios en sus efectos sinérgicos utilizando desipramina y metilofenidato, de forma conjunta para el tratamiento de la depresión y también se ha constatado el valor del metilofenidato en cierto tipo de pacientes deprimidos después de una intervención cardiaca, a la vista de los trabajos citados y de muchos otros, los autores opinan que esta indicado el uso más flexible de anfetaminas y fármacos de tipo anfetaminico como el metilofenidato y quedando limitado el uso de estos fármacos por su potencial de abuso ya que tiene demostrado su valor terapéutico.

#### **TRASTORNOS CICLOTIMICOS**

##### **DEFINICION**

El término ciclotimia fue acuñado por vez primera por Kahlbaum a mediados del siglo XIX para lo que por entonces se denominaba locura circular, es una enfermedad de la personalidad manifestada por una alteración no psicótica crónica que supone numerosos periodos en los que existen síntomas característicos del síndrome maniaco o depresivo o ambos, habitualmente estos periodos no son de suficiente intensidad como para satisfacer los criterios plenos del trastorno bipolar, además el paciente los experimenta sintonizados al yo y no se presentan en busca de tratamiento psiquiátrico, sin embargo los miembros de su familia, sus parientes y compañeros de trabajo pueden resultar alterados por los cambios de humor del paciente y sus fluctuaciones de conducta, con el litio el tratamiento de los episodios maniacos plenos y en la prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar los cuales llegan a atención,

psiquiatras y ha aumentado el interés por los pacientes que sufren este trastorno.

#### EPIDEMIOLOGIA

El estudio de la Comunidad de New Haven, los autores hallaron que la prevalencia en vida de la ciclotimia menor de 1% lo cual es subestimado en razon a la variabilidad de los criterios diagnósticos y de la negativa de las personas con trastornos ciclotímicos a identificarse como pacientes.

#### CAUSAS

Existe consenso general en que la ciclotimia es una forma leve o atenuada de trastorno bipolar por la similitud sintomatica y fenomenológica entre los síntomas y conducta de las personas con trastornos ciclotímicos y trastorno bipolar pleno, la distribución de los familiares biológicos con trastornos afectivos entre los miembros de la familia, las observaciones basadas en seguimientos en los que una significativa proporción de pacientes desarrollan el cuadro clínico del trastorno bipolar, mostrando similitudes farmacológicas en respuesta al tratamiento incluida la tendencia a la respuesta hipomaniaca a la terapeutica tricyclica y con litio.

Existe una frecuencia cada vez mayor de trastornos ciclotímicos de la personalidad en los familiares biológico de los sujetos de prueba con trastornos afectivos bipolares

#### RASGOS CLINICOS

Los rasgos esenciales del trastorno ciclotímicos son alteraciones crónicas que suponen frecuentes periodos en los cuales existen síntomas no psicóticos característicos de síndrome depresivo y maniacos, sin embargo los síntomas no suelen ser de gravedad o duración suficiente como para satisfacer los criterios de un episodio maniaco o depresivo completo, los estados de ánimo se altera en forma bifásica o estan entre mezcladas, con estados de ánimo relativamente normal, durante los cambios afectivos los síntomas de depresión

o manía están presentes en forma leve, durante la fase exaltada el paciente puede tener un estado de ánimo elevado expansivo o irritable, también puede tener menor necesidad de dormir, mayor productividad, hábitos de trabajo autoimpuestos poco comunes, sensación de una mayor capacidad de atención y concentración y pensamiento creativo más sutil o poco común, características de la fase hipomaniaca o exaltada los episodios de múltiples compras con estragos económicos, regalos e indulgencia excesiva, produciendose frecuentes cambios de trabajo, periodos de promiscuidad sexual o cambios políticos o religiosos.

#### CURSO Y PRONOSTICO

Las manifestaciones típicas de los cambios de personalidad empiezan aparecer entre la adolescencia media o final, dond  se presenta com  sujeto fluctuante con períodos altos y bajos, los estados de ánimo pueden ser experimentados como agravamientos o acentuaciones del desarrollo adolescente normal, con variabilidad en la intensidad de la fase de júbilo o la fase depresiva y la duración y grado de periodicidad, durante la edad adulta pueden ser muy adaptativos sobre todo en fase hipomaniaca o de júbilo, cuando su optimismo, sociabilidad, buen humor energía y ambición les puede hacer triunfar en los negocios en la vida profesional, los servicios públicos o los resultados académicos, combinado con períodos excesivos de rasgos inadaptados, en fase depresiva el paciente puede estar inactivo, tener dificultad para concentrarse, no responde a los estímulos y menor rendimiento, inversamente en los estados su comportamiento es inadecuado en sociedad con conducta sexual excesiva, mala gestión de su patrimonio, con conducta inadecuada en la familia, trabajo y actividades sociales a medida que el paciente va superando la edad adulta, los períodos de cambios de humor depresivos o hipomaniacos pueden volverse tan intensos o largos como para hacer posible el diagnóstico clínico.

#### DIAGNOSTICOS

El diagnóstico suele obtenerse fácilmente realizando la historia clínica del paciente en forma directa o indirecta en relación con sus cambios de humor, sin embargo puede haber importantes rasgos diagnósticos diferenciales, particularmente con respecto a los sujetos con personalidad histriónica, antisocial y sociopática.

Akiskal describió esto como una pseudociclotímicos, los rasgos histriónicos pueden ser especialmente deficientes de diferenciar del trastorno ciclotímico en razón de los elementos de alta sexualidad, cambios de humor y sociabilidad, que presentan ambos estados, la historia familiar puede ser útil en el diagnóstico diferencial y la respuesta al tratamiento con litio, siendo importantes las consideraciones diagnósticas diferenciales de los cambios de humor asociados al consumo de fármacos, sobre todo esteroides, anfetaminas y fármacos de tipo alucinogénico, también se han descrito cambios de humor como parte del trastorno afectivo secundario relacionado con el alcoholismo crónico. en los pacientes de más de 40 años que muestran el comienzo de cambios de humor, hay que prestar atención a la búsqueda de causas orgánicas.

#### TRATAMIENTO

Existen informes de intentos ocasionales de psicoterapia sobre todo de psicoterapia a largo plazo con el trastorno ciclotímico, pero no se dispone de estudios minuciosos, el avance más significativo en el tratamiento de este trastorno ha sido la implantación de la terapéutica con litio, varias investigaciones registran resultados positivos tras su uso en los pacientes con trastornos ciclotímicos.

## TRASTORNOS AFECTIVOS ATÍPICOS

### TRASTORNO DEPRESIVO ATÍPICO Y TRASTORNO BIPOLAR ATÍPICO

La mayoría de los pacientes con algunos de los diversos trastornos afectivos presentan síntomas más o menos típicos clasificados en el DSM-III, sin embargo una categoría residual de pacientes tiene rasgos que no se clasifican fácilmente en razón de las infrecuentes combinaciones de síntomas o su tipo de presentación, existen dos subcategorías de trastorno, afectivo atípico, la depresión atípica y el trastorno bipolar atípico.

#### DEPRESION ATIPICA

##### DEFINICION

La depresión atípica es una categoría residual para clasificar a los pacientes con rasgos depresivos que no pueden ser clasificados como trastorno afectivo mayor o trastorno distímico o como un trastorno de adaptación como en caso de trastorno que no satisface los criterios sintomáticos de trastornos afectivo mayor y que aparentemente no reacciona al estrés psicosocial, por lo que no puede ser clasificado como trastorno de adaptaciones, o un trastorno que satisface los criterios de trastorno distímico con excepción de que han habido períodos intermitentes de humor normal que han durado más de dos meses, una pauta de reacciones depresivas cortas tras un rechazo personal u otra forma de vínculo afectivo, durante una forma de esta condición, la persona puede mostrar síntomas tales como comida en exceso, sueño desmedido y letargia en ausencia de rasgos endógenos significativos, cuando tiene lugar en una persona con trastorno de personalidad histriónica, el síndrome ha sido denominado por algunos autores como disforia histeroide y un episodio diferenciado y manteniendo de depresión en un paciente con esquizofrenia de tipo residual que se desarrolla sin una activación de los síntomas



psicóticos y no es una reacción aparente a un factor estresante psicosocial.

#### EPIDEMIOLOGIA

Como la depresión atípica es una categoría nueva, definida principalmente por su naturaleza residual, no es posible obtener información específica sobre su epidemiología, prevalencia, cociente según el sexo y pautas

#### CAUSAS

Tampoco es posible describir con especificidad las causas de trastornos, es improbable que la depresión atípica, represente una única condición o sea susceptible de ser explicada por una única teoría causal, sin embargo es posible que represente formas poco frecuentes de presentación clínica y la historia natural de las formas mayores del trastorno afectivo, con esta probabilidad, también valen aquí las teorías de la causalidad .

#### RASGOS CLINICOS

Ese ha ofrecido diversas formas atípicas de depresión. Con el manejo de fármacos psicotrópicos se hizo posible, que se advirtieran relaciones infrecuentes entre pautas de síntomas clínicos y las respuestas a los fármacos psicoterapéuticos, haciendose intentos de correlación de las pautas de síntomas con la respuesta al tratamiento para aumentar la especificidad y predictibilidad de la farmacoterapia.

#### CURSO CLINICO

El curso clínico se determina por la edad de comienzo, entre los adolescentes y adultos jóvenes la depresión atípica puede ser bastante común en razón de la naturaleza desarrollista de las circunstancias del paciente, los cambios de humor son una parte normal del desarrollo adolescente, los pacientes con alteraciones de humor participan de conductas de alto riesgo como la conducción a excesiva

velocidad, la promiscuidad sexual, la experimentación con fármacos y alcohol, la evitación de responsabilidad y diversas formas de confusión o crisis de la identidad, como las que Erikson describió, también se han atribuido algunas formas de delincuencia y conducta antisocial a estados afectivos subyacentes encubiertos o no reconocidos.

Durante la edad adulta las formas más comunes de depresión atípica, son depresiones encubiertas, neurastenia e hipocondría, así como la presencia de insomnios inexplicables cuando la alteración del sueño consiste en despertarse pronto por la mañana hay que buscar otros síntomas de tipo endógeno, como pérdida de peso, el sentimiento de culpa y retraso psicomotor, también pueden tener dificultad para dormir o sueño agitado, y solo después de un minucioso examen del estado mental se hace patente la alteración del humor asociada, cuando los pacientes reciben prescripción de barbitúricos e hipnóticos sedantes con motivo del insomnio cuando más adecuado sería un antidepresivo.

En los pacientes ancianos, las formas atípicas de trastornos afectivos implican una pseudodemencia, los pacientes se quejan de pensamientos, dificultad de concentración y mala memoria y manifiestan movimientos lentos durante la entrevista y conducta social general, puede haber pérdida de peso, problemas de sueño, incontinencia de orina y heces. El diagnóstico diferencial de la demencia senil es de gran importancia clínica, el error diagnóstico más común consiste en suponer automáticamente que todos los trastornos clínicos que tienen lugar en los ancianos son demencia senil y pasar por alto el diagnóstico de depresión, siendo esto importante, ya que las condiciones depresivas de los ancianos suelen responder bien al tratamiento y son muchas veces reversibles.

#### DIAGNOSTICO

El requisito previo para el tratamiento es una impresión diagnóstica, poniendo atención a la posibilidad de depresión atípica en los pacientes con insomnio, dolores

crónicos, dolores faciales atípicos, dolor de espalda, cefalaleas o cualquier otro trastorno malestar corporal persistente, estado de fatiga o neurastenia, por lo que se debe hacer una revisión del complejo de síntomas sobre todo de la depresión y de los trastornos del humor relacionados con la culpa, el autoreproche y la pérdida de interés por aficiones y actividades anhedonia.

#### TRATAMIENTO

Hay que prestar atención durante el tratamiento a la prueba de un antidepresivo tricíclico o un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), si el complejo sintomático es de rasgos atípicos con ausencia de rasgos endógenos, estando indicada la prueba inicial con inhibidores de la MAO, sobre todo si existen síndromes fóbicos y ansiosos, el uso de alprazolam también es útil en la depresión atípica, por otra parte si existe predominio de síntomas fisiológicos particularmente los que sugieran rasgos endógenos los antidepresivos tricíclicos. Con todos estos fármacos se pueden hacer intentos para elevar la dosis a niveles superiores y controlar los niveles plaquetarios de MAO o niveles séricos con tricíclicos, en tratamiento con barbitúricos, hipnótico-sedante y tranquilizantes menores no son recomendables, reportándose buenos resultados en el tratamiento de la depresión atípica mediante el uso prudente de pequeñas dosis de anfetaminas y metilfenidato, especialmente en combinación con tricíclicos.

#### TRASTORNO BIPOLAR ATIPICO

El trastorno bipolar atípico es una categoría residual para clasificar a las personas que tienen rasgos de síntomas maniacos y depresivos en su historia clínica, pero cuyas manifestaciones no satisfacen los criterios de trastorno bipolar o trastorno ciclotímico como el las personas que anteriormente han tenido un episodio depresivo y que actualmente tiene un episodio de enfermedad con algunos síntomas

maniacos, pero cuyos rasgos no son suficientes para satisfacer los criterios de episodio maniaco.

#### DIAGNOSTICO

La mayor atención al diagnóstico de los trastornos afectivos y la disponibilidad del tratamiento de litio ha dado lugar a diversas descripciones de trastorno bipolar atípico, entre los adolescentes, el diagnóstico puede ser difícil, ya que los adolescentes con diagnósticos de esquizofrenia y que no responden a los neurolepticos puede que sean depresivos y no esquizofrénicos, con pautas de conductas atípicas, manifestaciones psicóticas, labilidad afectiva, hiperactividad, fuga de ideas, habla forzada y distracción la respuesta al litio en estos casos pueden ser excelente, cerca del 15 % de los pacientes psicóticos maniacos tienen delirio de persecución, la agresión, la destrucción de la propiedad, la hostilidad y las alucinaciones y delirios como parte de la psicopatología manifiesta, mostrando que al inicio el paciente estuvo eufórico, gradioso, hiperactivo, jovial y que solo gradualmente a medida que progresó el episodio maniaco, la jovialidad y el júbilo dieron paso a la irritabilidad, hostilidad, cólera y rasgos paranoides.

En un gran porcentaje, al inicio se diagnostican como esquizofrenia en razón de sus graves trastornos de conducta su pensamiento psicótico y quizás, síntomas schneiderianos de primer orden, delirio y rasgos paranoides en el curso de un episodio agudo, muestran buena respuesta al litio con remisión a un funcionamiento clínico normal.

El límite con la normalidad se observa con mayor frecuencia en los pacientes con diversas formas de trastornos de personalidad, hoy día se sabe que existen variantes leves de trastornos afectivos mayores incluido el trastorno ciclotímico y el trastorno bipolar atípico, los pacientes con trastornos afectivos pueden tener también diversos trastornos de personalidad, estos rasgos de personalidad pueden ser extensiones del funcionamiento normal de la personalidad o pueden ser de la suficiente intensidad o

duración, o tener suficientes consecuencias inadaptativas como para ser denominados trastornos, como los que pueden predisponer al desarrollo de trastornos afectivos, entre estos figuran la personalidad compulsiva, la personalidad histriónica, la narcisista y la límite, las formas leves de trastorno afectivo, pueden unirse con la personalidad o si se vuelven crónicas, ser incorporadas a la personalidad, y en vez de ser experimentadas como síntomas, son experimentadas como parte del carácter de la persona.

#### TRATAMIENTO

Generalmente se utiliza y aconseja la psicoterapia, para los pacientes con trastorno bipolar atípico, sobre todo por sus rasgos inadaptados de personalidad y sus dificultades de relación interpersonal, sin embargo en ausencia de ensayos clínicos controlados, existen considerables dudas sobre la eficacia a largo plazo de estos tratamientos sobre todo cuando no van unidos a una terapéutica medicamentosa, es decir a la administración de litio, diversos fármacos no deben ser utilizados con estos pacientes en particular las anfetaminas, los antidepresivos tricíclicos y los IMAO, que pueden agravar la predisposición maniaca e intensificar los rasgos psicóticos latentes, el tratamiento selectivo en el litio por si solo o en combinación con la psicoterapia.

#### DUELO, AFLICCIÓN, PESAR Y TANATOLOGIA

En condiciones ideales debe reservarse el uso de la palabra duelo para hacer referencia a los sentimientos y el afecto subjetivos precipitados por la pérdida, la aflicción cuando se hace referencia a los procesos de duelo activo con resolución de este, pesar para indicar el estado asociado al proceso de aflicción, pero de acuerdo con Freud, puede significar tanto el afecto del duelo, como sus manifestaciones externas, Bowlby utilizó el término de aflicción para referirse a los procesos psicológicos iniciados por la

pérdida de un objeto amado y duelo para aludir a los estados subjetivos que lo acompañan.

#### DUELO NORMAL

Existen muchas variaciones en los individuos que experimentan duelo guardan similitudes con las que se puede caracterizar el duelo como síndrome con un curso y resolución esperada, de inicio el duelo se manifiesta a un estado de expresado con sensación de entumecimiento y perplejidad, así como de estar aturdido, esta incapacidad puede ser breve seguida de expresiones de sufrimiento y malestar generalmente indicados por gemidos y llantos, siendo más común en las mujeres por factores culturales. También se aprecian sensaciones de debilidad, disminución del apetito, pérdida de peso y problemas para concentrarse, respirar y hablar, las alteraciones del sueño pueden incluir problemas para dormir sonambulismo y despertar temprano, con sensación de desaliento al hallar la imagen o experiencia en un sueño ideas relativas a la persona desaparecida, reviviendo experiencias compartidas o evitar estas, con retiro del interés del mundo exterior como la comida, indumentaria y las actividades sociales habituales, también se pueden presentar expresiones de cólera, culpando a otros de la pérdida de la persona o reproches hacia sí mismo, cuando son intensos es por que es un duelo patológico, con presencia de las formas de negación pensando cómo si no hubiera ocurrido la pérdida, refiriendo la presencia del desaparecido constituyendo una ilusión o alucinación la cual en duelo normal se reconoce como tal, se puede asumir fenómenos de identidad, lo cual puede alcanzar una expresión potencialmente patológica. Distinguiéndose fases de la secuencia del duelo que son Choque, descarga emocional, depresión profunda, soledad, sensación de aislamiento, síntomas físicos de malestar de angustia, algunos síntomas de culpa en relación con la pérdida como hostilidad, intento de volver a la normalidad, superación del duelo y readaptación.

John Bowlby estableció cuatro etapas : fase inicial o primera fase, con entumecimiento o protesta, la puede interrumpirse por brotes de malestar, miedo o cólera, segunda fase con anhelo y búsqueda de la figura pérdida, que puede durar varios meses e incluso años, con preocupaciones relacionadas con la persona pérdida, inquietud física, estado perceptivo interpretadas como reflejos de la presencia del afliccido, con llanto y cólera, la tercera fase es el reconocimiento e integración gradual de la realidad con desorganización y desesperación y así la inquietud y la falta de metas pueden caracterizar los esfuerzos efectivos e inefectivos para iniciar y perpetuar pautas de conducta productivas, interpersonales o no, la cuarta fase es el establecimiento de nuevas pautas objetos y metas la persona afligida alcanza una fase de mayor o menor grado de reorganización, durante la cual el duelo se convierte en recuerdos afectuosos. En casos habituales las diversas manifestaciones del duelo tienden a remitir con el tiempo por lo que se ha propuesto que en tiempo el duelo dura de 1 a 2 años, pero los signos de pesar duran más de 1 o 2 años y en ocasiones el sujeto puede tener sentimientos, síntomas y conductas relacionadas con el duelo durante toda su vida volviendo a un estado de productividad y bienestar relativo.

#### DUELO Y MELANCOLIA

Freud señaló las diferencias entre duelo normal o aflicción y las reacciones anormales y melancolía, no siempre, siendo inherente a la pérdida de una persona amada, si no a pérdidas menos obvias, como una abstracción ideal. Freud caracterizó los rasgos distintivos del duelo como profunda decepción, falta de interés por el mundo exterior, disminución de la capacidad para amar, inhibición de la actividad, conductas que son consideradas normales a pesar de su diferenciación con lo normal, sin embargo la melancolía supone estos rasgos así como la pérdida de autoestima que no se presenta en la reacción de duelo normal como en la melancolía.

## DUELO ANTICIPADO Y DUELO RETARDADO, INHIBIDO O NEGADO

Las pautas que pueden alertar la expresión del duelo en el momento de la pérdida incluyen los duelos anticipado o retardado, así como los inhibidos o negados, el concepto de duelo anticipado se ha aplicado al duelo expresado con anterioridad a la pérdida que se percibe como inevitable. concluyendo con la pérdida esperada, independientemente de las reacciones posteriores, al contrario del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipado puede aumentar de intensidad a medida que se hace más inminente la pérdida esperada, sin embargo cuando se retarda la pérdida, puede agotarse el duelo anticipado, haciendo que el individuo muestre menos manifestaciones de duelo agudo cuando tiene lugar la pérdida real, una vez agotado puede ser difícil restablecer la relación anterior como se ha demostrado con la vuelta del combate o de campos de concentración, las pautas de respuesta considerablemente en función del estilo de la personalidad del sujeto, así como de la naturaleza de la pérdida se suscita duelo agudo de carácter extremo. El duelo anticipado se puede ver atenuado por la esperanza de que no va a producirse la pérdida haciéndose más compleja la relación y el curso ulterior del duelo.

El duelo retardado, inhibido o negado se refiere a la ausencia de muestras de duelo cuando habitualmente habría de esperarse, retrasándose simplemente el duelo por un choque o negación temporal, la necesidad de ocultar el duelo varía entre cada individuo de acuerdo a su carácter, o conflicto de exhibición, influencias familiares, culturales, apremiándose por lo tanto grandes contrastes dramáticos, por lo que resulta difícil la magnitud del duelo, sin embargo resulta potencialmente patológico el hecho de que el duelo sea negado o inhibido por no afrontar la realidad prevaleciendo una falsa euforia, o alcanzar grandes expresiones, desplazándose hacia otra pérdida simbólica de la pérdida original, o por desplazamiento, causando grandes



alteraciones en la personalidad del individuo las cuales no son visibles a los observadores externos.

#### PSICODINAMICA

La psicodinámica del duelo, la aflicción y el pesar están vinculados esencialmente con la significación funcional con aspectos emocionales y motivacionales de la conducta con determinantes, conscientes e inconscientes, ya que la constelación de fuerzas opera en las personas para explicar las similitudes y variaciones en el momento de la pérdida la magnitud, naturaleza de la pérdida, puramente relacionada con las motivaciones e influencias conscientes y la reacción suscitada por esta, por lo que la negación como defensa es desafiada o confrontada por una realidad que es difícil trascender si se mantiene la capacidad de comprobación de la realidad, el papel de la dinámica inconsciente que opera en el proceso de duelo, cuanto mayor es el papel de los factores inconscientes e inaccesibles a la conciencia, mayor es la probabilidad de reacción anormal. Freud reconoció la dificultad para explicar el duelo en términos de la psicodinamia individual, proponiendo un modelo congruente con la teoría de la libido de aquella época explicando el duelo como algo similar a la melancolía por su retirada de la libido en vinculación al objeto perdido, siendo dolorosa pues nunca se abandonan fácilmente las posiciones libidinales en el duelo, la pérdida se percibe claramente y por último prevalece la realidad con el tiempo, a diferencia de la melancolía en la cual no se percibe claramente, siendo el duelo excesivo para el observador exterior y para el propio Bowlby propuso que el proceso de duelo es la separación de la ansiedad que interrumpe la conducta de vinculación instintiva de la persona, la cual es característica de los niños pero que persiste toda la vida en forma activa, determinando la inevitable angustia de separación, la sintomatología esta dada para la vinculación del sujeto con el objeto perdido, como son el llanto o cólera y la fascies característica es resultado de la inhibición a gritar como un niño

abandonado y cuando la separación deriva de una pérdida irreversible esta conducta es absurda aún con los mismos objetivos conscientes e inconscientes intensificandose los sentimientos de frustración o cólera, independientemente del papel propositivo de la cólera se presenta en duelo normal alcanzando una expresión manifiesta a pesar de los tabúes culturales contra ella en el momento del duelo, jugando papel importante las experiencias infantiles, el pensamiento, psicoanalítico se ha atribuido a importantes conceptos de incorporación, identificación e introyección para explicar las reacciones similares a las del niño pequeño que se adapta a su primer gran pérdida, corroborandose con los sueños y fantasías de los pacientes sometidos a psicoanálisis tras los intentos motivados por recuperar a la persona pérdida puede conservar un vinculo con el objeto perdido a través de recuerdos, objetos e incluso quizás de representaciones simbólicas de la persona en la forma de posesiones conservadas, con el paso del tiempo la persona llega a ser libre para buscar otra situación, este uso maduro de la identificación como medio para adaptarse a una pérdida es posible al establecimiento firme de límites del yo.

Una reacción a la pérdida que produce una depresión patológica, los procesos son análogos a los implicados en la incorporación y la introyección, en forma primitiva esta fase de adaptación puede hacerse por la identificación, en la introyección el objeto es incorporado, pero no se integra ni se asimila en la personalidad por medio del proceso mas maduro de identificación, ni se abandona por completo, dando una fusión de los límites del yo, que se funde con el no yo porque nunca se establece distinción, la introyección de un objeto hacia el que existe una extrema ambivalencia produciendo, depresión, autoacusación y sentimientos de indignidad, reflejando aspectos inaceptables de la relación original expresandose contra el yo pues no se distingue el objeto del yo, las autoacusaciones son inconscientes, con petición de amor, servicio o deseo inconsciente de castigo generando culpa y depresión según lo señalo Freud y Karl.

### TRATAMIENTO

Las personas con duelo normal, rara vez solicitan asistencia psiquiátrica, ya que aceptan sus reacciones y conducta como adecuadas a la medida de su pérdida.

En la mayoría de los casos no se recomienda el uso de antidepresivos ni los ansiolíticos, a los sumo se puede indicar un sedante ligero para facilitar el sueño, no se debe privar a la persona de la oportunidad de experimentar un efecto recompensante que fomente la maduración, por lo cual se debe alentar la expresión de los sentimientos en vez de narcotizarlos, teniendo pronóstico favorable si el proceso de duelo la persona afligida experimenta interacción positiva con otras personas, los amigos y familiares no son útiles en estos procesos ya que tienden a desalentar la libre expresión de los sentimientos, tras las iniciales expresiones de apoyo y simpatía, siendo fácil presa los dolientes de las fantasías de los demás ya sean de orden sexual, financiero o de otro tipo.

Siendo útil reunir a personas en duelo para compartir las expresiones de pérdida y se presten mutua compañía, contacto social y apoyo emocional.

En los casos de muerte se manejan una secuencia de cinco fases que son ; negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. sin embargo la secuencia nunca es uniforme, se dan muchas fluctuaciones producidas por factores impersonales, intrapersonales e interpersonales, relacionados con la enfermedad, personalidad y apoyos sociales.

En estas circunstancias el psiquiatra tiene que ser eficaz proporcionado, los recursos de apoyo o facilitar la renovación de las relaciones truncadas, con interés compasivo, unido a la aclaración de los principales problemas con insistencia en asegurar el apoyo continuo, seguridad y bienestar del paciente, dando respeto a su individualidad.

## ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

La entrevista psiquiátrica estandarizada (EPE), fue desarrollada por Goldberg y colaboradores en 1970, como un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, facilitando la concordancia en las observaciones, esto fué realizado en Inglaterra por lo que se sugiere modificar y adaptar a cada país tomando en cuenta los aspectos culturales de cada lugar y objetivos.

En México en 1978 se traduce al español la entrevista obteniéndose la primera versión mexicana, la cual desde entonces ha sido estudiada, modificada y utilizada en varios estudios, siendo la experiencia con este instrumento muy amplia, contando con experiencia de su manejo en campo como instrumento confirmatorio de caso, con variedad de aplicaciones en múltiples instituciones, con una confiabilidad clínica de 0.78 y 1 en promedio, el estadista Kappa obtuvo 0.90 y 0.39 similar a lo obtenido por Goldberg de 0.91.

Por lo que la operaconalización de las definiciones de establecer una escala de medición donde las diferencias entre diversas intensidades del síntoma o signo es precisa y mutuamente excluyente, facilita la codificación y asegura que todo los entrevistados se les pregunte y evalúe de la misma manera.

Los aspectos culturales y demográficos de cada sociedad representa un obstáculo para la generalización de resultados, así como para la aplicación indiscriminada de instrumentos de investigación, en esta última versión se trato de adaptar y adecuar la entrevista psiquiátrica estandarizada a lo esperado en la población mexicana, intentando mayor adaptación cultural, con definiciones para cada síntoma o signo apegadas al contexto que se trabaja, por lo que posterior a todas estas modificaciones a esta entrevista se ha denominado con un nuevo nombre: Entrevista Psiquiátrica Modificada (EPM).

Sin embargo mantener un enfoque objetivo para las calificaciones ha llevado a que la definición de cada caso y grado de severidad se ha tratado de operacionalizar de tal forma, que la entrevista no sea solo una impresión particular, sino una experiencia compatible con otros observadores, así mismo con el desarrollo de la Psiquiatría los cambios socioculturales, la entrevista debera de irse adaptando y caminar a la par.

#### GENERALIDADES

La conceptualización de caso, es una de las situaciones, medulares y más controvertidas en los estudios de epidemiología psiquiátrica, J.K.Wing refiere el término de caso, puede ser utilizado en la forma que el clínico desee, pues no existen definiciones universales.

Cooper en 1979 dijo que la definición operacional de caso debe contar con elementos que faciliten al investigador clínico, una firme línea directriz que le hará posible alcanzar una decisión en cada caso limítrofe o sospechoso, basada en síndromes clínicos, clasificados de acuerdo con un sistema aceptado como la ICD (definición de categorías individuales) basada en un glosario psiquiátrico en adición a los criterios diagnósticos, añadiendose criterios más generales para la definición del límite mínimo de morbilidad, además del juicio global de caso, existen criterios particulares por medio de los cuales los trastornos son reconocidos como pertenecientes a determinadas categorías diagnósticas, esta situación es compleja y la parte medular consiste en reconocer que determinado paciente presenta ciertas experiencias y pautas de conducta definidas, lo que conlleva al clínico a la elección de un diagnóstico.

Por lo que caso queda definido en forma general para hacer referencia a un grupo de casos detectador y en forma particular a la distribución de dicho grupo, de acuerdo a la Sección V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) de la OMS referente a enfermedades mentales.

Por lo que Wing considera con respecto al diagnóstico

cada clínico posee una imagen personal de los diversos cuadros nosológicos típicos bastante bien definidos, que se derivan tanto de su entrenamiento como de su práctica y a partir de los cuales escoge la categoría diagnóstica a la que pertenece un paciente, de acuerdo a las quejas referidas y conductas manifestadas.

Las variaciones en la formulación del diagnóstico han sido consideradas con Shepherd, Brook, Cooper, Lin 1968, Leff 1977, Caetano 1978 influida por cuatro factores principales:

- a).- La técnica de entrevista psiquiátrica.
- b).- La percepción del discurso y conducta del paciente.
- c).- Inferencias y decisiones hechas por el psiquiatra en base a lo que ha percibido.
- d).- Colocación de una etiqueta diagnóstica particular al paciente.

Como se observó que existían fallas al buscar, agrupar codificar los síntomas, se estandarizaron los juicios diagnósticos clínicos con el uso de instrumentos estructurados de captación.

Kendell y Sahlidifer consideraron que es adecuado una entrevista breve y focalizada en la historia de la enfermedad actual y el examen psíquico.

En el ICD-9 de la OMS se establece como criterio la sintomatología y curso de la enfermedad aceptada en la mayoría de los países.

El proceso diagnóstico esta basado en la presencia de ciertas experiencias definidas o sea síntomas reportados y pautas de conducta o anormalidades manifestadas, en términos, generales los criterios de Feighner facilitan la delimitación en cuanto a presencia sintomática :

- 1.- Debido al síntoma el paciente ha buscado ayuda con alguna persona significativa o bien se lo ha mencionado (médico, naturista, etc.).
- 2.- El síntoma es disfuncional y se ha interferido con la rutina usual del paciente.

- 3.- Debido al síntoma el sujeto ha tomado algún medicamento, o ha tenido alguna manifestación o conducta en más de una ocasión, para aliviar el síntoma.
- 4.- El clínico valora que debido a la importancia patológica del síntoma debe calificarse positivamente, aún cuando no están presentes los criterios anteriores, como en caso de que el paciente presente una ceguera momentánea que el minimiza o bien alucinaciones o delirios que el sujeto no reconoce como patológicos y no interfieren en su rutina habitual.
- 5.- Los síntomas no se califican en forma positiva si pueden explicarse por una enfermedad somática conocida, no siendo aplicable lo anterior a síndromes cerebrales orgánicos ni al retraso mental.

Es indispensable tener en cualquier área médica en cuenta que un sujeto puede moverse, dentro de un espectro salud enfermedad a través del tiempo y que la contemplación rígida trasversal de síntomas no lleva necesariamente a un diagnóstico definido, debido a dicha situación es importante, por un lado, la contemplación sintomática y sindromática y por otro lado, la evaluación del individuo como una unidad biopsicosocial.

#### ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA

Esta entrevista debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- La evaluación psiquiátrica deberá ser hecha por un clínico especializado con experiencia en un escenario real.
- 2.- Deberá ser aceptada tanto por individuos que no se consideran a sí mismos como enfermos psiquiátricos, como a aquellos que sí lo aceptan.
- 3.- El contenido de la entrevista debe ser apropiado

para el tipo de trastornos psiquiátricos encontrados comúnmente en la comunidad.

4.- Deberá generar información acerca de los signos, síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.

5.- Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales, así como entre pacientes con diferentes grados de alteraciones psiquiátricas

6.- Debe ser económica en tiempo, para que puedan ser incluidos gran número de pacientes.

7.- Las evaluaciones psiquiátricas y calificaciones clínicas deben ser confiables, en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

La entrevista esta dividida en cinco secciones:

La primera parte no esa estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar, en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto. Esta parte se utilizá para establecer un buena armonía con confianza, empatía o relación amistosa con apertura al diálogo y relajar al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado.

Organizandose en diez grupos en el siguiente orden:

- Síntomas somáticos.
- Fatiga.
- Alteraciones en el sueño.
- Irritabilidad.
- Disminución en la concentración.
- Animo depresivo.
- Ansiedad y preocupación.
- Fobias.
- Obsesiones y compulsiones.
- Despersonalización.

Los síntomas están ordenados progresivamente desde aquellos que son más comunmente encontrados en la vida cotidiana como dolores menores, fatiga, pérdida de sueño, hasta llegar aquellos que representan patologías más agudas



por lo que el entrevistador puede hacer preguntas adicionales libremente, que pueden ser necesarias para obtener mayor información, en forma opcional, de manera que se pueda identificar frecuencia, intensidad.

La tercera parte es dónde se califica las anomalías manifestadas que ha observado o inferido durante la entrevista. la cuál se divide de la siguiente forma:

- 1.- Escala para anomalías en la conducta:
  - a.- Lentitud y carencia de espontaneidad.
  - b.- Suspicious, defensivo.
  - c.- Histriónico.
  
- 2.- Escala para estados:
  - a.- Deprimido.
  - b.- Ansioso, agitado, tenso.
  - c.- Exaltado, eufórico.
  - d.- Aplanado, incongruente.
  
- 3.- Escala para anomalías perceptuales y cognitiva:
  - a.- Delirios, trastornos del pensamiento.
  - b.- Alucinaciones.
  - c.- Alteraciones en el intelecto y daño orgánico.
  - d.- Excesiva preocupación por las funciones corporales.
  - e.- Contenido depresivo del pensamiento.

Al término de esta sección, el entrevistador podrá preguntar toda la información clínica que considere pertinente para llegar a formular la evaluación clínica.

El alcoholismo es un reactivo anexo a la entrevista y no se encuentra incluido en las anomalías manifiestas, por lo que su calificación no influye en el total global de severidad, pero sí en la calificación de necesidad de tratamiento y en la formulación diagnóstica.

Al término de la entrevista se califican 23 reactivos:

- 10 para síntomas reportados en el último mes,
- 12 que se observaron durante la entrevista,
- 1 referente al consumo de alcohol.

La calificación de cada reactivo tiene indicaciones

especificas para evaluar severidad en una escala de cinco grados, pero en términos generales:

1 indica ausencia del síntoma.

2 indica rasgo habitual o síntoma limitrofe leve y transitorio que no causa tensión significativa, ni requiere tratamiento y por lo tanto su funcionalidad es estable.

3,4,5 indican respectivamente presencia patológica de un síntoma en grados moderados, intenso y muy intenso, los grados 4 y 5 deben cumplir con los criterios de Feighner.

**INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECIFICOS**

**EN LA POBLACION DE LA CONSULTA EXTERNA EN LA**

**CLINICA NETZHUALCOYOTL DEL ISSSTE**

#### OBJETIVO GENERAL.

Precisar diagnósticos sobre los trastornos afectivos específicos , mediante la identificación de la severidad de signos y síntomas con integración sindrómica encontrada a través de la entrevista con el Test de Goldberg de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

\* Determinar la incidencia de los trastornos afectivos específicos en la población estudiada.

\* Lograr una adecuada concordancia con la sintomatología para llegar al diagnóstico de los trastornos afectivos específicos.

\* Elaborar estrategias diagnósticas y terapéuticas para el manejo de los trastornos afectivos específicos en la población de derechohabientes estudiada en la clínica.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En años anteriores se detectó que los trastornos afectivos son episódicos y frecuentes en la población adulta, un porcentaje significativo lo vive en forma aguda y vuelve afortunadamente a su estado normal después de un período de limitación de síntomas. Sin embargo en los últimos años a través de investigaciones se ha visto que los trastornos afectivos han tenido inclinación a la cronicidad, lo cual es motivo de consulta solo en un 10 a 20 %, de los casos reales.

Esto es una proyección de la necesidad que impera, que el Médico Familiar este capacitado para identificar este tipo de trastornos y de esta forma el paciente sea visto en forma integral, teniendo la posibilidad de tratamiento para los mismos, sin encubrirlo en otras patologías

El médico familiar puede apoyarse en un instrumento como lo es la entrevista psiquiátrica, por lo cual debe de conocerla a fondo y con ella evaluar al paciente y en caso necesario enviarlo a un segundo nivel.

## JUSTIFICACION

El estudio se justifico para su realizaci3n, ya que de est3 forma se pudo determinar la morbilidad e incidencia de los trastornos afectivos especificos y las causas que favorecen su presencia en la poblaci3n de los derechohabientes que asisten a la consulta externa de la cl3nica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE.

Asi mismo tambi3n tiene justificaci3n el estudio ya que hasta el momento de la realizaci3n del estudio se desconocia con exactitud la frecuencia de los trastornos afectivos especificos, pues no se cuenta con reportes estadisticos de este tipo de patolog3a tan especifica.

Esto permitir3 que al determinar la frecuencia y las causas que favorecen la presencia de estos trastornos afectivos de tipo especificos en la poblaci3n atendida en la consulta externa de la cl3nica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE se pueda ofrecer una mejor atenci3n a estos para brindarle una atenci3n m3s integral.

## **MATERIAL Y METODOS.**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se incluyeron 500 pacientes que acuden a la consulta externa de la clínica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE durante un periodo de seis meses, comprendidos a partir del 10 de Marzo al 30 de Agosto de 1994, los pacientes incluidos en el estudio fueron seleccionados al azhar y bajo su consentimiento.

Se aplicarán 500 encuestas generales de salud, las cuales fueron valoradas bajo su propia escala de puntuación considerandose como de riesgo positivo aquellos pacientes del sexo masculino que alcanzaron 8 puntos y para el sexo femenino los que obtuvieron 7 puntos.

Los pacientes que resultaron con riesgo positivo, se les aplicó la entrevista psiquiatrica o Test de Goldberg.

Conforme a la aplicación del Test de Goldberg aplicada a estos pacientes, se evaluaron, bajo las indicaciones específicas en una escala de cinco grados:

- 1 UNO - Indica ausencia del síntoma.
- 2 DOS - Indica rasgo habitual o un síntoma límite leve y transitorio.
- 3-4-5- TRES-CUATRO-CINCO- Indica respectivamente presencia patológica de un síntoma en grados moderados, intenso y muy intenso.

Una vez evaluados y calificados los pacientes de acuerdo al Test de Goldberg con resultado positivo, se les canalizó al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, para su confirmación y diagnóstico definitivo sobre el trastorno afectivo específico y además de que recibirán tratamiento, dando de esta forma un seguimiento a los casos detectados a través del Test de Goldberg.

### **TIPO DE INVESTIGACION:**

Es un estudio de tipo descriptivo, longitudinal, observacional y prospectivo, con aplicación en las ciencias básicas,

y clínicas sin riesgo para la población en estudio.

**POBLACION LUGAR Y TIEMPO:**

Se estudiaron 500 pacientes de ambos sexos, de cualquier edad, derechohabientes del ISSSTE y adscritos a la clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl, en el periodo del 10. de Marzo al 30 de Agosto de 1994.

**DEFINICION DEL UNIVERSO:**

Se trabajo con 500 pacientes de ambos sexos, sin ninguna característica en especial que acudieron a la consulta durante el periodo de estudio.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Los pacientes con los que se trabajo se obtuvieron mediante un muestreo aleatorio, por cuotas hasta completar 500 pacientes.

Los datos obtenidos del estudio, dado que se trato de un estudio de tipo descriptivo, posterior a su recolección se analizarón bajo métodos estadísticos no paramétricos, determinado de esta forma la incidencia y los valores medios de los resultados, para darle representación gráfica adecuada.

Nota: Las hojas de recolección de datos se anexan en las siguientes páginas (Encuesta general de salud y la Entrevista psiquiátrica modificada/ Test de Goldberg)



CLINICA "NETZAHUALCOYOTL" ISSSTE  
ENCUESTA GENERAL DE SALUD

No. Prog \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Num. Exp. ó R.F.C. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dom. Particular \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_

Tel. Ofna. \_\_\_\_\_ Tel. Particular \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Dependencia o empresa en que labora y cargo que ocupa \_\_\_\_\_

Labores que realiza \_\_\_\_\_

Actividades que realiza \_\_\_\_\_

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Negativo \_\_\_\_\_ Positivo \_\_\_\_\_ Sospechoso \_\_\_\_\_  
Puntaje Puntaje Puntaje

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

Responsable de la aplicación de la encuesta \_\_\_\_\_

Cargo del encuestador \_\_\_\_\_

CLINICA "NETZAHUALCOYOTL" ISSSTE  
ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA  
TEST DE GOLDBERG

No. prog \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

No, de exp. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Tipo de ocupación \_\_\_\_\_

RESULTADOS DEL TEST DE GOLDBERG

Negativo \_\_\_\_\_ Positivo \_\_\_\_\_

Puntaje

Puntaje

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsable de la aplicación del Test de Goldberg y de

la evaluación \_\_\_\_\_

Cargo del encuestador \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE INCLUSION.**

\*Pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE.

\*Derechohabientes de la zona correspondiente a la clínica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE.

\*Pacientes que aceptarán formar parte del estudio.

**CRITERIOS DE EXCLUSION.**

\*Pacientes que no aceptaran participar en el estudio.

\*Pacientes que no acudieran a la consulta de seguimiento.

\*Pacientes que no fuerán derechohabientes de la clínica "Netzahualcoyotl" del ISSSTE.

**CRITERIOS DE ELIMINACION.**

\*Pacientes que no contestaran la encuesta de salud.

\*Pacientes que no acudieron a realizar su Test de Goldberg.

\*Pacientes que no asistieran a su interconsulta.

## RESULTADOS.

En el cuadro No. 1 se presentan los datos generales del estudio, el cuál tuvo una duración de 6 meses, utilizando a la población de derechohabientes que asistió a la consulta externa de la clínica Netzahualcoyotl del ISSSTE, correspondiente a 3168 pacientes, de los cuales 1267 o sea el 40 % fueron pacientes adolescentes y adultos población en la que se aplicaron las 500 encuestas de salud general, para que de acuerdo a lo señalado en la parte correspondiente a metodología, se aplicara el test de Goldberg, obteniendo se 187 pacientes para el estudio, que represento el 37.4 % de la población general de estudio. (Gráfica #1)

Con respecto al cuadro No. 2 se señala según los datos de la encuesta general de salud, el grado de escolaridad de la población estudiada, dondó se observa que la mayoría de los pacientes se encontraban en el nivel técnico representando el 25 % (125 pacientes), seguidamente los que contaban con nivel secundaria en un 19.4% (97 pacientes) y en tercer lugar los que solo contaban con estudios de primaria en un 18,4% (92 pacientes). En solo 74 pacientes que correspondía al 14.8 % el nivel fué profesional, encontrandose además que en un 5.4 % (27 pacientes) el nivel primaria no se había completado y el 1% de nuestra población era analfabeta. (Gráfica #2)

El cuadro No. 3 muestra las principales actividades a las que la población estudiada se dedicó, las cuáles fueron, obtenidas de los datos de la encuesta general de salud, obserando que el 37.8 % (189 pacientes) tiene labores de tipo administrativo, seguidamente de los pacientes con labores empleado-técnico en un 25 % (125 pacientes), las actividades a nivel profesional se encontrarón en 14.8% (79 pacientes), sim embargo la población correspondiente a estudiantes fué del 14 % (70 pacientes) y las dedicadas a las labores del hogar solo el 8.4% o sea 42 pacientes. (Gráfica #3).

Con respecto a las actividades sociales realizadas por población en estudio , la encuesta general de salud , nos mostro los datos representados en el cuadro No. 4, la mayoría de los pacientes se dedicaban a ver la televisión en un 18 % (90 pacientes), al igual que a las actividades religiosas , en el 17 % (85 pacientes) se dedicaban a las reuniones familiares, las reuniones con amigos en el 15 % (75 pacientes), a las actividades manuales el 14 % (70 pacientes) en el 11% (55 pacientes) gustaba de salir a pasear, ver cine solo 20 pacientes correspondiente al 11% y en un 3% (15 pacientes ) acudia a ver teatro.(Gráfica #4)

En el cuadro No. 5 se muestran los datos obtenidos posterior a la aplicación del test de Goldberg, los cuales fueron 187 pacientes , resultando solo el 31 % positivo (58 pacientes) de acuerdo con los criterios del instrumento aplicado, el resto 129 pacientes (69 %) fue negativo a la prueba. (Gráfica # 5)

La distribución por sexo se aprecia en el cuadro No.6 donde predomino el sexo femenino con 38 casos , lo que correspondió al 65.5 % y en el sexo masculino solo se presentaron 20 casos o sea en un 34.5% , en pacientes con Goldberg positivo. (Gráfica # 6)

Con respecto a la edad de los pacientes con Goldberg positivo, mostrada en el cuadro No. 7 , se encontró que para ambos sexos la incidencia mayor fué entre los 25 y 30 años, siendo 10 hombres y 14 mujeres, y posterior a la evaluación estadística de los datos se obtuvo una Media de Edad de 31.3 años, con Desviación estandar de +/- 1.2 años.

(Gráfica #7)

Cabe señalar que todos los pacientes con test de Goldberg positivo, fueron enviados al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Reportandose por el servicio de Psiquiatría, que solo el 40 % de los pacientes acudieron a la interconsulta o sea 23 pacientes.

El cuadro No. 8 , nos muestra los resultados correspondientes a la interconsulta Psiquiátrica, dondé en 15 pacientes se llegó al diagnóstico unicamente de enfermedad Psicogmática , correspondiente al 65.2 % y los pacientes que se les hizo diagnóstico de trastorno afectivo específico, solo fue en el 34.8 % o sea 8 pacientes.(Gráfica #8)

En el cuadro No. 9 se encuentra expresada la distribución de los diagnósticos de trastornos afectivos específicos, hechos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, de los cuales 6 pacientes presentaron diagnóstico de Neurosis Depresiva, que representó el 75 % de los pacientes estudiados y diagnosticados, el 12.5 % correspondió a cada uno de los casos diagnosticados de Neurosis de Angustia en un solo caso y Duelo no Resuelto en otro paciente. (Gráfica #9).

La incidencia posterior al analisis estadístico de los datos encontrados se encontró en 0.6 con respectó a la población estudiada y del 4.2 en relación con las pruebas de la aplicación del test de Goldberg.

**CUADROS**  
**DE**  
**RESULTADOS**

**CUADROS**  
**DE**  
**RESULTADOS**



---

**CUADRO No.1**

---

**DATOS GENERALES DE LA  
POBLACION ESTUDIADA**

<b>DURACION DEL ESTUDIO</b>	<b>6 MESES</b>
<b>POBLACION ASISTENTE A LA CONSULTA EXTERNA ADOLESCENTES Y ADULTOS ATENVIDOS EN LA CONSULTA</b>	<b>3168 pacientes 1267 (40%)pacientes</b>
<b>ENCUESTAS GENERALES DE SALUD APLICADAS</b>	<b>500 pacientes</b>
<b>TEST DE GOLDBERG APLICADOS</b>	<b>187 (37.4%)pacientes</b>

---

Fuente de Información estadísticas de la clínica.

---

**CUADRO No.2**

---

**GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION**

<b>GRADO DE ESCOLARIDAD</b>	<b>NUM.CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>92</b>	<b>18.4%</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>97</b>	<b>19.4%</b>
<b>PREPARATORIA</b>	<b>80</b>	<b>16.0%</b>
<b>NIVEL TECNICO</b>	<b>125</b>	<b>25.0%</b>
<b>PROFESIONAL</b>	<b>74</b>	<b>14.8%</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	<b>27</b>	<b>5.4%</b>
<b>ANALFABETA</b>	<b>5</b>	<b>1.0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100 %</b>

---

Fuente de Información encuesta General de Salud.

---

**CUADRO No.3**

---

**PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA POBLACION ESTUDIADA**

ACTIVIDAD DESEMPEÑADA	NUM.CASOS	PORCENTAJE
PROFESIONAL	79	14.8 %
ADMINISTRATIVO	189	37.8 %
EMPLEADO-TECNICO	125	25.0 %
ESTUDIANTE	70	14.0 %
HOGAR	42	8.4 %
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100 %</b>

---

Fuente de Información encuesta General de Salud.

---

**CUADRO No.4**

---

**ACTIVIDADES SOCIALES EN LA POBLACION ESTUDIADA**

ACTIVIDAD REALIZADA	NUM.CASOS	PORCENTAJE
VER TELEVISION	90	18 %
REUNION CON FAMILIARES	85	17 %
REUNION CON AMIGOS	75	15 %
ACTIVIDADES MANUALES	70	14 %
VER CINE	20	4 %
SALIR DE PASEO	55	11 %
ACTIVIDADES RELIGIOSAS	90	18 %
VER TEATRO	15	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>100 %</b>

---

Fuente de Información encuesta General de Salud.

---

**CUADRO No.5**

---

**TEST DE GOLDBERG**

	NUM.CASOS	PORCENTAJE
<b>TEST DE GOLDBERG APLICADOS</b>	<b>187</b>	
<b>PACIENTES CON GOLDBERG POSITIVO</b>	<b>58</b>	<b>31 %</b>
<b>PACIENTES CON GOLDBERG NEGATIVO</b>	<b>129</b>	<b>69 %</b>

---

Fuente de Información Test de Goldberg.

---

**CUADRO No.6**

---

**DISTRIBUCION POR SEXO**

SEXO	NUM.CASOS	PORCENTAJE
<b>MASCULINO</b>	<b>20</b>	<b>34.5 %</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>38</b>	<b>65.5 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100 %</b>

---

Fuente de Información Test de Goldberg.

---

**CUADRO No. 7**

---

**DISTRIBUCION POR EDAD**

EDAD	MASCULINOS	FEMENINOS
<b>15 a 20 AÑOS</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>20 a 25 AÑOS</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>25 a 30 AÑOS</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
<b>30 a 35 AÑOS</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>35 a 40 AÑOS</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>38</b>

**MEDIA 31.3 AÑOS, ± DESVIACION STANDAR 1.2 AÑOS.**

---

Fuente de Información Test de Goldberg.

---

**CUADRO No. 8**

---

**INTERCONSULTA PSIQUIATRICA**

DIAGNOSTICO	NUM.CASOS	PORCENTAJE
ENFERMEDAD PSICOSOMATICA	15	65.20 %
TRASTORNO AFECTIVO ESPECIFICO	8	34.80 %
TOTAL	23 *	100 %

\* Correspondiente al 40 % de los pacientes con Goldberg +

---

Fuente de Información Serv. de Psiquiatria Hosp. Reg.GIZ.ISSSTE.

---

**CUADRO No. 9**

---

**DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS**

TRASTORNO AFECTIVO ESPECIFICO	NUM.CASOS	PORCENTAJE
NEUROSIS DEPRESIVA	6	75 %
NEUROSIS DE ANGUSTIA	1	12.5 %
DUELO NO RESUELTO	1	12.5 %
TOTAL	8	100 %

---

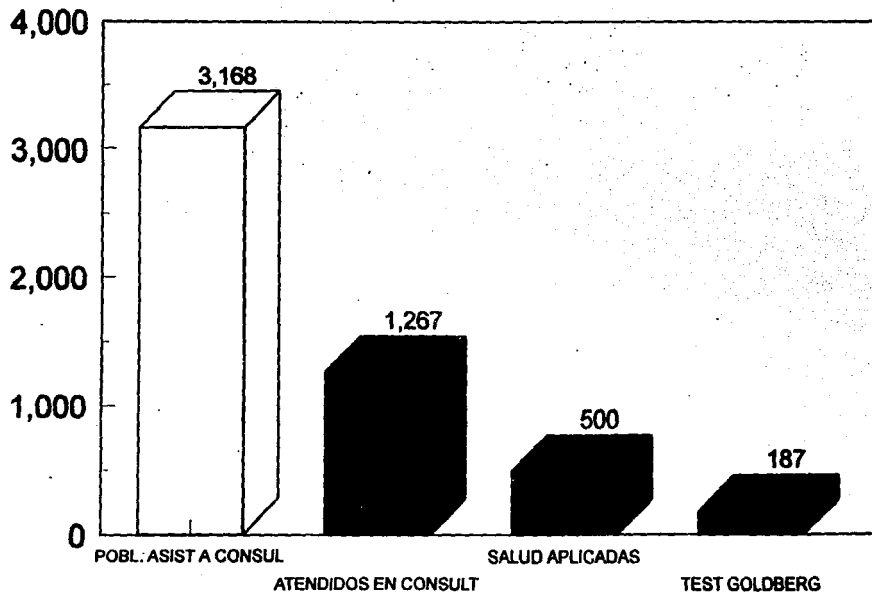
Fuente de Información Serv. de Psiquiatria Hosp.Reg.GIZ.ISSSTE.

**G R A F I C A S**  
**D E**  
**R E S U L T A D O S**

# DATOS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA

PACIENTES

GRAFICA I

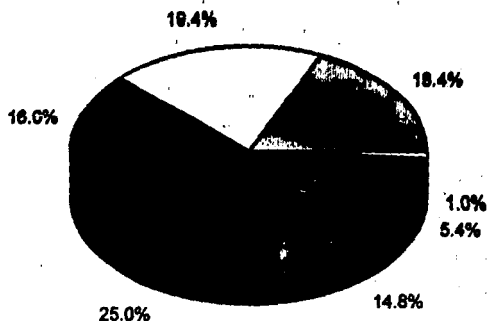


DURACION DEL ESTUDIO 6 MESES

Fuente de información estadísticas de la clínica Netzahualcoyotl del ISSSWE.

# GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION

GRAFICA 2

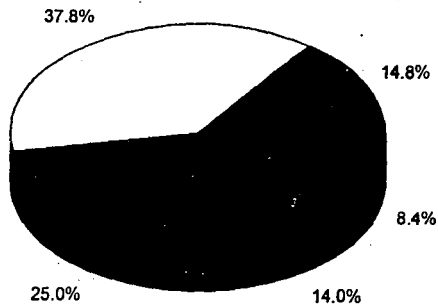


Primaria
  Secundaria
  Preparatoria
  Nivel Tecnico
  Profesional
  Prim. Incompleta
  Analfabeta

GRADO DE ESCOLARIDAD	N° CASOS	PORCENTAJES
Primaria	92	18.40%
Secundaria	97	19.40%
Preparatoria	80	16.00%
Nivel Tecnico	125	25.00%
Profesional	74	14.80%
Primaria Incompleta	27	5.40%
analfabeta	5	1.00%
Total	500	100%

# PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA POBLACION ESTUDIADA

GRAFICA 3



■ Profesional □ Administrativo ■ Empleado-Técnico ■ Estudiante ■ Hogar

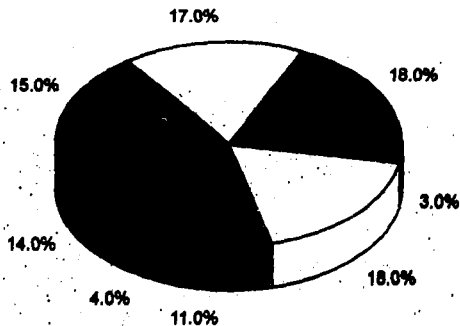
ACTIVIDAD DESEMPEÑADA	Nº CASOS	PORCENTAJES
Profesional	79	14.80%
Administrativo	189	37.80%
Empleado-Técnico	125	25.00%
Estudiante	70	14.00%
Hogar	42	8.40%
Total	500	100.00%

Fuente de información encuesta General de Salud.



# ACTIVIDADES SOCIALES EN LA POBLACION ESTUDIADA

GRAFICA 4



- Ver Televisión  
  Reunion con Familiar  
  Reunion con Amigos  
  Actividades Manuales  
 Ver Cine  
  Salir de Paseo  
  Actividades Religiosas  
  Ver Teatro

ACTIVIDAD REALIZADA	N° CASOS	PORCENTAJES
Ver Televisión	90	18.00%
Reunion con Familiares	85	17.00%
Reunion con Amigos	75	15.00%
Actividades Manuales	70	14.00%
Ver Cine	20	4.00%
Salir de Paseo	55	11.00%
Actividades religiosas	90	18.00%
Ver Teatro	15	3%
Total	500	100%

Fuente de información encuesta General de Salud.

# TEST DE GOLDBERG

GRAFICA 5

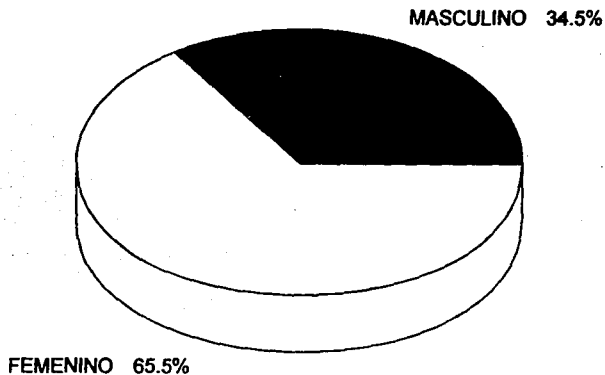


■ TEST GOLDBERG APL. □ P. GOLDBE POSITIVO ■ P. GOLDBE NEGATIVO

TEST DE GOLDBERG	N° CASOS	PORCENTAJES
Test de Goldberg Aplicados	187	
Pacientes con Goldberg Positivo	58	31%
Pacientes con Goldberg Negativo	129	69%

# DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA 6



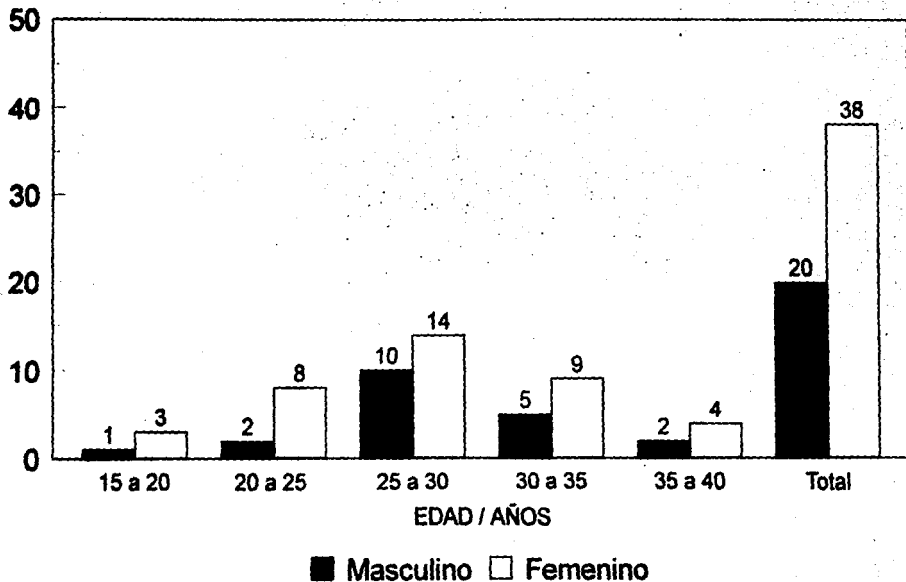
SEXO	Nº CASOS	PORCENTAJE
Masculino	20	34.50%
Femenino	38	65.50%
Total	58	100%

Fuente de información Test de Goldberg.

# DISTRIBUCION POR EDAD

Nº DE CASOS

GRAFICA 7



MEDIA: 31.3 AÑOS, +/- DESVIACION ESTANDAR 1.2 AÑOS

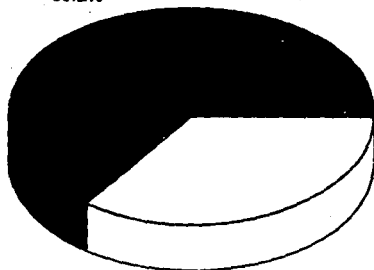
Fuente de información Test de Goldberg.

# INTERCONSULTA PSIQUIATRICA

GRAFICA 8

ENFERMEDAD PSICOSOMATICA

65.2%



34.8%

TRASTORNO AFECTIVO ESPECIFICO

\*- Correspondiente al 40% de los pacientes con Goldberg

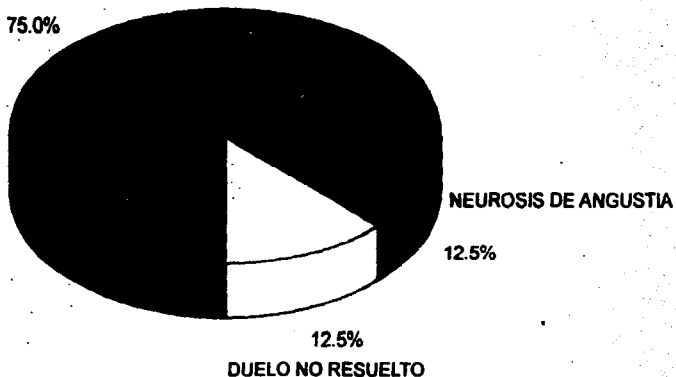
DIAGNOSTICO	Nº CASOS	PORCENTAJE
Enfermedad Psicosomatica	15	65.20%
Trastorno Afectivo	8	34.80%
Total	23 *-	100%

Fuente de información Serv. de Psiquiatria del Hosp. Reg. GIZ ISSSTE.

# DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

GRAFICA 9

NEUROSIS DEPRESIVA



TRASTORNO AFECTIVO ESPECIFICO	Nº CASOS	PORCENTAJE
Neurosis de Angustia	6	75.00%
Neurosis Depresiva	1	12.50%
Duelo no Resuelto	1	12.50%
Total	8	100%

Fuente de información Serv. de Psiquiatría Hosp. Reg. GIZ ISSSTE.

## CONCLUSIONES.

Posterior al analisis de los resultados obtenidos, se concluye que la prevalencia de los trastornos afectivos especificos que encontramos, en el estudio con respecto a la poblaci3n estudiada, desde el inicio del estudio se muestra datos similares a los reportados por la literatura sobre el tema revisada, como es el hecho de que en el 10 % la poblaci3n fue del sexo masculino y en el 21 % para el sexo femenino, con relaci3n a la poblaci3n general

Tambi3n se3alamos que la frecuencia con respecto al sexo, se refiere en relaci3n de 2:1 mujer/hombre, tambi3n semejante a lo reportado en la bibliografia.

Sin embarg3 un punto importante a se3alar es que a3n hace falta el conocimiento del M3dico Familiar de este tipo de padecimientos o sea de los trastornos afectivos especificos para poder realizar un adecuado manejo en este tipo de pacientes a fin de poder diagn3sticar y orientar en forma correcta tanto a los pacientes como a sus familiares, ya que debido a que no hay una sensibilizaci3n adecuada por parte del M3dico Familiar, conforme a estos trastornos afectivos especificos, lo cual ha permitido un porcentaje muy alto de perdida de estos casos, por lo que ante la presencia de pacientes con estos diagn3sticos, el m3dico deber3 tener una acci3n correcta para el diagn3stico y de est3 forma evitar llegar a la presencia de afecciones emocionales mayores y en ocasiones con consecuencias fatales.

En el estudio se observ3 que en ninguno de los pacientes que acudi3 al servicio de Psiquiatria, pese a que en diversas ocasiones estos habi3n acudido a consultar por la misma sintomatologia , se les habia detectado alguna afecci3n relacionada con trastorno afectivo especifico.

Por otra parte se hace hincapi3 en que la importancia de

este tipo de problemas en nuestros días es debido al estilo de vida que lleva cada uno de los pacientes de acuerdo al contexto individual de cada uno lo hace stresante en la medida en que el sujetó lo permitá, como son los conflictos que cada situación conlleva y que el individuo no es capaz de resolver en forma satisfactoria y la falta de orientación profesional, para su manejo.

También señalamos que a diferencia de los autores consultados, encontramos mayor frecuencia en un nivel socio-económico medio/bajo, lo cuál pudiera explicarse por el tipo de caracteresiticas de la población estudiada.

Por otra parte contrario a lo que encotró en el estudio con respectó a los reportes hechos en la literatura revisada, la presecia trastornos de tipo depresión aguda, se observó un predominio de los de tipo Distímico .

Por último es importante señalar, que el hacer un poco mas de hincapie en la detección de los trastornos afectivos específicos por el Médico Familiar , tanto para su prevención, diagnóstico y terapéutica es beneficiosa para el paciente, así comó su canalización con el especialista de manera oportuna, es brindarle a los pacientes una mejor atención integral como corresponde al Médico Familiar.

En relación con el objetivo del estudio nuestra incidencia en la población general, que fue estudiada, se reporta en el 0.6/100 pacientes , lo cuál se mostró en términos similares a lo ya reportado por Kaplan - Sadock en la literatura mundial.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN S.H. The lactate theory of anxiety: a review and reevaluation. *Psychosomatic Med.* 36 (1) 69-68, Ene/ Feb de 1974.
- 2.- BOWLEY J. Psychopathology of anxiety: the role of affectional tones. *Br J Psychiatry. Special publication No. 3* Londres 8-86, 1967.
- 3.- BOWLEY J. Separation anxiety. *Int. J Psycho Anal* 41: 89 - 113, 1960.
- 4.- DE LA FUENTE R. El ambiente y la Salud mental. *Revista de Salud Mental* 2 (1): 6 - 9 , 1979.
- 5.- EITINGER L. *Concentration Camp Survivors*. Oslo, Londres 1964.
- 6.- FISCHER WR. *Theories of anxiety*, New York, Harper & Row, 1970.
- 7.- FREEDMAN J.L. *Crowding and Behavior*. Ed. W.H. Freedman and Company. San Francisco, 1975.
- 8.- FREUD S. (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. Londres. Standard Edition, Vol. 10 ,1959.
- 9.- FREUD S. *The Problem of Anxiety*, Norton, New York 1936.
- 10.- FRIEDMAN D E. SILVESIONE J T. Treatment of phobic patients by systematic desensitization. *Lancet* 1: 1967.
- 11.- GOLDSTEIN K. Studies of Anxiety . Progress in Psychotherapy 61 - 70 1972.
- 12.- GRANVILLE\_GROSSMAN K L. TURNER P. The effect of propofol on anxiety. *Lancet* 1: 788-90, 1966.
- 13.- GURNEY C, ROTH M, GARSIDE R F, KERR T A, SCHAPIR K : Studies in the classification of affective disorders The relationship between anxiety state and depressive illnesses - II *Br J Psychiatry*, 121:162-166, 1972.
- 14.- LADER M.H. The nature of anxiety. *Br. J Psychiatry* 121: 481 - 491, 1972.
- 15.- LADER M.H. MARKS I M. *Clinical anxiety*. Londres, Heinemann Medical, 1971.
- 16.- LEVITT E E. *The Psychology of anxiety*. Londres , Staples Press, 1968.

- 17.- POLLITT J, YOUNG J. Anxiety state or masked depression? A study based on the action of monoamine oxidase inhibitors. Br J Psychiatry, 119:143-149, 1971
- 18.- REES L. Stress, distress and disease. Br. J Psychiatry 128: 3 - 18 , 1976.
- 19.- ROTH M, HARPER M A. Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety depersonalization syndrome, Comprehensive Psychiatry 3 : 215, 1962.
- 20.- SARGANT W. DALLY P: Treatment of anxiety states by antidepressant drugs. Br Med J, I: 6 - 9, 1962.
- 21.- SCHAPIRA K, RTHO M, KERR T A, GURNEY C.: The prognosis of affective disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illness. Br J Psychiatry, 121: 175 - 181 , 1972.
- 22.- WEST E, DALLY P : Effects of iproniazid in depressive syndromes. Br Med J , 1 : 1491 -1494, 1959.
- 23.- WOLF H G. Stress and Disease. Springfield, Illinois, 1953.
- 24.- BAN T A, GONZALEZ R, JABLENSKY A S, SARTORIUS N A.: VARTANIAN F E, Editors: Prevention and Treatment of Depression , 89 University Park Press, Baltimore, 1981
- 25.- BECH P: Rating scale for affective disorders: their validity and consistency. Acta Psychiatr Scand Suppl 295 : 5, 1981.
- 26.- BINITIE A: The clinical manifestations of depression in Africans. In Prevention and Treatment of Depression F E Vartanian editors, 83 University Park Press, Baltimore 1981.
- 27.- DORUS E, COX N J, GIBBONS R D. et al, Lithium ion transport and effective disorders within families of bipolar patients, Ach Gen Psychiatry 40 :557, 1983.
- 28.- FREUD S. : Mourning and Melancholia, Vol. 14, 243 , Hogarth Press, London , 1957.
- 29.- GEORGATAS A ,COOPER T, KIM M. et al, The treatment of affective disorders in the elderly. Psychopharmacol Bull, 19 : 226, 1983.
- 30.- GEORGATAS A, FRIEDMAN E, McCarthy M. et al, Resistant geriatric depressions and therapeutic response to MAO Biol. Psychiatry 18: 195, 1983.

- 31.- GERSHON E S : The genetics of affective disorders, In Psychiatry Update, Grinspoon L editor Vol. 2 , American Psychiatric Association Press, Washington D.C. 1983.
- 32.- GERSHON E.S.HAMOVIT J. GUROFF J J. et al.A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. Arch Gen Psychiatry 39 : 1157, 1982.
- 33.- LEHMANN H.E. Affective disorders: clinical features In Comprehensive Textbook of Psychiatry', ed. 4 , I Baltimore, 1985.
- 34.- NURNBERGER J I Jr. GERSHON E S. Genetics of affective disorders . In Neurobiology of Mood Disorders. Baltimore, 1984.
- 35.- SPITZER R L. ENDICOTT J. ROBINS E. Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders, New York State Psychiatric Institute, New York, 1977.
- 36.- Van VALKENBURG C. LOWRY M, WINOKUR G, et al : Depression spectrum disease versus pure depressive disease J Nerv Ment Dis 165: 341, 1977.
- 37.- CARR A C : Grief,mourning and bereavement, In Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed. 4 H I Kaplan , Baltimore, 1985.
- 38.- KUTSCHER A, CARR A, KUTSCHER L. Principles of Thanatology, Columbia University Press, New York,1984.
- 39.- CLAYTON P, DESMARAIS L, WINOKUR G: A Study of normal bereavement. Am J Psychiatry 125: 168, 1968.
- 40.- FREUD S. Mourning and melancholia (1917) In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Vol. 14. Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London, 1957.
- 41.- GONDA T A, RUARK J E, : Dying dignified, the health professionals guide to care.Addison-Wesley, Menlo Park C. A. 1984.
- 42.- HANSEN L, McALEER C. Terminal cancer and suicide:the health care professional's dilemma . Omega 14: 241, 1984.

- 43.- JACOBSON E: Normal and pathological moods: Their nature and functions. Vol. 12,73 International Universities Press, New York, 1957.
- 44.- LINDERMAN E. Symptomatology and management of Parkes acute grief Am J Psychiat 101:441, 1944-1945.
- 45.- PARKES C M, Bereavement International Universities Press, New York 1972.
- 46.- SHOENBERG B, CARR A C. PEREZ D. et al. : Loss and grief: Psychological management in medical practice Columbia University Press, New York 1970.
- 47.- WEISMAN A D° Thanatology In Comprehensive Textbook of Psychiatry ed. 4 H I Kaplan , Baltimore, 1985.
- 48.- FERGUSSON D M, HORWOOD I J, LYNKEY M T. : Prevalence and comorbidity of DSM III R diagnoses in a birth cohort of 15 years olds. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32(6) 1127-34, Nov. 1993.
- 49.- AKISKAL H. Dysthymic disorder and its treatment , Encephale, 19 spec No. 2 " 375-8 Jul 1993.
- 50.- ANGST J , ERNST C. Current concepts of the classification of affective disorders. Int Clin Psychopharmacol 8 (4): 211-5 1993.
- 51.- SAKAMOTO K, NAKADAIRA S, KAMO K, et al, Long-term course of seasonal affective disorders: a preliminary report Jpn J Psychiatry Neurol 47(2) 470-2 Jun 1993.
- 52.- LINGJAERDE O, REICHBORN-KJENNERUD T, HAGGAG A. et al. Treatment of winter depression in Norway I Short and long term effects of 1500 lux white light for 6 days. Acta Psychiatr Scand 88 (4) : 292-9 Oct 1993.
- 53.- FURUKAWA T, NAKAZATO H, SUMITA Y. " Characteristics of chronic outpatients with unipolar depression. Acta Psychiatr Scand 88(4) : 273-7 Oct. 1993.
- 54.- VETTER P, KOLLER O. Stability of diagnoses in various psychiatric disorders a study of long term course, Psychopathology 26 (3-4) : 173-80 ; 1993.
- 55.- MOLDIN S O, SCHEFTNER W A. RICE J P, et al, Association between major depressive disorder and physical illness. Psychol- Med 23 (3) : 755-61; Ago. 1993.

- 56.- LLOYD G G : Acute behaviour disturbances J Neurol Neurosurg Psychiatry, 56 (11):1149-56, Nov 1993.
- 57.- GOLDBERG D P COOPER B EASTWOOD M R et al, A standardized psychiatric interview for use in community survey. Br J Prev. Soc. Med. 24:18-23; 1970.
- 58.- CAMPILLO S C CARAVEO A J MEDINA MORA M E et al, Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana . Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat 27 : 44-53 : 1981.
- 59.- LEFF J. International variations in the diagnosis of Psychiatric illness. Brit. J. Psychiat 13: 329-38; 1977
- 60.- MEDINA -MORA M E PADILLA P G MAS C C et al : Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general, Acta Psiquiatr, Psicol Amer Lat 31, 53-61 1985.
- 61.- PUCHEU C ° PADILLA P. : Desórdenes mentales en la práctica médica familiar general, Analisis de algunos indicadores de su frecuencia en México, Rev. Int. Med Fam. 1985.