



159
3j.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

"DETECCION DE DEPRESION
EN PACIENTES DE UNA UNIDAD
DE PRIMER NIVEL"

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ABAD ZAMORA

PUEBLA, PUE.

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



I. S. S. T. E.

JEFATURA
ENSEÑANZA

UNIDAD 21-82-11-01-30

PUEBLA

[Handwritten signature]

DETECCION DE DEPRESION EN PACIENTES DE UNA UNIDAD
DE PRIMER NIVEL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA :

DR. ABAD ZAMORA

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

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.

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

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

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. ABAD ZAMORA

DETECCION DE DEPRESION EN PACIENTES DE UNA UNIDAD
DE PRIMER NIVEL

DRA. ANAVELLE HERNANDEZ SOLÍS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALISTAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

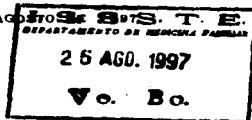


ASESOR DE TESIS

DR. HECTOR HENEZ LUCAS DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE PUEBLA, PUE. AGOSTO 21-02-11-01-00



CON TODO CARINO A MI FAMILIA

MI MADRE : CATALINA ZAMORA RIVERA (+)

MI ESPOSA : ESTELA JUAREZ MONTIEL

MIS HIJAS : JEANINA

IVETTE

YANELY

ITZELI

Gracias por su comprensión, cariño y colaboración en mi desarrollo Profesional.

· Mi eterno agradecimiento :

A todos mis pacientes, que desinteresadamente participaron en el desarrollo de esta investigación, y que sin ellos no hubiera sido posible.

A la Dra. María del Rocío Noriega Garibay
Coordinadora de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Universidad Nacional Autónoma de México
Que con su amplio conocimiento médico, experiencia académica y excelente paciencia, dio la dirección adecuada a este trabajo.

A la Dra. Silvia Landgrave Ibañez
Coordinadora de la Biblioteca
Departamento de Medicina Familiar
Universidad Nacional Autónoma de México
Que con su apoyo en la búsqueda y suministro de Bibliografía, hizo posible el apoyo científico a este trabajo.

I N D I C E

| T e m a | Pags. |
|--|--------|
| Marcu Teorico. | 1 |
| -Antecedentes historicos. | 1 |
| -Clasificacion de los trastornos depresivos de acuerdo al DSM-IV | 8 |
| -Escala para medir la depresion. | 15 |
| -Escala de Hamilton. | 17 |
| -Inventario de Beck. | 24 |
| -Escala de Autoevaluación de Zung. | 30 |
| -Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). | 38 |
| -Cuestionario Clínico del Dr. Guillermo Calderón Narvaez | 42 |
| -Cuadro Clínico | 51 |
| -Epidemiología de los Trastornos Depresivos | 62 |
| -Prevalencia | 69 |
| -Historia Natural de la Enfermedad Depresiva. | 70 |
| -Depresion y suicidio | 72 |
| -Profilaxis de los Trastornos Depresivos. | 78 |
| -Manejo Terapéutico de los Trastornos Depresivos. | 83 |
| -Clasificación de los Fármacos Antidepresivos | 88 |
| Planteamiento del Problema | 88 |
| Justificación | 89 |
| Objetivos | 101 |

| | |
|--|------|
| Metodología | .102 |
| -Tipo de estudio. | .102 |
| -Población, lugar y tiempo. | .102 |
| -Tipo y tamaño de la muestra | .103 |
| -Criterios de inclusión, Exclusión y de eliminación .104 | |
| -Definición de variables y unidades de medida. | .105 |
| -Método para capturar la información. | .106 |
| -Consideraciones éticas | .107 |
| Resultados | .108 |
| -Tablas y Gráficas | .108 |
| -Descripción de los resultados. | .108 |
| Discusión | .118 |
| Conclusiones | .118 |
| Bibliografía | .121 |
| Anexos | .124 |

MARCO TEORICO

Antecedentes históricos : El estado depresivo es un padecimiento que ha acompañado al hombre desde su inicio en éste planeta, ya que se relaciona esta patología con los sentimientos inherentes a el mismo hombre.

Desde la época de los Griegos, ya se mencionaban estados de tristeza, melancolía inmotivada, ansiedad, hostilidad y odio a sus semejantes y un deseo intenso de morir (18). Hipócrates (460 - 355 a.C.) consideraba desde el punto de vista médico, tres enfermedades mentales básicas, o tres formas de "locura", que eran: la melancolía, la frenitis y la manía; y que los trastornos que hoy se denominan psiquiátricos tenían su origen en la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era ocasionada por la bilis negra (18).

En la edad media y hasta el siglo XII, el término "melancolía" se asociaba con la pereza y la holgazanería, y por lo tanto a un estado pecaminoso. En los siglos XIII y XIV, fue fundamental la influencia de la obra de Santo Tomás de Aquino, quien sostenía que las enfermedades mentales tenían su origen especialmente la melancolía, en la influencia de los demonios y de los astros (18). En los siglos XV y XVI, la melancolía vuelve a considerarse un estado patológico, en el que los síntomas predominantes era la tristeza, la desesperanza y el desaliento (18).

En el siglo XVII, Bonetus, menciona el concepto de melancolia-mania o "maniacomelancholicus", que en la terminología posterior se utilizaría como maníaco-depresivo (18).

A principios del siglo XIX Philippe Pinel (18), mencionó que los pensamientos de los melancólicos estaban relacionados directamente a la concentración de su interés en un objeto (obsesión) y que la memoria y la asociación de ideas estaba frecuentemente alterada y se consideraba como posible etiología a factores psicológicos y en segundo lugar a factores físicos. Es a partir de fines del siglo XIX cuando los estudios sobre la melancolia se enfocaron a dos puntos básicos, el biológico y el hereditario (8). En la actualidad para conceptualizar en psiquiatría el término depresión se deben considerar factores biológicos, genéticos, sociales, psíquicos y en un momento dado, lleva implícito tres significados, que puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica (3).

Un elemento esencial en el Síndrome Depresivo es el descenso del humor (timia) que termina siendo triste. Alrededor de este síntoma se agrupan otros síntomas que han podido justificar la descripción del Síndrome e incluso la entidad patológica, por lo tanto, se encuentran añadidos a los trastornos del humor, otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de frenaje o entrecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y le empuja a rebuir a los demás y las relaciones con los otros. Subjetivamente, el enfermo experimenta una lasitud moral, una dificultad para pensar, para evocar (trastornos de la memoria), una fatiga psíquica. Paralelamente a esto presenta una astenia física, y un entrecimiento de la actividad motriz que se asocian con otros malestares somáticos variados en relación con perturbaciones neurovegetativas. Sabemos que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). No es más que la exageración no la prolongación de este estado lo que lo convierte en patológico (4).

El tercer sintoma, el dolor moral, se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación que puede encaminarse bastante pronto hacia una autoacusación, una autopunición, un sentimiento de culpabilidad. Parece que la fenomenología de los estados depresivos y especialmente el sintoma de autoacusación, está determinado por un factor cultural, y por esta razón en las comunidades primitivas de Africa (E. Stainbrook, 1954) este sintoma estaría prácticamente ausente, mientras que en su lugar se encuentran numerosos síntomas hipocondríacos (4).

Hay que hacer resaltar la importancia considerable que tienen los trastornos somáticos : cefaleas, algias diversas, sensaciones de ahogo, palpitaciones cardiacas, dolores vertebrales o articulares, trastornos digestivos, constipación, etc. Es posible incluso que estos trastornos adquirieran una importancia tal que el estado depresivo quede enmascarado por las quejas somáticas (3). Entonces sólo cabe un examen clínico muy minucioso que permita establecer que los trastornos de que se queja el sujeto no son de etiología orgánica, sino que expresan un estado depresivo (3).

Desde principios de siglo se han hecho muy diversos intentos de clasificar las depresiones, al grado de haber sido reportadas, en 1962, 58 diferentes clasificaciones. " Parecia que cada país tenia su propio estilo, moda y versión acerca de lo que se pensaba significaba la depresión (17).

Posteriormente se han ido logrando varios acuerdos internacionales al respecto, aunque desde luego no se han llegado a unificar criterios . La clasificación más ampliamente aceptada en la actualidad es la propuesta en el DSM IV (7).

Es claro que en los estados depresivos, lo mismo que en otras enfermedades, pueden considerarse diversos criterios, así las depresiones pueden distinguirse por su etiología, por su gravedad, por la edad en que se presentan, por su evolución, por su respuesta a los tratamientos, etc. (3).

Según los criterios que se utilicen, resultarán clasificaciones diferentes, algunas más, otras menos útiles. Por ejemplo, si el criterio es la edad del paciente, se dividirán en : infantiles, del adulto e involutivas; si es la causa inmediata, en psicógenas y somatógenas etc. Aplicando un criterio " práctico ", Poldinger (22), las clasifica en depresiones fácilmente reconocibles y depresiones enmascaradas. El aspecto de la gravedad es considerado de gran importancia por el DSM IV, que distingue el Episodio Depresivo Mayor (grave) del Distímico (leve) (7).

Una distinción que ya cuenta con cierta tradición, y que todavía en la actualidad aplican muchos psiquiatras, es la Endógena - Reactiva (3), siendo la primera aquella causada por factores de tipo interno o Psicobiológico, sin acontecimientos externos desencadenantes, mientras que la segunda llamada también exógena, es causada por acontecimientos externos : un trauma psíquico, una enfermedad, etc. Kiloj y Garsido establecieron los distintos aspectos de cada una, descritos de la siguiente manera : Depresión Endógena y Depresión Reactiva (3).

DEPRESION ENDOGENA

- Duración menor de un año
- Edad madura
- Historia de depresiones anteriores
- Empeoramiento por la mañana

DEPRESION REACTIVA

- Duración variable
- Joven
- Hecho externo causal
- Empeoran por la tarde

- | | |
|---|-----------------------------|
| - Insomnio tardío | - Insomnio precoz |
| - Inhibición psicomotriz, pérdida de peso | - Sentimiento de indignidad |
| - Dificultad de concentración | -Personalidad neurótica |

Sin embargo, se ha considerado que hay muy pocas depresiones endógenas "puras". Se ha visto, más bien, que casi la totalidad de las depresiones se encuentran en alguna parte de la escala cuyos extremos estarían constituidos por las depresiones endógenas y reactiva, respectivamente (3) :

DEPRESION ENDOGENA

DEPRESION REACTIVA

<-----<mayoría de las depresiones>----->

Bajo los mismos criterios de distinción, se ha hablado de una depresión " psicótica " (la endógena) y una "neurótica" (la reactiva) (9). En la actualidad poco se utilizan estas denominaciones en el lenguaje especializado, ya que "psicótico" se emplea para designar una alteración mental importante en la que se presentan delirios, alucinaciones, trastornos considerables del juicio, etc. Esto sólo estaría presente en algunas depresiones graves. Por otro lado, el término "neurótico" ha sufrido un desgaste por su tan frecuente empleo ordinario, no siempre

correcto, pero invariablemente peyorativo, de tal modo que ha parecido más beneficioso relegarlo del uso científico (3).

En 1957 Leonhard propuso la dicotomía "Depresión unipolar, Depresión bipolar " (8), que es ampliamente utilizada en la actualidad. La primera es la sufrida por enfermos que sólo presentan el síndrome una o más veces en su vida como única alteración mental. La segunda es la sufrida por los que presentan cíclicamente periodos depresivos y maníacos. La enfermedad bipolar presenta mayor evidencia de factores genéticos, los pacientes comienzan a padecer el trastorno más precozmente y, especialmente, responden a tratamientos diferentes. Es bastante menos frecuente que la unipolar (3).

Otra distinción que se ha trazado en el concepto que nos ocupa es aquella entre depresión primaria y secundaria. Los criterios que se aplican para dicha distinción son : el tiempo de aparición y la presencia o ausencia de otras enfermedades. La primaria es la que acontece a un individuo sin antecedente de otras enfermedades psiquiátricas. La secundaria es la que ocurre en personas con antecedentes de patológicos psiquiátricos u orgánicos que podrían precipitar un síndrome depresivo (cáncer, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, etc.) (3).

Esta es una distinción que vale la pena tener en cuenta en el diagnóstico, y evidentemente en el tratamiento. Cabe hacer notar que en el DSM IV, considera que las llamadas "depressiones secundarias" no pueden diagnosticarse simplemente como "enfermedad depresiva", ya que es claro que la enfermedad es otra, orgánica o psiquiátrica, y por ende el diagnóstico preciso - y el tratamiento- debe enfocarse en la dirección correcta, no en una de sus consecuencias. Por supuesto, como ya notamos, la presencia de un padecimiento determinado en un sujeto no excluye la posibilidad de otra enfermedad concomitante y, en tales casos, es claro que deben establecerse ambos diagnósticos, por ejemplo, politraumatismo y enfermedad depresiva.

El DSM IV (7), clasifica los trastornos afectivos de la manera siguiente :

- I). Trastornos Afectivos Mayores (aquellos en los que se presenta un síndrome afectivo completo).

- II). Otros Trastornos Afectivos Específicos (aquellos en los que se presenta un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración), y

- III). Trastornos Afectivos Atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas).

Los primeros (trastornos afectivos mayores) incluyen:
a) el trastorno bipolar y b) el trastorno depresivo mayor, los cuales se distinguen entre sí por la presencia (en el primero) o la ausencia (en el segundo) de algún episodio anterior.

A su vez, el trastorno bipolar se subclasifican en :
1) mixto, 2) maniaco y 3) depresivo, de acuerdo a si el cuadro sintomatológico actual, o más reciente, cumple los criterios, que ya se expuso, de : 1) episodios tanto depresivos como maniacos entremezclados, o alternando rápidamente en pocos días, 2) episodio maniaco, o 3) episodio depresivo mayor .

Los "otros trastornos específicos " comprenden el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico. Como ya observamos, en el trastorno distímico los síntomas no son de la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios del episodio depresivo mayor; además no se presentan periodos hipomaniacos." (7).

Los trastornos afectivos atípicos comprenden la "depresión atípica", que constituye una categoría residual para aquellos sujetos con síntomas depresivos que no pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo mayor específico, de otro trastorno afectivo específico o de un trastorno adaptación. Como ejemplo se incluyen los siguientes (7) :

1. Un episodio inconfundible y continuo de un síndrome depresivo completo, que se desarrolló sin una activación de los síntomas psicóticos en un sujeto con esquizofrenia de tipo residual.

2. Un trastorno que cumple los criterios para el trastorno distímico; sin embargo, ha habido periodos intermitentes con estado de ánimo normal, que persisten más de unos meses.

3. Un episodio de depresión breve que no cumple los criterios para un trastorno afectivo mayor y que sin duda, no es una reacción a un stress psicosocial, y por ello no puede clasificarse como un trastorno adaptativo.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DE ACUERDO AL DSM IV

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| | | Mixto |
| | A. Trastorno Bipolar | 1. Maniaco 2. Depresivo |
| (I). Trastornos Afectivos Mayores | B. Trastorno Depresivo Mayor | 1. 1er. episodio 2. Recurrente |
| | A. Trastornos Ciclotimicos | |
| (II). Otros Trastornos Afectivos Especificos | B. Trastornos Distimicos | |
| (III). Trastornos Afectivos Atipicos | | |

Ahora bien, los trastornos adaptativos ya no entran en la clasificación de los trastornos afectivos, sino que constituyen otro tipo de desorden mental, cuyo "rasgo esencial es una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable". Dentro de éste trastorno se clasifican otros, como son : los trastornos con estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con la depresión mayor y el duelo no complicado (17).

En el trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos (depresión, ansiedad, etc.) debe efectuarse diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos y ansiosos. En el trastorno con inhibición laboral o académica existe también frecuentemente depresión. Entre los ejemplos se cita la incapacidad para estudiar o para escribir artículos (17).

La depresión rivaliza con la ansiedad como la categoría más importante y completa en la psicopatología. Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis : psicosis maniaco-depresiva, melancolía involutiva, y reacción psicótica de depresión (17). Regularmente la depresión acompaña a la enfermedad orgánica grav y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida. No obstante, así como la ansiedad patológica puede compararse con el miedo realista, es útil comparar la depresión patológica con la decepción normal, la tristeza y la aflicción (38).

La depresión ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida. Se pierde la espontaneidad, todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. Uno no se siente enfermo orgánicamente pero tampoco se siente a gusto ni bien. La fatiga es excesiva. Las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias alentadoras, las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes. Una persona con una depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él y para sus amigos íntimos, algo ha cambiado, (3), (27).

En la depresión más intensa el paciente se halla francamente abatido o se siente físicamente enfermo (o ambos). Por lo general, está sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados (retardo psicomotor), o se puede hallar tenso, hiperalerta e intranquilo (agitación, ansiedad). El paciente deprimido agitado probablemente se queje interminablemente acerca de dolores y achaques, fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa. Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan mal como las siente y puede representar ideas delirantes a menudo complicadas, de naturaleza hipocondríaca, (17).

De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente (4). Los estudios de EEG de pacientes deprimidos confirman que ellos tienden a presentar una proporción más elevada de sueño ligero o inquieto y un periodo más corto de sueño total. En las depresiones más intensas los pacientes por lo general se despiertan temprano sólo después del sueño necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigiliat solitarias en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda (17).

Existen síndromes neuróticos que abarcan a la depresión con un problema de hipersomnio. Sin embargo, en la depresión intensa, lo inverso es la regla (4).

La anorexia y la pérdida de peso son también característicos (4). La pérdida involuntaria de 3 o más kilos en un mes ha sido sugerida por algunos autores como un criterio diagnóstico de depresión intensa. Se presentan muchos otros males en la depresión, en especial, dolor de origen obscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda la gama de trastornos psicofisiológicos. Se describe como un síntoma clásico la pérdida del interés sexual o la incapacidad ("pérdida de la libido"). Resumiendo, los 4 apetitos se hallan deteriorados : HAMBRE, SUERO, SEXO Y ACTIVIDAD (3).

Aunque la depresión ha sido reconocida como un síndrome clínico desde tiempos inmemoriales, continúa el debate de si es una enfermedad aislada bien definida de intensidad variable o una categoría mixta de trastornos cualitativos diferentes (3).

ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION

Si bien es un tanto difícil integrar una definición exacta del concepto depresión, mucho más lo es el poder establecer lineamientos para detectarlo, sabemos de antemano que existe varias escalas ya establecidas con éste objetivo, como son la Escala de Hamilton, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el Inventario de Beck y la Escala de Autoevaluación de Zung y que se utilizan en la mayoría de las investigaciones en este campo, aun cuando en la práctica diaria del médico familiar no se utilizan (3).

Es en 1915 cuando Kempf (3) describe por primera vez una escala para evaluar la depresión y es hasta 1917 Woodworth publica el primer cuestionario de autoevaluación siendo aplicado muy posteriormente a la depresión. En 1930 otro autor, Moore (3) en base a sus propias investigaciones clínicas seleccionó 41 síntomas y signos entre 387 pacientes psicóticos realizando un análisis del mismo. Así él pudo distinguir dos grupos de síntomas

que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. Ese mismo año Jasper (3) publicó también un cuestionario para evaluar la depresión. Estos estudios fueron descartados para su uso en la práctica médica para medir la depresión, ya que Moore se interesó sólo en consideraciones teóricas y Jasper en personas normales.

El resultado de la aplicación de las escalas actuales va a estar en relación directa a la capacitación y entrenamiento de la persona que realice la entrevista y si es el propio médico quien lo haga el resultado será excelente y se podrá integrar un diagnóstico más preciso (3).

En la escala de Hamilton (3) se consideran 17 variables, de las cuales algunas son de interés creciente y otras por términos equivalentes, haciendo un total de 21 reactivos, las variables son medidas con una escala de 3 a 5 puntos. El autor recomienda que la evaluación se realice por dos personas en forma independiente para evitar errores de interpretación personal (3).

En 1960, Max Hamilton (3) realizó un análisis de las diversas Escalas disponibles para medir los trastornos mentales y concluyó que se pueden considerar cuatro grupos :

1. Algunas de las Escalas fueron diseñadas para ser aplicadas en pacientes con trastornos psiquiátricos y tenían el inconveniente de que al aplicarse a individuos sanos no podían

ser identificados algunos de los síntomas observados en los pacientes con patología psiquiátrica.

2. Las escalas existentes de autoaplicación, si bien eran sencillas de aplicar tenían el inconveniente de que los enfermos con trastornos psiquiátricos no podían resolverlas.

3. Muchas escalas de conducta se utilizaron para medir la capacidad de adaptación en instituciones hospitalarias, pero proporcionaron poca o ninguna información sobre la depresión.

4. Otras fueron diseñadas para detectar y cuantificar síntomas de enfermedad mental, pero presentaban dificultad para diferenciar entre apatía, retardo y estupor, como ejemplo, en síntomas como "ideas delirantes" el significado era muy diferente si se refería a cuadros depresivos, esquizofrénicos, paranoides o hipocondríacos.

Por tal motivo, Hamilton elaboró su propia escala que hasta la fecha es utilizada para cuantificar la intensidad de la depresión. Es así como observamos que en el trabajo de éste autor se contemplan 21 reactivos que a continuación se mencionan (3):

I. Talante depresivo donde se contempla la tristeza, la desesperanza, la impotencia y el desamparo.

0. Ausente.

1. Acepta los síntomas solo cuando se le preguntan.
2. Comunica éstos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.
3. El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal.

II. Sentimientos de culpa :

0. Ausentes.

1. Autoreproche; siente que le ha fallado a los demás.
2. Rumiación de errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpa.
4. Oye voces que lo acusan o lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

III. Suicidio:

0. Ausente.

1. Siente que la vida no vale la pena.
2. Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse.
3. Ideas o amagos suicidas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica con 4).

IV. Insomnio inicial:

0. Nunca tarda en conciliar el sueño.
1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda más de media hora en dormirse).
2. Diariamente tarda en conciliar el sueño.

V. Insomnio o despertares intermedios:

0. Ausente
1. Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche.
2. Despierta durante la noche; si se levanta de la cama calificar con 2, excepto si es para orinar.

VI. Insomnio terminal:

0. Ausente.
1. Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse.
2. Si se levanta no puede volver a dormirse.

VII. Trabajo y actividades.

0. No tiene problemas.
1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en relación con las actividades del trabajo o diversiones.
2. Pérdida del interés por las actividades, diversiones o trabajo, ya sea reportado directamente por el paciente o indirectamente por mostrarse desatento, indeciso, vacilante (siente que tiene que esforzarse para iniciar el trabajo o actividades).

3. Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución de la productividad.
4. Dejo de trabajar a causa del padecimiento actual. En el hospital califique con 4 puntos, si el paciente no participa en ninguna actividad, salvo tareas de pabellón o si el paciente no efectúa sus labores cuando se le deja solo.

VIII. Retardo (lentitud del pensamiento y la palabra, dificultad para concretarse; actividad motora disminuida):

0. Pensamiento y palabras normales.
1. Retardo ligero durante la entrevista.
2. Retardo obvio durante la entrevista.
3. Entrevista difícil.
4. Imposibilidad de diálogo.

IX. Agitación:

0. Ninguna.

1. El paciente juguetea con sus manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

X. Ansiedad psíquica:

0. Ausente

1. Tensión subjetiva o irritabilidad.
2. Preocupación por cosas triviales.
3. Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara.
4. Había espontáneamente de sus temores.

XI. Ansiedad somática (angustia):

- 0. Ausente
- 1. Ligera.
- 2. Moderada.
- 3. Severa.
- 4. Incapacitante

Signos fisiológicos concomitantes de ansiedad:

Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestión,
diarrea, retortijones, eructos.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.

Respiratorios: hiperventilación, suspiros.

Frecuencia urinaria.

Sudación.

XII. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0. Ninguno.
- 1. Pérdida de apetito, pero come si se le insiste. Pide o necesita laxantes u otros medicamento para síntomas gastrointestinales.

XIII. Síntomas somáticos generales:

- 0. Ninguno.
- 1. Pesantez de extremidades, espalda o nuca. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2. Cualquier síntoma bien definido.

XIV. Síntomas genitales

- 0. Ausente
- 1. Débil
- 2. Grave
- 3. Incapacitante

(síntomas como: pérdida de la libido y trastornos menstruales, entre otros).

XV. Hipocondría:

- 0. Ausente.
- 1. Atención excesiva a su cuerpo.
- 2. Preocupación por su salud.
- 3. Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.
- 4. Ideas delirantes hipocondríacas.

XVI. Pérdida de peso (calificar A o B) :

- A. Valorado por interrogatorio:
 - 0. No ha perdido peso.
 - 1. Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual.
 - 2. Pérdida de peso indudable.
- B. Valorado semanalmente por el médico, pesando al enfermo.
 - 0. Pérdida menor de 500 g. en una semana [por término medio]
 - 1. Pérdida de más de 500 g. en una semana
 - 2. Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.

XVII. Conciencia de enfermedad.

0. Se da cuenta que está enfermo y deprimido.

1. Se da cuenta que está deprimido y enfermo, pero lo atribuye a la comida, al clima, al trabajo excesivo, a los virus, a la necesidad de descanso, etc.

XVIII. Variación diurna :

0. Ausente.

Indicar si los síntomas son más

1. Ligera.

severos en la mañana (M) o por-

2. Grave.

la tarde (V).

XIX. Despersonalización y sensación de irrealidad :

0. Ausente.

1. Ligera sensación de irrealidad.

2. Moderada. Ideas nihilistas o de negación.

3. Severa.

4. Incapacitante.

XX. Síntomas paranoides :

0. Ausentes.

1. Susplicacia leve.

2. Susplicacia moderada.

3. Ideas de referencia.

4. Delirio de referencia y de persecución.

XXI. Síntomas obsesivos y compulsivos :

0. Ausentes.

1. Leves.

2. Severos.

INVENTARIO DE BECK

Un año después de la publicación de la escala de Hamilton, Aaron T. Beck (3), da a conocer su trabajo para cuantificar la depresión. Fue diseñado para ser aplicado por un entrevistador y la técnica consiste en entregarle una copia al enfermo y la otra es leída en voz alta por la persona que la aplica y se le pide al paciente que señale "cual de las declaraciones define mejor como se siente en ese instante" .

Por ningún motivo se debe sugerir al enfermo la respuesta. Este inventario consta de 21 categorías de síntomas y cada una de ellos es una manifestación de depresión. Se aplicaron valores numéricos del 0 al 3 para cuantificar esta posibilidad y en algunos casos existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel.

REACTIVOS Y RESPUESTAS

A. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste y melancólico.

2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.

2b. Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

B. Pesimismo :

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.

1. Me siento desalentado por el futuro.

2a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.

2b. Siento que nunca saldré de mis problemas.

3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C. Sensación de fracaso :

0. No me siento como un fracasado.

1. Siento que he fracasado más que el promedio.

2a. Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.

2b. Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.

3. Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa).

D. Insatisfacción :

0. No estoy particularmente insatisfecho .

1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.

1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.

2. Nunca satisfacción de nada.

3. Estoy insatisfecho de todo.

E. Culpa :

0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento mal o indignado gran parte del tiempo.

2a. Me siento algo culpable.

2b. Me siento mal o indigno casi siempre.

3. Siento que soy muy malo o inútil.

F. Expectativas de castigo .

0. No siento que esté siendo castigado.

1. He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir.

2. Siento que soy castigado o que seré castigado.

3a. Creo que merezco ser castigado.

3b. Deseo ser castigado.

G. Autodesagrado :

0. No me siento decepcionado de mi mismo.

1a. Estoy decepcionado de mi mismo.

1b. No me agrado.

2. Estoy disgustado conmigo mismo.

3. Me odio.

H. Autoacusaciones :

0. No creo ser peor que cualquier otro.

1. Me critico por mi debilidad o errores.
2. Me reprocho mis culpas.
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. Ideas suicidas :

0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.

1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaria a cabo.
- 2a. Siento que estaria mejor muerto.
- 2b. Siento que mi familia estaria en mejores circunstancias si yo muriera.
- 3a. Tengo planes definidos para suicidarme.
- 3b. Me mataria, si pudiera.

J. Llanto :

0. No lloro más de lo usual.

1. Lloro más de lo que acostumbraba.
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.

K. Irritabilidad :

0. No estoy más irritado de lo habitual.

1. Me molesto o me irrito con facilidad que lo usual.
2. Me siento irritado siempre.
3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban.

L. Separación social :

0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
3. He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.

M. Indecisión :

0. Tomo decisiones tan bien como siempre .
1. Trato de evitar el tomar decisiones.
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
3. No puedo tomar ninguna decisión.

N. Cambios en la imagen corporal :

0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado .
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
3. Siento que luzco feo o repulsivo.

R. Retardo laboral :

0. Puedo trabajar tan bien como antes .
- 1a. Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho animo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún trabajo.

P. Insomnio :

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormirme.
- 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Q. Fatigabilidad :

- 0. No me canso más de lo normal.
- 1. Me canso más fácilmente que lo usual.
- 2. Me canso de no hacer nada.
- 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R. Anorexia :

- 0. Mi apetito no excede a lo normal.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
- 2. Mi apetito es deficiente.
- 3. No tengo apetito.

S. Pérdida de peso :

- 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
- 1. He perdido más de dos y medio kilogramos.
- 2. He perdido más de cinco kilogramos.
- 3. He perdido más de siete kilogramos.

T. Preocupación Somática :

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de como me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U. Pérdida de la libido :

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.
1. Tengo poco interés por el sexo.
2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

En el año de 1964, Zung y Durham (3), realizaron un trabajo de investigación en relación a la depresión y en 1965 publicaron los resultados. Estos autores tomaron en consideración las dificultades que existían para detectar y diagnosticar los cuadros depresivos por lo que elaboraron una escala que reuniera los siguientes requisitos :

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera, los síntomas más representativos de la depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. De aplicación más cuantitativa.
5. Que pudiera ser autoaplicable por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

Por lo que analizaron todos los síntomas considerados como característicos de la depresión y concluyeron que deberían incluir los siguientes factores : alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos, quedando como a continuación se describe: síntomas de los desordenes depresivos.

Temas de la Escala

- I. Talante bajo
 - A. Deprimido triste : (Me siento abatido y melancólico).
 - B. Accesos de llanto : (Tengo accesos de llanto o deseos de llorar).
- II. Equivalentes fisiológicos
 - A. Alteraciones de los hábitos :
 1. Variación diurna ; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día. (En la mañana me siento mejor)

2. Despertar del sueño temprano y frecuente. (Me cuesta trabajo dormir en la noche).
3. Pérdida de apetito. (Como igual que antes solía hacerlo).
4. Pérdida de peso. (Noto que estoy perdiendo peso).
5. Disminución de la libido. (Todavía disfruto de las relaciones sexuales).
6. Gastrointestinales: Constipación (Tengo molestias de constipación).
7. Cardiovasculares : Taquicardia (El corazón me late más aprisa que de costumbre).
8. Músculo-esqueléticas : Fatiga (Me canso sin hacer nada)

III. Equivalentes psicológicos :

A. Actividades psicomotoras :

1. Agitación psicomotora (Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto)
2. Lentificación.

B. Ideacionales :

1. Confusión. (Tengo la mente tan clara como antes).
2. Sensación de vacío. (Mi vida tiene bastante interés)
3. Desesperanza. (Tengo esperanza en el futuro).
4. Indecisión. (Me resulta fácil tomar decisiones).
5. Irritabilidad. (Estoy más irritable de lo usual).
6. Insatisfacción. (Todavía disfruto con las mismas cosas).

7. Devaluación personal. (Siento que soy útil y necesario).
8. Ideación suicida. (Creo que si muriera les haria un favor a los demás.

Una vez realizado un análisis de estos factores se elaboraron 20 reactivos de los cuales se le asignaron cuatro posibles respuestas de acuerdo al criterio del paciente :

1. Muy pocas veces.
2. Algunas veces.
3. La mayor parte del tiempo, y
4. Continuamente.

Lista de reactivos utilizados en la escala de Zung :

1. Me siento abatido y melancólico.
2. En la mañana me siento mejor.
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
5. Como igual que antes solia hacerlo.
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.
7. Noto que estoy perdiendo peso.
8. Tengo molestias de constipación.
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.
- 10.Me canso sin hacer nada.
- 11.Tengo la mente tan clara como antes.
- 12.Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- 13.Me siento intranquillo y no puedo mantenerme quieto.

14. Tengo esperanza en el futuro.
15. Estoy más irritable de lo usual.
16. Me resulta fácil tomar decisiones.
17. Siento que soy útil y necesario.
18. Mi vida tiene bastante interés.
19. Creo que les haría un favor a los demás muriendome.
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.

De estos 20 reactivos, 10 se plantearon en forma positiva y 10 en forma negativa para evitar que el paciente pudiera encontrar alguna tendencia en el estudio. Para la cuantificación del sintoma se plantearon cuatro categorías : MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE , asignandoles un valor de 1, 2, 3, y 4, en orden variable según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo (3).

Para la aplicación de esta prueba se da al paciente la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para hacer la calificación, se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma, teniendo así que un indice bajo, señala poca o ninguna depresión, y un indice alto señala una depresión de significación clínica importante.

Si bien algunos pacientes no proporcionan voluntariamente mucha información, la mayoría de ellos cooperarán si se les pide que marquen la escala, con la explicación de que esto ayudará al médico en el diagnóstico y orientación terapéutica (3).

El primer estudio de Zung y Durham (3), se realizó con todos los pacientes que fueron admitidos al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Veteranos del Duke Medical Center, con un diagnóstico de depresión durante un periodo de 5 meses.

De los 58 enfermos admitidos con diagnóstico de ingreso de depresión primaria, en 31 se confirmó el diagnóstico integrando el grupo de DD (Diagnóstico Depresión), y en 25 se establecieron otros diagnósticos, grupo OD (Otros Diagnósticos) que correspondían a reacción de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos psicofisiológicos. Meses más tarde, los mismos autores y otros colaboradores efectuaron un estudio de 152 enfermos de la consulta externa, utilizando al mismo tiempo la prueba MMPI en todos los casos. Los resultados obtenidos entre las dos pruebas fueron concordantes y la diferencia de tiempo de aplicación fue de unos minutos para la prueba de Zung y de una a dos horas para el MMPI (3).

En todos los casos etiquetados como depresivos, los enfermos fueron estudiados por separado por otros clínicos antes de obtener la calificación asignada por Zung (3).

La Escala de Autoevaluación de Zung, pese a que tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio, es sencilla y de fácil aplicación, por lo que además de ser útil en algunos programas de investigación, podría ser un buen auxiliar en la clínica para diagnosticar la depresión, especialmente cuando esta se presenta en su forma enmascarada. (3).

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

Este estudio, más conocido por sus iniciales MMPI, fue introducido por Starke R. Hathaway y J. Charley Mckinley en 1942 (3), y consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas, que corresponden a diversos aspectos de la personalidad, que incluyen aspectos personales, hábitos, actitudes sexuales, familiares, estado de salud física, religión, de tipo político y diversas preguntas encaminadas a la detección y tratamiento psiquiátrico. (3).

El MMPI, tiene la particularidad de que se puede aplicar en forma individual y grupal, pidiéndole al encuestado que conteste " cierto " o " falso", o escriba la respuesta en el espacio en blanco.

Todas las preguntas están agrupadas en nueve escalas psicológicas que son :

1. Hipocondria.
2. Depresión.
3. Histeria.
4. Desviación psicopática.
5. Masculinidad.
6. Femenidad.
7. Paranoia.
8. Psicastenia.
9. Esquizofrenia y mania.

DESCRIPCION DE LA ESCALA

La escala 2 (D) se considera como escala del "estado de animo" y fue diseñada para medir la depresión, consta de 80 reactivos de los cuales 20 deben ser respondidos como "ciertos" y cuarenta como "falsos".

Los siguientes que deben ser contestados como "ciertos" son los siguientes :

5. El ruido me despierta fácilmente.
13. Trabajo bajo una tensión muy fuerte.
23. Sufro de náuseas y vómitos
32. Me es difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
41. He tenido periodos de días, semanas o meses que no pude ocuparme en nada porque no tuve voluntad para hacerlo.
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
52. Prefiero hacerme el desentendido con mis amigos, en la escuela o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
67. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.
86. Decididamente, no tengo confianza en mí mismo.
104. No parece importarme lo que me pasa.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
138. La crítica o el regaño me hieren profundamente.
142. Decididamente, a veces siento que no sirvo para nada.
168. Lloro con facilidad.
169. No puedo entender lo que veo como antes.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
236. Me preocupo mucho.
259. Me es difícil empezar a hacer cualquier cosa.

Los siguientes cuarenta reactivos deben ser contestados como "falsos".

2. Tengo buen apetito.
8. Mi vida está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
18. Muy raras veces padezco de estreñimiento.
30. A veces siento deseos de maldecir.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
51. Siento que soy tan saludable como la mayoría de mis amigos.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
64. Algunas veces insisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
80. De vez en cuando molesto a los animales.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayoría de la gente de la verdad.

95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
107. Casi siempre soy feliz.
122. Me parece que soy tan inteligente como la mayoría de los que me rodean.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
145. A veces siento deseos de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
152. Casi todas las noches puedo dormir sin tener pensamientos o ideas que me preocupan.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
160. Nunca me he sentido mejor que nunca.
178. Mi memoria me parece buena.
191. A veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, y eso me molesta muchísima.
207. Me gustan las distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
233. Algunas veces soy obstáculo para personas que quieren hacer algo, no porque eso sea de mucha importancia sino por cuestión de principios.

- 241. Con frecuencia sueño cosas que preferiría mantener en secreto.
- 242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría.
- 248. Algunas veces, sin razón alguna, o cuando las cosas no me salen bien, me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
- 263. Sudo con facilidad, aun en días fríos.
- 270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas quedan bien cerradas.
- 271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
- 272. A veces estoy lleno de energía.
- 285. A veces me río de chistes sucios.
- 286. A veces me siento muy alegre, sin que haya una razón especial.

Aun cuando ésta escala fue diseñada para detectar y cuantificar la depresión, tiene los inconvenientes de que sólo puede aplicarse a personas mayores de 18 años, con estudios mínimos de Primaria y el tiempo promedio para resolverla es de una a dos horas aproximadamente, lo que la hace poco práctica para ser aplicada en nuestro medio (3).

-42-
CUESTIONARIO CLINICO DEL DR. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

Nombre: _____ Fecha: _____

No. Expediente : _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____ Edad _____

Escolaridad: _____ Domicilio: _____

SI

NO POCO REGULAR MUCHO

-
01. ¿ Se siente afligido o triste ?
 02. ¿ Lloro o tiene ganas de llorar ?
 03. ¿ Duerme mal de noche ?
 04. ¿ En la noche se siente peor ?
 05. ¿ Le cuesta trabajo concentrarse ?
 06. ¿ Le ha disminuido el apetito ?
 07. ¿ Se siente obsesivo o repetitivo ?
 08. ¿ Ha disminuido su interés sexual ?
 09. ¿ Considera que el rendimiento de su trabajo es menor ?
 10. ¿ Siente palpitaciones o presión en el pecho ?
 11. ¿ Se siente nervioso, angustiado o ansioso ?
 12. ¿ Se siente cansado o decaído ?
 13. ¿ Se siente pesimista, piensa que las cosas van a salir mal ?
 14. ¿ Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca ?
 15. ¿ Está más irritable o enojón que antes ?
 16. ¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en Usted ?
 17. ¿ Siente que le es menos útil a su familia ?
 18. ¿ Siente miedo de alguna cosa ?
 19. ¿ Ha sentido deseos de morirse ?
 20. ¿ Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban, ahora le fueran indiferentes ?

Este Cuestionario tiene como objetivo primordial la detección de sintomatología de tipo depresivo, y consta de 20 reactivos encaminados a tal fin, y tiene mucha similitud con las escalas ya establecidas.

Tomando en consideración lo antes mencionado, se valoró la posibilidad de que éste cuestionario podría ser aplicado entre la población derechohabiente que acude a la consulta médica en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco, Puebla., y saber en un momento dado la utilidad práctica de éste instrumento y determinar la frecuencia con que incide la depresión en dicha población en un periodo determinado de tiempo.

El Cuestionario consta de una ficha de identificación, donde el paciente deberá anotar los datos siguientes :

1. Nombre
2. Sexo
3. Edad
4. Fecha
5. Número de expediente
6. Estado civil
7. Domicilio
8. Escolaridad
9. Ocupación
10. Religión

El total de reactivos son 20, mismos que están enfocados a detectar los síntomas depresivos y su autor el Dr. Guillermo Calderón Narvaéz (3), para facilitar su explicación los divide en cuatro grupos :

- I. Trastornos afectivos
- II. Trastornos intelectuales
- III. Trastornos conductuales
- IV. Trastornos somáticos.

I. Trastornos Afectivos : La afectividad se encuentra seriamente perturbada en el síndrome depresivo que puede originar diversos síntomas con sus manifestaciones (3).

| SINTOMA | MANIFESTACIONES |
|-----------------------|--|
| Indiferencia afectiva | -Disminución o pérdida de intereses vitales. |
| Tristeza | -Con o sin tendencia al llanto. |
| Inseguridad | -Dificultad para tomar decisiones. |
| Pesimismo | -Enfoque vital derrotista. |
| Miedo | -Específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo, miedo a bañarse). |

Ansiedad

-Más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.

Irritabilidad

-Con agresividad que da origen a problemas familiares y laborales.

II. Trastornos de la esfera intelectual : Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de la depresión, sin embargo, es frecuente que se encuentre disminuida la sensopercepción, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle la pregunta dos o tres veces para obtener una respuesta (3).

SINTOMA

Sensopercepción disminuida

Trastornos de la memoria

Disminución de la atención

Disminución de la comprensión

Ideas de culpa o fracaso

Pensamiento obsesivo

MANIFESTACIONES

-Mala captación de los estímulos

-Dificultad para la evocación.

-Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana.

-Dificultad de comunicación.

-Autodevaluación.

-Ideas o recuerdos repetitivos molestos.

III. Trastornos conductuales : Los trastornos afectivos e intelectuales repercuten en el comportamiento del paciente, por ejemplo, la mujer que antes se levantaba temprano para atender a sus hijos, se torna descuidada y deja sus labores en manos de otra persona (3).

| SINTOMA | MANIFESTACIONES |
|--|---|
| Actividad disminuida | -Descuido de sus obligaciones y de su aseo personal. |
| Productividad disminuida | -Mal rendimiento en el trabajo. |
| Impulsos suicidas | -Ideas o intentos de privarse de la vida. |
| Impulso a la ingestión de alcohol y drogas | -Tendencia a beber o a utilizar alcohol y otras drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad. |

IV. Trastornos somáticos : Estos constituyen con frecuencia el motivo de la consulta del paciente, quien subestimando su problema emocional no lo manifiesta espontáneamente al médico. A este cuadro se le llama "depresión enmascarada" (3), y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente, inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica que

puede prolongarse por muchos años (3). Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar su salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado y oportuno podrían haber resuelto el problema en un tiempo relativamente breve.

Es importante hacer notar que la gran mayoría de los pacientes acuden por manifestaciones de tipo orgánico y que es difícil para el médico general o el especialista no psiquiatra, realizar un diagnóstico acertado (3).

SINTOMA

Trastornos del sueño

Trastornos del apetito

Disminución de la libido

MANIFESTACIONES

-Insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso. Dormir inquieto. En algunos casos hay hipersomnia.

-Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones hambre compulsiva.

-Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

| | |
|-----------------------------|--|
| Cefalea tensional | -Afecta de preferencia a los músculos de la nuca y a los temporales. |
| Trastornos digestivos | -Dispepsia, aerofagia, meteorismo,nauseas, etc. |
| Trastornos cardiovasculares | -Trastornos de la frecuencia o del ritmo cardiaco, disnea suspirosa. |
| Otros | -Marcos, prurito, alopecia, etc. |

Estos trastornos mencionados se encuentran englobados en el Cuestionario Clínico del Dr.Guillermo Calderón Narváez, y para su identificación se menciona lo siguiente (3) :

I. Los Trastornos afectivos se detectan con los reactivos siguientes :

1. ¿ Se siente afligido o triste ?
2. ¿ Llora o tiene ganas de llorar ?
11. ¿ Se siente nervioso, angustiado o ansioso ?
13. ¿ Se siente pesimista,piensa que las cosas van a salir mal?
15. ¿ Está más irritable o enojón que antes ?
16. ¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en Usted ?
17. ¿ Siente que le es menos útil a su familia ?

18. ¿ Siente miedo de alguna cosa ?

II. Trastornos intelectuales, señalados en el cuestionario por los siguientes reactivos :

5. ¿ Le cuesta trabajo concentrarse ?
7. ¿ Se siente obsesivo o repetitivo ?

III. Trastornos de conducta, manifestados en los siguientes reactivos :

9. ¿ Considera que el rendimiento de su trabajo es menor ?
19. ¿ Ha sentido deseos de morir ?
20. ¿ Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban, ahora le fueran indiferentes.

IV. ¿ Los Trastornos somáticos se encuentran en los reactivos siguientes :

3. ¿ Duerme mal de noche ?
4. ¿ En la noche se siente peor ?
6. ¿ Le ha disminuido el apetito ?
8. ¿ Ha disminuido su interés sexual ?
10. ¿ Siente palpitaciones o presión sobre el pecho ?
12. ¿ Se siente cansado o decaído ?
14. ¿ Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca ?

Una vez aplicado éste examen, se obtiene una calificación multiplicando el número de respuestas por el factor anotado en cada columna :

| | | Num.de resp. | Total |
|-----------------|-----------|--------------|----------|
| Primera Columna | (NO) | _____ X | 1= _____ |
| Segunda Columna | (POCO) | _____ X | 2= _____ |
| Tercera Columna | (REGULAR) | _____ X | 3= _____ |
| Cuarta Columna | (MUCHO) | _____ X | 4= _____ |

Equivalente del puntaje obtenido :

| | | | |
|----|---|----|----------------------|
| 20 | - | 30 | Normal |
| 31 | - | 45 | Reacción de ansiedad |
| 46 | - | 65 | Depresión media |
| 66 | - | 80 | Depresión severa |

En la actualidad para la detección de sintomatología de tipo depresivo, se ve con demasiada frecuencia que para lograr este objetivo, los médicos que se dedican a la investigación clínica incluyen en sus trabajos una o varias de las escalas mencionadas y son aceptadas por la mayoría de ellos, pero los profesionales de la salud, que trabajan en la práctica diaria con el paciente, no las utilizan y algunos las consideran inútiles y poco confiables.(3).

El uso amplio de estas escalas, corresponde totalmente al campo de la investigación social (29) y en la práctica médica es limitada su aplicación, ya que con ellas únicamente se van a detectar síntomas depresivos que en un momento dado nos pueden orientar a la continuidad en el tratamiento médico (3).

C U A D R O C L I N I C O

Cuando en un paciente se presenta un cuadro depresivo, no sólo se distorsionan los sentimientos, sino también que él o ella consideran la posibilidad de tomar una sobredosis de somníferos o de saltar al vacío, las personas deprimidas a menudo en su desesperanza consultan a dos o más médicos, y buscando la curación mágica, obtienen recetas de todos ellos (4).

La depresión produce un sufrimiento mental que puede expresarse a través de un estado emocional único en su género, compuesto por angustia, desesperación, autodesprecio, intensa culpabilidad, unidos a sentimientos de ira y temor (4). Es así, como la tristeza y el abatimiento los acompaña durante la mayor parte del día, junto con una notable disminución del placer y el interés en todas o casi todas las actividades cotidianas (15).

Existe una total pérdida de la autoestima, con sentimientos de culpabilidad excesivos e inadecuados, indecisión que puede manifestarse hasta en las cosas de muy poca importancia (4); hay dificultad para la expresión y la organización de sus pensamientos, sensación de lejanía sentimental hacia sus familiares o amigos cercanos, falta de energía e inquietud extrema con cambios del apetito sexual, facilidades para el llanto o deseos intensos de llorar, sensación de un "nudo" en la garganta, pesimismo intenso e ideas repetitivas de muerte, incluso se piensa en el suicidio como una alternativa de solución a sus problemas (4).

La depresión es un trastorno psiquiátrico que afecta al ser humano en cualquier etapa cronológica de su vida, sabemos de antemano que hay casos reportados a nivel mundial de síntomas depresivos en la infancia (5), en la adolescencia (5), en el adulto (17) y por supuesto en el anciano (13), y si tomamos en consideración lo difícil que es realizar el diagnóstico de la depresión en el adulto (3), es mucho más difícil detectarlo en el niño, por la dificultad que tiene para describir su sintomatología, por lo que el médico debe tener la suficiente habilidad para interpretar las manifestaciones del paciente pediátrico que cursa con un cuadro depresivo (22).

Entre los síntomas que con más frecuencia se presentan en un paciente pediátrico y que caracterizan a un estado depresivo se

pueden señalar los siguientes : inquietud, irritabilidad, fatiga, actos de rebeldía, llanto fácil, somnolencia, lentitud en el aprendizaje, pensamiento lento, resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, y en algunas ocasiones quejas de dolor abdominal, cefaleas, dolor de garganta e hiporexia, etc. (22).

El niño, en su constante crecimiento y desarrollo requiere del afecto y atención de la madre ya que la ausencia, pérdida o incluso la pérdida imaginaria de las personas de quien depende o de quien recibe bienestar, puede repercutir de una manera tan intensa que produzca síntomas de tipo depresivo (22).

Hasta hace poco, los psiquiatras infantiles se resistían a creer que la depresión infantil tuviera características similares a las del adulto, pero no fue sino hasta 1971, en el Congreso de Psiquiatras Europeos, donde se establecieron los puntos para detectar y cuantificar los trastornos depresivos en el niño y el adolescente (3).

En el adolescente (32), los síntomas depresivos van a estar manifiestos mediante expresiones de tristeza, soledad, indefensión, pesimismo, cambios en el estado de ánimo, con facilidad para el llanto, difícil de complacer, negativista, fealdad, ideas de persecución, deseos de marcharse de casa, tentativas de suicidio y

deseos de muerte. En esta etapa de la vida se van a presentar estados de agresividad teniendo como consecuencia malas relaciones interpersonales, discusión por cosas sin valor, alteraciones en el sueño, manifestados por insomnio, sueño inquieto o dificultad para despertar por la mañana.

Existen cambios importantes en el rendimiento escolar, quejas de los maestros, poca concentración, baja capacidad de retención, poco interés en el cumplimiento de las tareas escolares, pérdida del interés por las actividades de tipo no académicas, aislamiento del resto del grupo y poco o nulo interés por participar en reuniones con sus compañeros (35).

En el adulto los síntomas depresivos se manifiestan sobre todo en relación con el área afectiva y las mujeres presentan mayor sensibilidad a presentar estos cuadros (3); existe cierta evidencia de cambios neuroendocrinológicos (17), como sucede en el embarazo, parto, postparto, la menstruación, etc., que inducen a cambios biológicos y psicosociales que bien podrían conducir a una enfermedad depresiva.

En el síndrome depresivo la afectividad es uno de los factores más importantes para el desarrollo de dicha sintomatología, es así, como todas las actividades que comunmente se desarrollaban quedan a un lado y la tristeza se adueña del paciente, presentando una indiferencia afectiva, una dificultad para la toma de decisiones, pesimismo acentuado, aparición de fobias, crisis de ansiedad o de angustia, irritabilidad con respuestas agresivas a sus semejantes. existe una pérdida de la autoestima y una autodevaluación (17).

Las funciones intelectuales disminuyen, existe una mala captación de la información exterior, que en ocasiones es necesario repetirle la misma pregunta varias veces. Presentan mala captación de los hechos de la vida diaria, dificultad para llevar a cabo una comunicación adecuada con sus semejantes, ideas de culpa o fracaso, incapacidad de resolución de problemas, dependencia total o parcial de un familiar o un amigo, pensamientos obsesivos, como son ideas o recuerdos repetitivos y desagradables (17).

En relación a su comportamiento, presentan una disminución de las actividades cotidianas, descuido en su arreglo personal, mal rendimiento en las actividades laborales, desprecio por la vida, intentos suicidas, tendencia a la ingesta de alcohol o de drogas como un medio de escape de su realidad (17), (4) .

Como se mencionó en un principio, los pacientes con trastornos depresivos, van a presentar alteraciones de tipo somático, que se van a reflejar en los trastornos del sueño, como es el insomnio, o en algunos casos hipersomnia. Trastornos del apetito, que puede ser anorexia, o en su defecto hambre compulsiva. Debilitamiento o ausencia del interés por el sexo. Cefaleas y dolor en región cervical. Trastornos de tipo digestivo, como puede ser dispepsia, meteorismo, náuseas, constipación o diarrea. Alteraciones de tipo cardiovascular, como pueden ser taquicardia, disnea y en ocasiones mareos, prurito, alopecia, etc. (17).

En el anciano existen factores que predisponen la aparición de síntomas depresivos (2), como son las enfermedades crónicas, terminales, degenerativas, pérdida de las facultades físicas e intelectuales propias de la senectud. Factores psicopatológicos como son la demencia y el alcoholismo.(3),(17).

Existen factores para el anciano de tipo psicológicos, como son el sentimiento de soledad, de inutilidad, incluso de ser una carga para sus familiares, falta de proyectos y expectativas en la vida, y una fuerte tendencia a refugiarse en los recuerdos del pasado, como una alternativa de solución a sus limitaciones físicas, intelectuales y socio-económicas (2),(3), (17).

En el paciente senil, los factores socio-familiares, pérdida de la pareja y de otros seres queridos, y el desplazamiento hacia el asilo, tienen una repercusión importante en la aparición de síntomas de tipo depresivo (2).

Los factores socio-económicos, como son la jubilación, la disminución del poder adquisitivo por falta de ingresos, incomunicación, pérdida progresiva del poder, de la influencia, del prestigio social, y dificultad para integrarse a su ambiente familiar (13).

En el anciano, la característica fundamental de la depresión es la ansiedad y sabemos que la incidencia de suicidio aumenta con la edad y con el hecho de ser viudo o de vivir sólo, el no tener familiares, el no tener casa propia, hace que se refugie en el alcoholismo y las enfermedades propias del anciano (13).

El síndrome depresivo, es una entidad nosológica en la que para su correcta definición, clasificación, detección y tratamiento, es necesario tomar en consideración diversos criterios y básicamente la sintomatología que el propio paciente nos va a referir, y por supuesto, los signos que el médico va a observar durante la entrevista, es así como, se consideran tres importantes grupos de trastornos que caracterizan a la depresión, (17) y estos son :

1. Afectivos
2. Psíquicos
3. Somáticos

Aquí es importante, hacer mención de la división que hace el Dr. Guillermo Calderón Narváez en su libro "Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento" (3), donde el autor señala 4 grupos :

1. Afectivos
2. Intelectuales
3. Conductuales
4. Somáticos.

En lo concerniente a éste trabajo se tomaron en consideración únicamente los 3 grupos mencionados con anterioridad, destacando los siguientes síntomas :

I. SINTOMAS SOMATICOS

A). Alteraciones del sueño : Lo más frecuente es el insomnio , que puede ser inicial, medio o tardío, en algunas ocasiones el paciente paradójicamente refiere hipersomnia y pasa en cama muchas horas del día, lo que constituye realmente una forma de escapar de su realidad, repercutiendo esto en la asistencia a sus labores cotidianas (3).

B). Alteraciones gastrointestinales : El paciente con trastornos depresivos va a presentar náuseas, dispepsias, constipación, meteorismo, colitis, y cambios en el apetito, que puede ser anorexia, hiporexia y en ocasiones reaccionar en forma paradójica, con un deseo compulsivo de comer, con el correspondiente aumento de peso, que genera más angustia (17).

C). Alteraciones en la esfera sexual : Lo más común y frecuente es la disminución o pérdida total del interés en las relaciones sexuales y en pocas ocasiones intensificación del impulso sexual (17).

D). Alteraciones cardiorrespiratorias : El paciente va a presentar taquicardia, palpitaciones, dolor precordial o dolor retroesternal, que lo induce a acudir con su médico, aduciendo una posible patología cardíaca y en ocasiones refiere hiperpnea (34).

E). Alteraciones dermatológicas : Presencia de eccemas, caída parcial del pelo y dermatitis atópica (9).

F). Alteraciones ginecológicas : Alteraciones en la menstruación y presencia de dismenorrea (9).

M). Alteraciones de la sensibilidad : Parestesias, disestesias y presencia de cefalea, dorsalgias, lumbalgias y artalgias (9).

I). Alteraciones neurovegetativas : Lipotimias, vértigos, diaforesis, debilidad y tics. (3).

II. SINTOMAS PSIQUICOS

- A). Inhibición, es mucho más frecuente que la agitación (3).**
- B). Indecisión.**
- C). Trastornos del juicio.**
- D). Alteraciones de la memoria reciente.**
- E). Pensamientos e intentos de suicidio.**
- F). Pensamientos y deseos de muerte.**
- G). Delirios y alucinaciones, estos se presentan en casos graves.**

III. SINTOMAS AFECTIVOS

- A). Tristeza inmotivada.
- B). Abatimiento.
- C). Sentimientos de culpabilidad.
- D). Angustia.
- E). Irritabilidad.
- F). Llanto o deseos intensos de llorar sin causa alguna.
- G). Minusvalía.
- H). Temor, fobias y vergüenza.
- I). Pérdida del interés por las cosas habituales.
- J). Deseos de alejarse de sus seres queridos.

Es lógico suponer que todos estos síntomas no van a estar en una sola persona, pero todos ellos son básicos y de gran importancia para elaborar un diagnóstico oportuno del síndrome depresivo en los pacientes que acuden a la consulta médica y es aquí donde la participación adecuada del médico tratante, su habilidad para detectar sintomatología de tipo depresivo y la elaboración de una historia clínica excelente, dará como resultado una detección oportuna, un tratamiento eficaz y una solución pronta a un dolor silencioso que aniquila (3), (17).

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

En la actualidad hablar de epidemiología de los trastornos depresivos o de las enfermedades mentales en general, es sumamente difícil. Los estudios que a la fecha se reportan sobre estas patologías son en gran parte sólo descripciones de su incidencia en diferentes poblaciones, comparaciones de los enfermos deprimidos, por medio de distintas características, con la población total se han elaborado hipótesis basadas en éstos datos, pero no han sido confirmadas. En ocasiones se tiene la impresión de que existe una total anarquía en esta área y llama la atención la disparidad de conclusiones a que llegan diferentes autores (3), (17).

Es importante hacer notar que en los estudios epidemiológicos actuales, señalan que las enfermedades mentales (4) :

1. Aumentan su frecuencia a medida que se avanza en edad; y que las cifras más altas se encuentran entre los 40 y 55 años ; a partir de estas edades hay declinación en cuanto a padecimientos reactivos y endógenos, pero aumentan los de carácter degenerativo (13).

2. Se presentan más entre las clases socio-económicamente desamparadas que en las altas. (4).

3. Se calcula que la frecuencia anual de las enfermedades mentales de tipo depresivo es de 3 a 5 % de la población general.(4).(17).

Tomando en consideración lo antes mencionado, se expondrán los factores que predisponen a la aparición de los trastornos depresivos entre la población general y se realizará una separación de los elementos que integran a la triada ecológica AGENTE-HUESPED-AMBIENTE, que en este caso es más artificial que en otros padecimientos. Se debe tener en cuenta que en muchos aspectos, estos tres componentes de la Historia Natural de la enfermedad, se superponen y entrelazan de tal modo que no debe parecer extraño que puedan hacerse algunas consideraciones similares en cada uno de ellos. Por ejemplo: los factores genéticos pueden tomarse como parte del agente, o bien como característica constitutiva del huésped, o como un constituyente del medio ambiente, y hasta como posible agente predisponente de la enfermedad que nos ocupa (1).(4).(10). Hecha esta aclaración se procederá a considerarlo por separado :

AGENTE : Se han propuesto agentes de tipo químico, de origen endógeno como :

1. Productos de procesos metabólicos que se encuentran en exceso o déficit (alteración en el metabolismo de los esteroides, niveles estrogénicos elevados, etc. (10).

2. Déficit de neurotransmisores monoaminados
(noradrenalina, dopamina) (23).

Agentes de tipo biológico, como predisposición genética.
Agentes de tipo psicosocial, como tensiones emocionales,
inadaptación social.
Agentes de tipo psicobiológico, como labilidad al stress.

HUESPED : La constitución genética del individuo ha parecido muy importante. Hay bases para suponer que existe una disposición genética para la depresión (4).

Edad: Se señala generalmente entre los 35 y los 45 años en la mujer (3). Con respecto al hombre, parece haber una mayor elasticidad, desde los 20 hasta los 60 años (3). Por supuesto se excluyen de aquí la depresión involutiva, propia de la ancianidad (2), (31), y la depresión anaclítica, o síndrome de separación, que presentan los lactantes mayores cuando son apartados de la figura materna (13).

Sexo : La depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, en una proporción de por lo menos de 2 a 1. (3), (49), (17). Esta diferencia de presentación ha sido atribuida a diversos factores, por ejemplo:

hormonales, relacionando la depresión con los estrógenos (3). Sin embargo, si tomamos en cuenta lo anteriormente señalado, veremos que la edad en que el trastorno depresivo se presenta más fuertemente en la mujer es de los 35 a los 45 años (4). no coincide precisamente con la edad en que los niveles estrogénicos son más altos. También se han propuesto factores genéticos, y se ha llegado a afirmar que la depresión se transmite genéticamente ligada al cromosoma X, por lo que la mujer tendría el doble de probabilidades de padecerla que el hombre. Esta hipótesis carece aún de la fundamentación suficiente (10).

En lo concerniente a la incidencia en el sexo femenino, algunos autores sostienen que en determinados periodos fisiológicos, especialmente durante el puerperio (20) y la menopausia (4), la frecuencia de la sintomatología depresiva aumenta, de leve a moderada, pero hay grandes discrepancias al respecto y no se disponen de datos precisos.

Estado civil : No existen acuerdos generales sobre este status, en parte por que la separación se hace únicamente como casado o soltero. Existe una hipótesis bien fundamentada que considera como factor de riesgo muy importante la separación, y otra que sostiene que las depresiones se presentan con mucha menor frecuencia entre personas que mantienen relaciones emocionales,

ejemplo : un " matrimonio feliz", gracias al soporte afectivo que tal relación representa para el individuo. Dentro del grupo de los casados se incluyen a los feliz o infelizmente divorciados o viudos y en un momento dado no se pueden separar con exactitud y darle un valor a esta situación, ya que pueden permanecer dentro de una acción preparatoria de una " relación emocional estable" (17).

Grupo étnico : Existen diferencias en la prevalencia de los trastornos depresivos entre los grupos étnicos, y esto puede deberse a factores genéticos o a factores más complejos dentro de los cuales se encontraría la diversidad de creencias, costumbres, integración social, capacidad económica, desarrollo cultural, etc.(2)

Religión : Algunos autores señalan a la religión católica tradicional como contribuyente a la depresión, ya que su "moral gira alrededor del pecado y la culpa" (3), constituyendo así un factor predisponente a sentimientos de culpabilidad, de indignidad, de minusvalía y de vergüenza, así como, de angustia y temor por la amenaza de castigo eterno. Lo mismo ocurriría en otros contextos religiosos, sociales, familiares, etc., que exigen normas de conducta muy estrictas, y condenan severamente cualquier desviación de las mismas.

Es innegable que el catolicismo constituye un factor protector contra el suicidio, que es la complicación más grave de la enfermedad depresiva. En estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y Europa Occidental, se ha encontrado que la tasa de suicidios es más baja en poblaciones católicas que en protestantes y Judías (30).

Ocupación : No hay datos concluyentes al respecto, parece ser que entre más involucrada se encuentre la persona en su trabajo, menos susceptible será a la depresión. Pero existe también un tipo de depresión por "agotamiento", caracterizado básicamente por : irritabilidad, hipersensibilidad y sentimientos angustiosos de fracaso. Al parecer este trastorno se relaciona más con el exceso de trabajo de tipo intelectual (4).

Status socio-económico : Algunos estudios señalan, más que las diferentes frecuencias, las diversas manifestaciones de los estados depresivos según la clase socioeconómica a que pertenecen los pacientes. Así J. Becker,(3), afirma que la incidencia de desorden afectivo per se, no parece estar relacionado con la clase social. Sin embargo, la depresión se manifiesta de modo marcadamente diferente en función de la clase social : los deprimidos de la clase media expresan soledad, culpabilidad y lloran con facilidad, y los deprimidos de las clases más bajas evidencian futilidad y

autoaborrecimiento . De acuerdo con este investigador el descenso económico predispone a la depresión (17).

ambiente : Este tercer elemento de la triada ecológica suele dividirse en natural y creado por el hombre o sociocultural. En el caso de la enfermedad depresiva, es el ambiente sociocultural el que más interesa, aunque entre ellos existe una interacción innegable (2), (10).

En todos los trastornos de la afectividad el entorno del huésped juega un papel muy importante en el desarrollo del padecimiento, ya que no se puede considerar al individuo aislado de su medio ambiente, aunque por otra parte, el ambiente no es decisivo en la producción de la enfermedad depresiva, ya que existen diversos grados de resistencia individual y de adaptación al medio social (4). Uno de los componentes ambientales más frecuentemente relacionados con el padecimiento de los trastornos depresivos es la pérdida real o imaginaria de algo que el paciente valora en alto grado (un ser querido, un cargo público, su propio prestigio, etc. (3),(17).

PREVALENCIA

Como ya se mencionó, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje actual de enfermos deprimidos es de 3 a 5 % de la población general. Por lo tanto, si la población mundial es de unos 4 000 millones de habitantes, existen ahora de 120 a 200 millones de deprimidos. (4), (17).

En otras investigaciones se habla de cifras aún mayores, por ejemplo, el Comité para la prevención y Tratamiento de las Depresiones, estima que entre el 10 al 20 % de los pacientes que acuden al médico general son deprimidos, sin contar que hay un elevado porcentaje de deprimidos, que no acuden al médico y por ende no se diagnostican (17).

Existe un consenso general de que la prevalencia y la incidencia de los estados depresivos va en aumento en los países desarrollados. Las razones de ello son fáciles de entender; las condiciones actuales de vida suponen mayor tensión y stress, la dependencia de factores externos inmodificables por el individuo, el desempleo, la amenaza de un desastre nuclear, la desintegración familiar, etc. Por otra parte, en la actualidad las depresiones se diagnostican más fácilmente, se les va reconociendo mejor y los pacientes acuden con más frecuencia a solicitar ayuda especializada; va en cierta forma disminuyendo el estigma de por lo menos algunas enfermedades mentales, y la población se va haciendo más conciente de

la existencia de estas alteraciones y de la necesidad de tratamiento (3),(17).

Se cree que en los últimos 20 años, las formas más graves de la depresión se presentan con mucha mayor frecuencia, aunque algunos de los síntomas tradicionalmente descritos como acompañantes de la depresión han disminuido (sentimientos de culpabilidad, de indignidad, bloqueos de la motilidad y de actividades relacionadas con los instintos : apetito, sexualidad, etc.), mientras que ha aumentado la sintomatología de tipo somático (17),(19).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Desde el punto de vista de la Salud Pública, la Historia Natural de la Enfermedad, es una manera de esquematizar el proceso Salud-Enfermedad, desde la fase en que el paciente se encuentra gozando de salud hasta la de recuperación o muerte, pasando por la fase de enfermedad temprana, ligeramente avanzada, muy avanzada o complicada. El nivel de salud está representado por la eficacia del funcionamiento biológico, psicológico y social del individuo en su relación con el medio ambiente, que quedaría más explícita en la

definición propuesta por la OMS como : el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, y al desequilibrio del ser humano en las tres esferas bio-psico-social, se le define como enfermedad (10).

Los factores que intervienen en el mantenimiento del perfecto equilibrio (salud), o en la pérdida de ese equilibrio (enfermedad), están contenidos en la herencia biológica, cultural, social y en el ambiente natural social del propio individuo (3).

En el caso de la enfermedad depresiva se presupone la existencia de una personalidad premórbida, determinada por factores de tipo genético, fisiopatológico y sociocultural, influenciados por factores externos desencadenantes de la propia enfermedad, que pueden ser de tipo biológico, psicológico y social.(3)

El inicio de la enfermedad de tipo depresivo es variable, en algunos casos es de evolución lenta, sin que el paciente se percate de la presencia de sintomatología de tipo afectivo (3). Las manifestaciones somáticas son diversas, pero las más frecuentes están en relación a las alteraciones del sueño, del apetito, de la libido, que el propio paciente ignora y no sabe a que atribuir las (19). En otros casos la enfermedad inicia con la presentación de un

acontecimiento psicológicamente traumático (pérdida de un ser querido, enfermedad incapacitante, fracaso financiero, despido del trabajo, etc.), que en un momento dado puede ubicarse en tiempo. Generalmente el síntoma más frecuente que se presenta es la tristeza, habitualmente en coexistencia con otros síntomas de tipo afectivo y de tipo somático. (3), (19).

La depresión es una enfermedad autolimitada en la mayoría de los casos, aunque el correcto manejo y tratamiento es factor primordial en su evolución. Algunos autores apoyan la hipótesis de que la enfermedad depresiva es de tipo recurrente aún cuando no se han detectado factores concretos relacionados con la recurrencia del padecimiento (17).

El mal manejo del paciente con trastornos depresivos puede en un momento dado condicionar la cronicidad de la enfermedad y evolucionar a otra patología mental, sin embargo, en ocasiones las manifestaciones de tipo depresivo son el inicio de otro trastorno mental (3).

DEPRESION Y SUICIDIO : Las complicaciones de los trastornos depresivos, varían desde un grado tan leve, como un simple déficit temporal de la atención, hasta uno tan grave como lo es el

suicidio. La depresión y el suicidio constituyen un binomio tristemente emparentado, sobre todo en los depresivos endógenos, el suicidio está a la cabeza de las causas de mortalidad , (4),(17).

El déficit de la atención y la concentración repercuten en forma negativa en el rendimiento laboral del paciente. Lo que a su vez suele exacerbar algunos síntomas depresivos (disminución de la autoestima, culpa, vergüenza, irritabilidad, pérdida de los valores, etc.), generando una retroalimentación entre sus síntomas y su entorno (en éste caso laboral), que puede interpretar como que todo le sale mal, no sirve para nada, su jefe lo menosprecia, etc., lo que a su vez agravará su sintomatología depresiva, pudiendo finalmente desencadenarse una complicación de extrema severidad como es el suicidio o el intento de suicidio (17).

Algunos autores afirman que el suicidio constituye el 80 % de las causas de muerte en estos pacientes durante los primeros 7 años de enfermedad. Es la segunda causa de muerte en general, en hombres y mujeres entre los 15 a 25 años, lo que resulta importante si se tiene en cuenta la baja mortalidad en estas edades. Es difícil evaluar la incidencia real del suicidio, pero puede cifrarse en un 3 a 4 % (4), (27).

No existe una forma universal de detectar al paciente suicida. Sin embargo, el clínico no debe dejar pasar por alto esta posibilidad en todo paciente deprimido. Cerca del 80 % de los pacientes que realizan un intento de suicidio serio, lo llevan a cabo, y podrían haber sido diagnosticados previamente de depresivos, como se ha demostrado en estudios prospectivos (17).

Factores de riesgo del suicidio (17) :

1. El riesgo aumenta con la edad, los pacientes mayores de 50 años son los que acumulan más factores de riesgo (27).

2. Los varones superan 3 o 4 veces a las mujeres en cuanto a riesgo de suicidio. (3).

3. El riesgo es superior en las personas que viven solas, separadas, divorciadas o en aislamiento social.(4).

4. Contrario a una creencia popular relativamente extendida, el riesgo es mayor en personas que previamente han efectuado intentos de suicidio. La idea de que el suicidio no consumado, indica que estos sujetos sólo quieren llamar la atención, puede conducir a graves errores. (4), (17).

5. El consumo de alcohol aumenta así mismo el riesgo de autólisis.(3).

6. El riesgo es mayor cuanto más elaborado es el plan del paciente. En efecto, cuantas más vueltas se dé a esta idea, cuanto más se acaricie la posibilidad y se piensa en ello, existe más probabilidad de que los pacientes depresivos lleguen a realizar el intento de suicidio. El deseo de desaparecer de este mundo, dejar de estorbar, de expiar supuestas culpas, puede llegar a ser muy intenso (4).

7. El riesgo de suicidio es también mayor en personas que padecen alguna enfermedad física, concomitante o no con la depresión (17), (34).

8. La muerte reciente de un ser querido, incrementa el riesgo de suicidio. En algunos enfermos, la idea de reencontrarse con el familiar perdido, puede llevar a la convicción de la necesidad de dejar este mundo. (17)

PROFILAXIS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

En la Historia Natural de la enfermedad, hay dos periodos secuenciales : Prepatogénico o Premórbido y Patogénico o Mórbido. Estos periodos tienen mucha importancia desde el punto de vista de adopción de medidas en favor de la salud mental. En el periodo Prepatogénico, hay una interacción de equilibrio de la triada ecológica ; cuando ocurre la ruptura de dicho equilibrio, estableciéndose alteraciones (que al principio son sólo bioquímicas, lesiones orgánicas a nivel celular o tisular, pero sin que puedan reconocerse clínicamente), puede decirse que se inicia el periodo Patogénico. (1), (2), (10).

En el periodo patogénico, se puede representar el horizonte clínico, como una frontera, por debajo de ella no hay síntomas depresivos, lo que puede corresponder a un estado latente de la enfermedad, por el otro lado de la frontera está la enfermedad clínicamente definida por signos y síntomas, (1), (10).

Las actividades que se realizan en favor de la salud mental para la disminución de los trastornos depresivos, según el periodo prepatogénico y el periodo patogénico son fundamentalmente tres (10).

1. Prevención Primaria : Comprende dos aspectos importantes que son :
- a). Promoción de la salud y
 - b). Protección específica.

La Prevención Primaria, es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que las enfermedades mentales se presenten en las comunidades, por ejemplo : El consejo genético, se integró para evitar el Síndrome de Down y la correcta atención del parto, para prevenir daños cerebrales en los niños (10).

En el caso específico de los trastornos depresivos, el hecho de no poseer un conocimiento completo de los diversos factores relacionados con la aparición de los síntomas limita considerablemente la aplicación de las medidas preventivas primarias, aunque podría hacerse lo siguiente. (10) :

a). Difundir información sobre salud mental a través de los diversos medios de comunicación existentes. Crear centros de higiene mental en la comunidad (Promoción de la salud mental).

b). Valorar los factores de riesgo conocidos que pueden estar actuando sobre individuos susceptibles, con el fin de iniciar un tratamiento profiláctico, ya sea psicoterápico o con medicamentos.

2. **Prevención Secundaria** : Son las acciones tendientes a lograr que las enfermedades mentales , una vez presentadas tengan la menor duración y que el individuo que las padece se reintegre lo más pronto posible a su medio social. En esta fase de la prevención se va a incidir directamente sobre el período patogénico y de acuerdo con el esquema de Leavell y Clark, las medidas preventivas de tipo secundario consistirían en :

a). Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. con el fin de detener el proceso y prevenir complicaciones.

b). Limitación del daño, si el diagnóstico fue tardío y ocurrieron algunas complicaciones. Aquí es importante prevenir una de las complicaciones más graves de los trastornos depresivos : el suicidio.

En relación a esta parte de la prevención secundaria se pueden señalar algunas medidas preventivas muy prácticas, relacionadas con la terapéutica farmacológica en los depresivos para la prevención del suicidio (17) :

1. No prescribir más de la cantidad adecuada de antidepresivos durante un corto espacio de tiempo, para evitar que el paciente acumule fármacos y utilice dosis letales.

2. No prescribir hipnóticos barbitúricos, si es posible.
3. Procurar que no exista una gran cantidad de fármacos en la vivienda del enfermo, y orientar bien al familiar sobre la conveniencia de desprenderse de los medicamentos que no sean imprescindibles.

En general, debe escucharse al paciente sin prisas y hacer que se sienta comprendido. En un clima semejante, es posible que afloren a la conversación sus pensamientos suicidas, a veces en forma de "malas ideas" o "cosas malas" que el enfermo dice tener o se ve obligado a pensar (3).

El riesgo de suicidio puede verse aumentado paradójicamente cuando la depresión empieza a remitir. En efecto, el depresivo suicida que está muy inhibido, tiene pocas posibilidades psicomotoras para llevar a cabo la acción. En los primeros días de tratamiento, pudiera darse el caso de que la desinhibición precediera a la mejoría en otras áreas, como la propia afectividad. Esto quiere decir, que el paciente puede seguir teniendo ideas de culpa, ruina o muerte, no modificadas todavía, y disponer ya de estos primeros días de remisión de actividad psicomotriz adecuada para realizar el intento. Lo mismo ocurre en las formas fuertemente ansiosas en las que el paciente está preso de angustia. Debe vigilarse por lo tanto al paciente a lo largo de todo el tratamiento, ya desde el comienzo, y

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

prevenir a la familia en este sentido, a costa de que en algunos casos parezca una exageración del médico (3), (17).

Los pacientes de edad avanzada pueden realizar intentos de suicidio en forma un tanto "automática" y no esperada (40). El intento de suicidio en los niños (31), es más frecuente de lo que generalmente se piensa. Sólo a partir de los 10 años de edad aproximadamente, puede considerarse que el niño entiende bien el significado de la muerte como un hecho permanente. El niño puede pensar que después de suicidarse y morir, verá a sus padres tristes o preocupados, o que podrá volver para pedir perdón, o cualquier otra eventualidad que el pensamiento del adulto no prevee (31).

En resumen : el médico debe actuar en este terreno con cuatro importantes variables (17) :

1. Valoración del riesgo de suicidio en su paciente.
2. Movilización de los mecanismos de apoyo y vigilancia familiares.
3. Consulta o supervisión del especialista en Psiquiatría.
4. Valoración de la posibilidad de ingreso hospitalario del paciente cuando se acumulen factores de riesgo.

3. Prevención Terciaria : Abarca todas aquellas actividades que tienden a que el individuo sufra lo menos posible los efectos destructivos o degenerativos de las enfermedades de larga duración o no reversibles. Es en este capítulo donde la rehabilitación del paciente va a ser fundamental para lograr un reentrenamiento y reeducación y aplicar una terapia ocupacional adecuada a cada patología psiquiátrica, siendo por lo tanto, el propósito fundamental de la prevención terciaria en los trastornos depresivos limitar el daño ya existente. La creación de centros de rehabilitación mental, que es ya una realidad en otros países, sería de gran ayuda en la aplicación de este nivel de prevención en nuestro país (10).

INTERPRETACION DEL ESQUEMA DE NIVELES DE PREVENCIÓN DE LEAVELL Y
CLARK EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

PERIODO PRE-PATOGENICO

I. Prevención Primaria :

1. Promoción de la salud mental en los diversos estratos de la población.
2. Protección específica : quimioprofilácticos, sales de litio.

PERIODO PATOGENICO

II. Prevención secundaria

3. Diagnóstico precóz y tratamiento oportuno. Tener en cuenta la elevada frecuencia de esta enfermedad, reconocerla y tratarla adecuadamente. De ser necesario remitir al paciente para valoración psiquiátrica.

4. Limitación del daño si el diagnóstico fue tardío. Muy probablemente sea indispensable la atención psiquiátrica.

III. Prevención Terciaria :

5. Rehabilitación mental y social, que podría proporcionarse en instituciones o en la propia comunidad, por personal especializado.

MANEJO TERAPEUTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Desde épocas muy remotas, a través del desarrollo de la historia de la medicina, el hombre creyó que los sentimientos depresivos eran la maldición de una fuerza maligna, buscando la manera de vencerlos, además de las drogas con poderes curativos que extraía de las plantas, inventó otros agentes curativos. Hizo trepanaciones de cráneo para dejar escapar los "vapores venenosos", se flageló para ahuyentar los "malos espíritus", tomó baños curativos y se aplicó sanguijuelas para liberarse de la "sangre mala" (esto aún se practica en algunas partes del mundo). Sus objetivos eran dos : aliviar la tensión y los sentimientos de ira, temor, culpa y la depresión, y suprimir el sufrimiento mental para volver a la normalidad (3).

Uno de los primeros intentos profundos que se hicieron para el tratamiento químico de la función nerviosa fue el del Doctor Jakob Klaesi (1922), quien empleó barbitúricos y otros productos químicos para provocar el sueño prolongado de hasta una semana. La idea básica era la de hacer descansar el sistema nervioso. Este método resultó útil con aquellos pacientes que cursaban con una enfermedad emocional que se caracterizaba por una agitación grave . (3),(17).

A fines de 1930, en Italia los doctores Ugo Cerletti y Lucio Bini , llegaron a la conclusión de que los efectos benéficos con el tratamiento químico convulsivo en la depresión se debían a la descarga natural de impulsos en el cerebro más que a la convulsión muscular inducida. Después de varios años de experimentación con animales, demostraron que aplicando una corriente eléctrica sobre las sienes del ser humano, se podría provocar dicha descarga neural, sin producir dolor, instantáneamente y en forma segura, obteniendo igual o mayor efectividad que la del método de inyección química del Dr. Meduna.(3).

Alrededor de 1933, el doctor Ladislao Meduna (3), inició el uso de drogas estimulantes (metrazol) inyectada por vía endovenosa para producir una convulsión, que a su vez mejoraba la función mental

Al mismo tiempo en que esto ocurría, el doctor Manfred Sakel (3), descubrió (1931-1933), que la inyección de insulina producía un coma fisiológico que también mejoraba el funcionamiento del cerebro, especialmente las esquizofrenias. Estos tres procedimientos - sueño prolongado, tratamientos químicos y coma insulínico - más tarde fueron modificados y perfeccionados.

Los doctores Cerletti y Bini, (4) publicaron sus observaciones sobre tan importante tema en 1938, empleando el término común italiano "il elettroshock", con el significado de "el estímulo eléctrico". En una publicación posterior, en 1950, el doctor Cerletti se lamenta haber empleado esa palabra y asumió la responsabilidad de su uso inadecuado para denominar al tratamiento (4). (Al mismo tiempo negó toda originalidad a la aplicación de electricidad sobre el cuerpo humano con fines curativos, destacando que los estímulos eléctricos del pez torpedo habían sido empleados como agentes terapéuticos en el año 43 antes de Cristo, para aliviar el dolor de cabeza) (4). Para ese entonces el daño ya estaba hecho; la expresión "tratamiento de shock" había invadido el léxico médico y había tomado cuerpo en las mentes impresionables de muchas personas, especialmente de los emocionalmente inseguros.

En la época actual el tratamiento de los trastornos depresivos puede consistir en farmacoterapia, psicoterapia, terapia anticonvulsiva, hipnoterapia, terapia de suspensión del sueño, o en una combinación de estas medidas terapéuticas (4), (17).

Es importante reconocer que el tratamiento que maneja el Médico General es casi exclusivamente farmacológico, aunque en algunos casos puede estar capacitado para incluir algún grado de psicoterapia en la atención de sus pacientes deprimidos (3). Los otros métodos requieren equipos especializados, de los que sólo algunas instituciones cuentan con ellos, y sólo pueden ser utilizados por personal altamente calificado (17).

Tratamiento farmacológico : La historia de la farmacoterapia de los estados depresivos es tan antigua como la historia de la humanidad. Según la detallada reseña del tratamiento de la melancolía debida a Starobinski (4). En el sexto canto de la Iliada, Homero describe un cuadro depresivo en la persona de Belerofonte y en la Odisea, menciona un medicamento para liberar al melancólico de su "negra" aflicción. Siglos más tarde, los árabes descubrieron el efecto estimulante del Khat, de la cannabis indica y del café (4), llamándolas a todas estas sustancias euforizantes. En el siglo XV las depresiones se trataron con purgantes y en el siglo XVIII con hidrotterapia, belladona, flebotomía y otros medios (3). En 1935, Meduna utilizó el metrazol por vía endovenosa, originando convulsiones y en 1938 Myerson recomendó el tratamiento anfetaminico (3).

La historia moderna de la psicofarmacología se inicia con el informe de Delay y Deniker en 1952 (3), en el que mencionan haber encontrado efectos antipsicóticos importantes en enfermos esquizofrénicos con una nueva droga, la clorpromazina, que originalmente se había sintetizado como un antibistaminico, y que Laborit y sus colaboradores utilizaban para potenciar los anestésicos y producir una "hibernación artificial".

En 1957, Kuhn (3), un investigador suizo, valorando la actividad antipsicótica de la imipramina, observó que no era de gran utilidad en la esquizofrenia, y que en cambio reportaba resultados importantes en los enfermos deprimidos. En el mismo año, Kline (3) reportó que la iproniazida, utilizada en el tratamiento de la tuberculosis por su parecido estructural con la isoniazida, producía euforia y mejoría en los enfermos tuberculosos. De este modo nacieron dos grupos de poderosos medicamentos antidepresivos: el de los tricíclicos, encabezados por la imipramina, y el de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), por la imiproniazida. A partir de esta fecha la industria farmacéutica inició la sintetización de un gran número de medicamentos con acciones antidepresivas y de características similares (3).

CLASIFICACION DE LOS FARMACOS

En 1957, Jean Delay (3), propuso el término psicotrópico para sustancias químicas de origen natural o artificial que poseen un tropismo psicológico, es decir, que son susceptibles de modificar la actividad mental sin prejuzgar el tipo de modificación. El mismo autor propuso una clasificación de los psicofármacos basada en la noción del tono mental de Janet. Los divide en :

1. Psicolépticos, con acción sedativa;
2. Psicoanalépticos, que elevan el tono mental, entre los que distingue los estimulantes de la vigilia o analépticos y los estimulantes del humor o timoanalépticos; y
3. Psicodislépticos, perturbadores del tono psíquico .

Medicamentos psicolépticos : (Clasificación de J. Delay).

| Grupo | Acción | Fármacos | Uso Terapéutico |
|---------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Hipnóticos | Producen sueño | Barbitúricos Metacualona | Hipnóticos de uso controlado. |
| Neurolépticos | Antipsicóticos | Fenotiacinas Butirofenonas | Psicosis funcionales |

Tranquilizantes Disminuyen la
ansiedad

Benzodiazepina Ansiolíticos
Meprobamato Hipnógenos

Los psicolépticos comprenden a los hipnóticos, a los tranquilizantes y a los neurolépticos o antipsicóticos (3). Los hipnóticos están preferentemente representados por los barbitúricos que en dosis terapéuticas producen sueño. Durante un buen tiempo se utilizaron como tranquilizantes; sin embargo, se suspendió su utilización por prolongar sus efectos de somnolencia hasta el día siguientes y su capacidad de producir farmacodependencia.

Los tranquilizantes o ansiolíticos disminuyen la tensión emocional y la ansiedad, provocan sueño y tienen una acción miorrelajante; los más conocidos son las benzodiazepinas y el meprobamato.

Los neurolépticos son los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los cuadros psicóticos; los dos grupos más conocidos son las fenotiacinas y las butíferonas (3).

Los psicoanalépticos elevan el tono mental (3), se les divide en estimulantes de la vigilia o analépticos y en estimulantes del humor, timoanalépticos o antidepresivos (3), (14). Los estimulantes de la vigilia aumentan el estado de alerta y disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo e incrementan la

iniciativa y la confianza.

El grupo más importante de los psicoanalépticos es el de las anfetaminas, descubiertas en 1933.(3).

Los psicoanalépticos tienen como reacciones colaterales que producen hipertensión arterial, anorexia y sobre todo, farmacodependencia, llegando a desencadenar síndromes paranoides durante la intoxicación y déficit intelectual durante la abstinencia. Motivos por los cuales han sido proscritos y limitado su uso en el tratamiento de cuadros depresivos y sólo es de utilidad en el manejo farmacológico del niño hiperquinético y la narcolepsia. (4),(14).

Los psicodislépticos o alucinantes, dentro de los cuales se encuentran el hashish, la mezcalina, la dietilamina del ácido lisérgico y la psilocibina, son drogas que pueden producir trastornos psíquicos tales con confusión, alucinaciones, estados de despersonalización, produciendo además, dependencia psíquica, por lo tanto su uso en la terapéutica depresiva ha sido restringido (3).

Medicamentos antidepressivos o timoanalépticos (3) : El término timoanaléptico se aplica en forma amplia a todo fármaco que tenga acción antidepressiva, son capaces de mejorar el estado de ánimo y disminuir el humor deprimido. A diferencia de los

psicoanalépticos, de acción estimulante y fugaz, el resultado terapéutico de los timoanalépticos suele demorarse días o semanas, pero su efecto es sostenido; además son útiles en el tratamiento de la depresión psicótica, neurótica y simple. .

Los medicamentos antidepresivos corrigen los estados depresivos anormales, pero no causan ningún efecto en el paciente normal. Es decir, los medicamentos antidepresivos no actúan como estimulantes o euforizantes, a diferencia de las anfetaminas, que actúan en ese sentido, pero que no tienen acción curativa en los cuadros depresivos y originan dependencia, lo que nunca sucede con los primeros. (3). Debido a lo antes mencionado el médico general o familiar debe tener en cuenta los siguientes puntos :

1. Que los antidepresivos no son estimulantes del sistema nervioso central.
2. Que no tienen efecto ansiolítico.
3. Su uso constituye un tratamiento de fondo y curativo de la depresión, pero al no ser estimulantes el efecto no podrá ser observado por el paciente antes de tres o cuatro semanas.
4. No originan dependencia de ningún tipo.

CLASIFICACION DE LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS

Este tipo de medicamentos se encuentran divididos en tres grandes grupos :

- A. Tricíclicos,
- B. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- C. Tetracíclicos.

A. Antidepresivos tricíclicos

Mecanismos de acción : Estos medicamentos su acción en el ser humano aún es hipotético, es en los animales donde más se conoce su efecto. La imipramina bloquea preferentemente la recaptación de presináptica de las catecolaminas, y la clorimipramina inhibe sobre todo la recaptación de la serotonina (3).

Modo de empleo : Su uso es por vía oral, aunque por vía parenteral su efecto es más rápido.

Metabolismo y eliminación : La vía digestiva es satisfactoria para su absorción y todos los tricíclicos sufren una transformación metabólica casi completa y su eliminación por la orina es en un porcentaje mínimo. La relación entre concentración plasmática y dosis administrada es diferente de un enfermo a otro, e incluso en el mismo paciente en diferente momento (3).

La imipramina se metaboliza primordialmente en el hígado y se elimina por desmetilización y en grado menor por hidroxilación y se excreta alrededor del 80 % en la orina y el 20 % por las heces en formas de metabolitos inactivos (14).

Efectos colaterales : Los antidepresivos tricíclicos generalmente producen efectos colaterales de tipo vegetativo, y suelen ser más intensos al inicio del tratamiento y disminuyen con el tiempo. Habitualmente producen sequedad de la mucosa oral y como el medicamento se elimina por la saliva el paciente se puede quejar de mal sabor en la boca o de mal aliento. Este grupo de medicamentos pueden en ocasiones producir constipación, por lo que es necesario valorar su utilización en forma continua. En algunos pacientes puede presentarse hipotensión arterial ortostática, que es referida como sensación de mareo o desvanecimiento. En el hombre más que en la mujer puede presentarse dificultad para la micción debida a un incremento en el tono del esfínter vesical, este sintoma puede acentuarse en los pacientes con hipertrofia prostática (3),(4).

Los pacientes de edad avanzada son particularmente susceptibles a efectos anticolinérgicos, neurológicos, psíquicos y cardiovasculares (23).

Contraindicaciones : Por sus efectos anticolinérgicos, los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en pacientes con glaucoma crónico de ángulo irido-corneal; en personas con adenoma prostático, insuficiencia cardíaca, los infartos del miocardio recientes, la hepatopatía, la nefropatía y por supuesto su utilización durante el embarazo es un tema de alta importancia que se debe valorar perfectamente bien (3).

Los antidepresivos tricíclicos no debe administrarse en combinación con los inhibidores de la monoaminooxidasa, ni dentro de los 14 días previos o siguientes al tratamiento (3), (4).

Ejemplo de antidepresivos tricíclicos y dosis :

Imipramina : En casos leves 25 mgs. tres veces al día.
En casos severos 50 mgs tres veces al día.

Desmethylimipramina o desimipramina : En casos leves 75 mgs. al día y en casos severos de 150 a 250 mgs al día.

Amitriptilina : En casos de insomnio la dosis recomendable es de 75 mgs, de preferencia por la noche. Para depresiones agitadas se indica de 75 a 150 mgs. diarios.

Nortriptilina : Casos leves 75 mgs. al día y en casos severos 150 mgs.

Clorimipramina : De 75 a 150 mgs. al día.

Trimipramina : Dosis de 75 a 300 mgs al día, es útil en caso de pacientes que presenten obsesiones.

Butriptilina : De 75 a 150 mgs. al día.

B. Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Mecanismos de acción : Aumentan la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación (3).

Metabolismo y eliminación: Su eliminación es mucho más lenta que los tricíclicos, por lo que pueden eliminarse hasta en diez días.

Modo de empleo : Su administración es exclusivamente por vía oral.

Efectos colaterales : Pueden provocar hipotensión ortostática, la cual se manifiesta por vértigos, mareos e insomnio. El paciente que esté en tratamiento con estos medicamentos debe abstenerse de comer quesos añejos, vísceras, arenque salado, y otros alimentos que contengan tiramina, ya que ésta libera adrenalina y noradrenalina en forma brusca y puede elevar la presión arterial. La medicación a base de vasoconstrictores locales (nasales) pueden producir el mismo efecto (3).

Las reacciones tóxicas por sobredosis pueden producirse en pocas horas. Los efectos más conocidos por la sobredosis son agitación, alucinaciones, hiperreflexia, hiperpirexia y convulsiones. Se han observado hipotensión e hipertensión. Los pacientes con estas alteraciones deben estar bajo vigilancia médica en un hospital hasta por una semana después del envenenamiento (14).

Los efectos tóxicos potenciales de los inhibidores de la MAO son más variados y más serios que los de cualquier grupo de antidepresivos y se deben usar bajo estricta vigilancia del médico especialista en psiquiatría (3).

Contraindicaciones : Hepatopatías, feocromocitoma, y administración de simpaticomiméticos.

Ejemplo de antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) y dosis :

Fenelcina : de 30 a 45 mgs. al día.
Isocarboxacida : de 20 a 40 mgs. al día.

C. Antidepresivos Tetracíclicos :

Los antidepresivos de éste tipo son utilizados, particularmente cuando con los tricíclicos existan contraindicaciones o que se presenten reacciones indeseables y se sabe que los efectos de los tetracíclicos son menores. El carbonato de litio puede ser útil en algunos trastornos depresivos, pero su manejo es sumamente difícil, por lo que debe estar bajo vigilancia del especialista en psiquiatría (3).

Ejemplo de antidepresivos tetracíclicos y dosis :

Maprotilina : 75 mgs. al día.
Nomifensin : 75 a 150 mgs. al día.
Mianserina : 30 a 60 mgs. al día.
Trazodona : 150 a 300 mgs. al día por vía oral.
150 a 300 mgs. I.V. diluido en 250 a 500 ml. de solución glucosada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema de salud pública de alta incidencia y prevalencia a nivel mundial. En México, la práctica clínica evidencia que su frecuencia es elevada, pero se carecen de cifras confiables en cuanto a su epidemiología.(4).

En el caso de Atlixco, Puebla, y de manera particular en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, la consulta de medicina general alcanza un promedio diario de 118 pacientes y tomando en consideración que algunos autores estiman que del 70 al 80 % de la consulta médica no especializada corresponde problemas de orden psiquiátrico y que con demasiada frecuencia refieren sintomatología compatible con procesos psicósomáticos que en ocasiones suelen pasar desapercibidos para el médico general (17). y aunado a esto se puede afirmar que el personal de salud carece de la suficiente capacitación para detectar la depresión con sus múltiples manifestaciones somáticas, psíquicas y afectivas o sus equivalentes depresivos, complicando la comunicación en la relación médico-paciente, motivo por el cual se consideró importante detectar la presencia de sintomatología de tipo depresivo en los pacientes que asisten a la consulta de medicina general en Atlixco.

JUSTIFICACION

En estudios realizados a nivel mundial se ha demostrado que la depresión es un padecimiento muy frecuente y que se presenta a cualquier edad. Se calcula que un 3.5 a 4 % de la población general presenta éste cuadro bien diferenciado, lo que significa que de 120 a 150 millones de personas a nivel mundial sufren de éste mal (17).

Así la depresión constituye un serio problema de salud pública (17), tanto por su incidencia y prevalencia como por el hecho de que la depresión no tratada conlleva a una mortalidad elevada (17), además que con ella se exacerbaban los padecimientos agregados como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad (34), alrededor del 15 % de estos pacientes intentan suicidarse, influyendo de una manera directa sobre el núcleo familiar (32).

La depresión es más frecuente que la diabetes mellitus y otras entidades comunes (3), lo que aunado al desconocimiento general por parte de la población y los mismos trabajadores para la salud, ha conducido a que se le tome como algo chusco, como una enfermedad de poca importancia clínica y prácticamente sin ninguna trascendencia psicológica y social.

Estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos de Norteamérica (3), arrojan que sólo el 1.5 % de los portadores de depresión llegan al médico general y únicamente el 0.2 % al especialista en psiquiatría (17).

Probablemente una de las razones por la que no se detecta éste padecimiento en forma oportuna, es que, ni el propio paciente, los familiares y en ocasiones ni el mismo personal de salud, consideran a la depresión como una enfermedad de consecuencias graves, lamentable error, ya que se trata de una enfermedad real con bases etiológicas cada vez más conocidas, y que producen alteraciones psicosomáticas que en una gran proporción mejoran con tratamiento médico (19).

El síndrome depresivo constituye un dolor cruel e inútil, que sin ayuda y tratamiento adecuado suele durar mucho tiempo, hacerse indefinido y colapsar al huésped en un intento o suicidio consumado (4) ; los hechos empíricos demuestran que es urgente desarrollar estrategias para detectar en forma oportuna los trastornos depresivos que afectan a la población y sobre esta base planear acciones conducentes a proporcionar un tratamiento eficaz y a medidas preventivas adecuadas para lograr una salud mental excelente.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL

DETECTAR ENTRE LA POBLACION DERECHOHABIENTE QUE ASISTE A LA CONSULTA MEDICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ATLIXCO, LA PRESENCIA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE CARACTERIZAN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL MES DE ENERO AL MES DE NOVIEMBRE DE 1995.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Detectar la presencia de sintomatología depresiva entre la población derechohabiente que acude a la consulta externa de medicina general en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco.

2. Conocer con que frecuencia se presenta sintomatología de tipo depresivo en el paciente que acude a la consulta médica, en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE Atlixco.

3. Determinar en que porcentaje el paciente femenino se ve afectado por sintomatología de tipo depresivo en relación al paciente masculino.

4. Conocer como incide la depresión en los diferentes grupos de edad de la población que asiste a la consulta médica en la Unidad de medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco .

METODOLOGIA

Tipo de estudio : Este trabajo se realizó mediante un estudio de tipo Exploratorio (29) y Prospectivo (24), con una entrevista y la aplicación de un Cuestionario, a la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de Atlixco, Pue.

Población, Lugar y tiempo : Este estudio se llevó a cabo entre la población que acudió a consulta médica y fue atendida en el Consultorio No 1 del Turno Vespertino de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco.Pue., en el periodo comprendido entre el mes de Enero a Noviembre de 1995.

El total de la población derechohabiente adscrita a dicha Unidad es de 7891 y se encuentra distribuida de la siguiente manera :

| Clave | Tipo de beneficiario | No.derechohabientes |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 01 | Trabajador | 1119 |
| 02. | Trabajadora | 1650 |
| 03. | Esposa | 574 |
| 04. | Viudo (a) | 4 |
| 05. | Padre del Trabajador | 342 |
| 06. | Madre del trabajador | 603 |
| 07. | Hijo | 1712 |
| 08. | Hija | 1690 |
| 09. | Pensionado/Jubilado | 197 |
| | Total de derechohabientes | 7891 |

TIPO DE MUESTRA : El total de la Población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco es de 7891 Derechohabientes, por lo que se tomó una Muestra Aleatoria (24) de la población que fue atendida en el Consultorio No. 1 en el Turno Vespertino, en el periodo comprendido entre el mes de enero a noviembre de 1995, que fue de 1320 pacientes y se aplicó el Cuestionario Clínico "Diagnóstico del Síndrome Depresivo" del Dr. Guillermo Calderón Narváez, a 408 pacientes que acudieron a la consulta de medicina general, correspondiendo 286 pacientes al sexo femenino y 122 al sexo masculino.

CRITERIOS DE INCLUSION

- a). Ser derechohabiente del ISSSTE.
- b). Estar comprendido entre los 10 años y los 80 años.
- c). Su participación será totalmente voluntaria.
- d). Los datos proporcionados serán estrictamente confidenciales.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a). No ser derechohabiente del ISSSTE.
- b). Ser menor de 10 años.
- c). Padecer alguna patología depresiva.
- e). Estar bajo tratamiento psiquiátrico.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- a). Diagnóstico de un Trastorno Psiquiátrico por Médico Especialista en Psiquiatría .

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

- a). Edad : Variable cuantitativa.
- b). Sexo : Variable cualitativa.
- c). Derechohabiente : Variable cualitativa.
- d). Escolaridad: Variable de tipo cualitativo.
- e). Religión : Variable cualitativa.
- f). Estado civil : Variable cualitativa.
- g). Ocupación : Variable cualitativa.

METODO PARA CAPTURAR LA INFORMACION

1). Se utilizó el Cuestionario Clínico " Diagnóstico del Síndrome Depresivo" del Dr. Guillermo Calderón Narváez.

2). La aplicación del Cuestionario fue realizada por el Médico responsable del estudio, y en caso de que existiera alguna duda se dio la explicación correspondiente.

3). Se aplicó el cuestionario a 408 pacientes, seleccionandolos de entre los 1320 que acudieron a la consulta de Medicina General en el Consultorio No. 1 en el Turno Vespertino , de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco, en el periodo comprendido entre Enero a Noviembre de 1995, siendo de 286 para el sexo femenino y 122 para el sexo masculino.

4). Se analizaron los datos obtenidos del cuestionario y se diseñaron las respectivas gráficas con los porcentajes obtenidos y que están acorde con las variables propuestas.

5). Los datos proporcionados por los pacientes entrevistados son totalmente confidenciales y sólo se utilizaron en forma global los resultados obtenidos.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se analizó el cuestionario que se debería aplicar y se tomó en consideración las posibles implicaciones que pudieran afectar a la moral y a las buenas costumbres de nuestra población y que no sufrieran una posible alteración física, mental o social.

Para la elaboración, desarrollo y aplicación de este trabajo, se tomó en consideración el Resumen del Comunicado de la Secretaria de Salubridad y Asistencia (25), publicado en el diario Oficial de la Nación el día 26 de enero de 1982, y la Declaración de Helsinki (25), adaptado a la 18a. Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, 1984, y revisado por la 29a. Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, 1975, donde se señalan las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica que involucre seres humanos.

RESULTADOS

I. Tablas y Gráficas.

II. Descripción de los resultados

De la totalidad de los pacientes entrevistados, a todos sin excepción se les solicitó de la manera más atenta su participación en este trabajo de investigación, aplicando un total de 408 cuestionarios de los 1320 pacientes que acudieron a la consulta médica en el Consultorio No. 1 en el Turno Vespertino de la Unidad de Medicina familiar del ISSSTE en Atlixco, Puebla, en el periodo comprendido entre el mes de Enero a Noviembre de 1995. (Tabla No. 1).

En lo concerniente a la edad, se señaló como edad mínima 10 años, sin embargo, la mayoría de la población quedó comprendida de los 18 años en adelante.

Hubo pacientes que solicitaron se les aplicara el cuestionario y poder participar en el estudio, se hizo, pero se les explicó que serían discriminados por no ser derechohabientes.

La religión, aún cuando no se consideró como un factor relevante, sí se cuestionó, ya que se sabe que influye en forma importante en la tendencia al suicidio (4).

Tabla No. 1. La población total entrevistada fue de 408 pacientes de los cuales 286 pertenecen al sexo femenino y 122 al masculino. Aquí es notorio, que el mayor porcentaje de pacientes que acude a la consulta médica es el femenino. (ver gráfica No. 1).

Tabla No. 1. Población en estudio.

| Sexo | personas | % |
|-----------|----------|--------|
| Masculino | 122 | 29.8 % |
| Femenino | 286 | 70.1 % |
| T o t a l | 408 | 100 % |

I.S.S.S.T.E.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ATLIXCO
DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO
EN LA ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL

POBLACION EN ESTUDIO

| <u>SEXO</u> | <u>PERSONAS</u> | <u>%</u> |
|--------------|-----------------|---------------|
| MASCULINO | 122 | 29.9% |
| FEMENINO | 288 | 70.1% |
| TOTAL | 408 | 100.0% |



GRAFICA No. 1

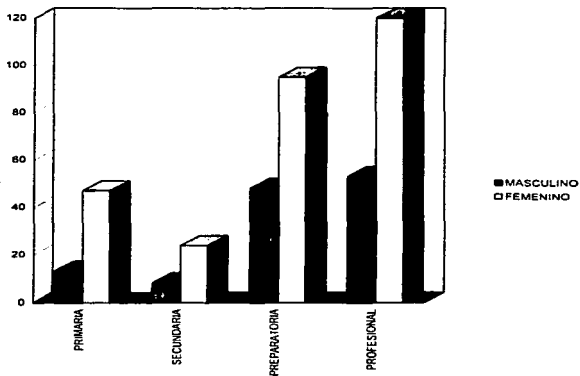
Tabla No. 2. En ambos grupos predominó el nivel académico profesional en donde se observó para el sexo masculino 53 pacientes que equivale al 12.9 % y 120 femeninos que equivale a un 29.4 % de la población total. (ver gráfica No. 2).

Tabla No. 2. Escolaridad de la Población.

| Escolaridad | Masc. | % | Fem. | % |
|--------------|-------|-------|------|-------|
| Primaria | 13 | 10.7 | 47 | 16.4 |
| Secundaria | 8 | 6.6 | 24 | 8.4 |
| Preparatoria | 48 | 39.3 | 95 | 33.2 |
| Profesional | 53 | 43.4 | 120 | 42.0 |
| T o t a l | 122 | 100 % | 286 | 100 % |

I.S.S.S.T.E.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ATlixco
DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO
EN LA ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL
ESCOLARIDAD DE LA POBLACION

| ESCOLARIDAD | MASCULINO | % | FEMENINO | % |
|--------------|------------|---------------|------------|---------------|
| PRIMARIA | 13 | 10.7% | 47 | 16.4% |
| SECUNDARIA | 8 | 6.6% | 24 | 8.4% |
| PREPARATORIA | 48 | 39.3% | 95 | 33.2% |
| PROFESIONAL | 53 | 43.4% | 120 | 42.0% |
| TOTAL | 122 | 100.0% | 286 | 100.0% |



GRAFICA No 2

Tabla No. 3. En relación al estado civil el número más elevado fue para los casados con 76 pacientes masculinos 18.6 % y 179 pacientes femeninos 43.9 % y solteros 153 pacientes que equivale a un 37.5 % de la población total. (ver gráfica No. 3).

Tabla No. 3. Estado Civil de la Población.

| Estado civil | Masc. | % | Fem. | % |
|--------------|-------|-------|------|-------|
| Casado | 76 | 62.3 | 179 | 62.6 |
| Soltero | 46 | 37.3 | 107 | 37.4 |
| T o t a l | 122 | 100 % | 286 | 100 % |

Tabla No. 4. Una vez obtenidos los datos de la aplicación del cuestionario clínico, se tomó en consideración los siguientes parámetros para calificar el estado de depresión de los pacientes entrevistados.

Tabla No. 4 Grado de Depresión.

| | |
|----------------------|--------------------|
| Normal | de 20 a 30 puntos. |
| Reacción de ansiedad | de 31 a 45 puntos. |
| Depresión media | de 46 a 65 Puntos. |
| Depresión severa | de 66 a 80 puntos. |

I.S.S.S.T.E.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ATLIXCO
DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO
EN LA ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL

ESTADO CIVIL DE LA POBLACION

| ESTADO CIVIL | PERSONAS | % |
|---------------------|-----------------|---------------|
| CASADO | 255 | 62.5% |
| SOLTERO | 153 | 37.5% |
| TOTAL | 408 | 100.0% |

SOLTERO
37.5%



■ CASADO
■ SOLTERO

CASADO
62.5%

Tabla No. 5. Los datos obtenidos de las encuestas aplicadas reportan que la Reacción de Ansiedad fue la que predominó, siendo más frecuente entre la población femenina, y del total de la población (408 pacientes), el 31.6 % correspondió a esta patología, para la Depresión Media fue del 15.6 % y en la Depresión Severa se detectó en un 1 % (esta cifra del 1 % se detectó entre la población femenina). (ver Gráfica No. 4).

Tabla No. 5 Clasificación del Grado de Depresión por sexo.

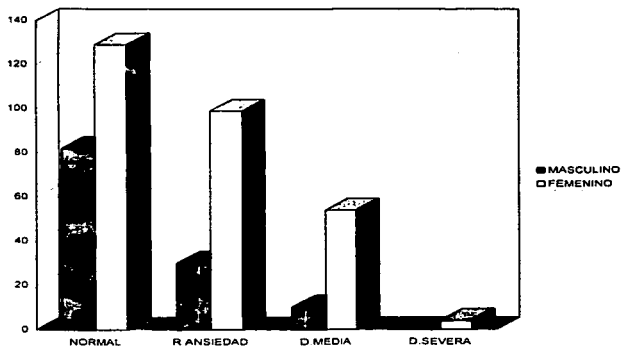
| Clasificación | Masc. | % | Fem. | % |
|------------------|-------|-------|------|-------|
| Normal | 82 | 67.2 | 129 | 45.1 |
| R. Ansiedad | 30 | 24.8 | 99 | 34.6 |
| Depresión media | 10 | 8.2 | 54 | 18.9 |
| Depresión severa | 0 | 0.0 | 4 | 1.4 |
| T o t a l | 122 | 100 % | 286 | 100 % |

Es importante mencionar que del total de la población masculina entrevistada, 122 pacientes (67.2 %) se clasificó de acuerdo a los resultados obtenidos y a los valores asignados en el cuestionario aplicado como población normal y de igual manera se detectó como Reacción de Ansiedad el 24.6 % y en 8.2 % como Depresión Media y para la Depresión Severa no se detectó un sólo caso. Se corrobora lo establecido por otros autores, de que la presencia de Reacciones de ansiedad es la más frecuente y en este estudio es la

I.S.S.S.T.E.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ATlixco
DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO
EN LA ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL

GRADO DE DEPRESION

| ESCALA DE CALIFICACION | GRADO | MASCULINO | % | FEMENINO | % |
|------------------------|------------|------------|---------------|------------|---------------|
| 20 - 30 | NORMAL | 82 | 67.2% | 129 | 45.1% |
| 31 - 45 | R.ANSIEDAD | 30 | 24.6% | 99 | 34.6% |
| 46 - 65 | D.MEDIA | 10 | 8.2% | 54 | 18.9% |
| 66 - 80 | D.SEVERA | 0 | 0.0% | 4 | 1.4% |
| TOTAL | | 122 | 100.0% | 286 | 100.0% |



GRAFICA No. 4

que más se manifiesta en nuestros pacientes en Atlixco. (ver Gráfica No. 4).

Para la población femenina entrevistada, 286 pacientes, se observaron condiciones de respuesta diferentes a la que presentó la población masculina; así tenemos, que el 45.1 % se le clasificó como Normal; el 34.8 % como Reacción de Ansiedad, el 18.9 % presentó sintomatología compatible con una Depresión Media y un 1.4 % como Depresión Severa. Es importante señalar que en forma general los trastornos depresivos son mucho más frecuente en el grupo femenino. (ver Gráfica No. 4).

Tabla No. 6. Tomando en consideración a la población masculina en relación a los grupos de edad, el más afectado por síntomas de tipo depresivo compatibles con una Reacción de Ansiedad fue el comprendido entre los 10 y 20 años de edad, detectandose 12 casos y en relación a la Depresión Media incidió en 4 casos en el mismo grupo de edad.

Tabla No. 6. Grado de Depresión por grupos de edad.

| Clasificación | Pacientes masculinos | | | | | | | |
|---------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| | Edad | 10-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 |
| Normal | | | | | | | | |
| R. Ansiedad | 12 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | | 0 = 30 |
| Dep. Media | 4 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | | 0 = 10 |
| Dep. Severa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 = 0 |
| T o t a l | | | | | | | | de Pacientes = 122 |

Tabla No.7. En la población femenina la Reacción de Ansiedad fue más manifiesta en el grupo de 10 a 20 años de edad con 31 casos, siguiendo en orden de frecuencia el grupo de 31 a 40 con 28 casos, siendo en los otros grupos de menor importancia; en los resultados obtenidos en relación a la Depresión Media, el grupo etario que destacó fue el comprendido entre los 31 a 40 años, con 17 casos y por último, en lo concerniente a la Depresión Severa se obtuvo un sólo caso en cada uno de los 4 primeros grupos de edad.

Tabla No. 7. Grado de Depresión por grupos de edad.

| Clasificación | Pacientes femeninos | | | | | | | |
|---------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| | Edad | 10-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 |
| Normal | | | | | | | | |
| R. Ansiedad | 31 | 13 | 28 | 18 | 7 | 2 | | 0 = 99 |
| D. Media | 11 | 4 | 17 | 10 | 8 | 2 | | 2 = 54 |
| D. Severa | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | | 0 = 4 |
| T o t a l | | | | | | | | de Pacientes = 286 |

Del total de la población femenina en estudio, 288 pacientes, el 34.8 % presentó datos compatibles con una Reacción de Ansiedad; en el 18.9 % se obtuvieron datos que identifican a una Depresión Media y el 1.4 % Depresión Severa. Es importante señalar que en comparación con la población masculina se observó que del total de los 122 pacientes, el 24.8 % presentó datos de Reacción de Ansiedad y el 8.2 % síntomas de Depresión Media y en la búsqueda de Depresión Severa no se reportó un sólo caso. (Tabla No. 5)

De acuerdo a la edad se detectó sintomatología compatible con Reacción de Ansiedad en un 10.5 % en el grupo de 10 a 20 años; el 8 % en el grupo de edad de 31 a 40 años; el 5.1 % para el grupo de 41 a 50 años ; el 2.7 % para los de 51 a 60 años; el 1 % para los de 61 a 70 , y cero casos en el grupo de 71 a 80 años. (Tabla No.6 y No.7).

La Depresión Media se presentó en mayor proporción en el grupo de 31 a 40 años; en segundo lugar con un 3.7 % la población entre los 10 a 20 años; en tercer lugar con un 3 % de los 41 a 50 años; un cuarto lugar con 1.7 % de los 21 a los 30 años; y por último los grupos de 61 a 70 y de 71 a 80 años, con el 0.5 % respectivamente. (Tabla No. 6 y No. 7).

En el caso de la Depresión Severa, solamente se detectaron 4 casos correspondiendo cada uno a los 4 primeros grupos de edad con un 0.3 % respectivamente. (Tabla No. 8 y No. 7).

D I S C U S I O N

Este trabajo de investigación se diseñó con toda la intención de poder en un momento dado detectar en forma oportuna y temprana a pacientes con sintomatología compatible con posibles Trastornos Depresivos, y aún cuando los datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario Clínico del Dr. Guillermo Calderón Narváez, son muy subjetivos, es fundamental considerar la importancia que reviste el o los efectos de esta sintomatología depresiva sobre los pensamientos y actitudes de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco, y su repercusión en el incremento de la demanda de consulta médica de primera vez y como consecuencia lógica, aumento en las consultas subsecuentes, ya que el paciente en múltiples ocasiones somatizará su padecimiento (Jeffrey N. De Webster; MD. 1996) y acudirá una y varias veces más a consulta sin lograr un tratamiento adecuado y satisfactorio a sus necesidades, proyectando todo esto en actitudes de frustración, amargura, desesperación, odio y rencor hacia quien él considera que tiene la responsabilidad de proporcionarle salud.

Cabe destacar que en comparación con la población masculina, la población femenina presentó más casos con síntomas de tipo depresivo muy relevantes, siendo la Reacción de Ansiedad la de más alta incidencia en los diferentes grupos de edad, resultados muy similares a los referidos por el Dr. Brian Connelly en 1993.

En este estudio en relación a la edad, la sintomatología de tipo depresivo que se presentó con más frecuencia fue la considerada como Reacción de Ansiedad, y es muy notorio su prevalencia en pacientes menores de 20 años. (Marion E. Ehrenberg.1990).

Es muy importante señalar que los diferentes grados de depresión detectados, (Reacción de Ansiedad y Depresión media), estuvieron presentes en los diferentes grupos de edad, y en el grupo femenino se detectó con más frecuencia de los 10 a los 20 años y de los 41 a 50 años. (González Felipe.1990):

La Depresión, como mencionan varios autores, (Kavan Michael, 1992; González Felipe, 1992; Herrero Velasco, 1993; Penny D'Ath, 1984; Pond C.Dimitry, 1994); es uno de los problemas de más alta incidencia en el paciente geriátrico, y específicamente lo es la Depresión severa; aún cuando en este estudio no fue posible su detección entre la población masculina, si estuvo presente en la población femenina, siendo únicamente cuatro casos en el grupo de pacientes de 66 a 80 años.

Como ya se mencionó, la subjetividad de los resultados en esta investigación es evidente, y el tamaño de la Muestra fue pequeña, pero aún así, la información obtenida nos ofrece un cúmulo

de datos que es necesario reconsiderar; y continuar con la realización de estudios psicométricos más profundos, que puedan ser aplicados de una manera sencilla y práctica por el personal médico de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco y detectar en forma oportuna y temprana sintomatología de tipo depresivo en la población derechohabiente.

CONCLUSIONES

Detectar la existencia de sintomatología de tipo depresivo en el paciente que asiste a la consulta médica, y poder integrar un diagnóstico de un Síndrome Depresivo, es un tanto cuanto difícil, ya que existen limitantes que impiden su detección oportuna, como es la carencia de personal médico y de enfermería especializado en el área de psiquiatría; o que el paciente no exprese sus sentimientos por temor a la crítica, o tal vez por miedo a sufrir las consecuencias de una total indiferencia.

En este trabajo se demostró la existencia de sintomatología de tipo depresivo entre la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Atlixco, por lo que es pertinente que se deban implementar nuevas estrategias o reforzar las ya existentes con la finalidad de capacitar de una manera más amplia

a todo el personal médico y para-médico de la Unidad y que esté en posibilidades de establecer medidas para lograr una detección oportuna del Síndrome Depresivo y abreviar un dolor terrible y cruel que aniquila y mata.

Aun cuando los resultados obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario Clínico del Dr. Guillermo Calderón Narváez, son muy subjetivos, fue posible realizar entrevistas con los pacientes atendidos y corroborar que si presentan sintomatología de tipo depresivo, que puede ser desde una Reacción de Ansiedad leve, a una Depresión Media, y pocos casos de Depresión Severa.

En este trabajo de los 408 pacientes entrevistados, de acuerdo a los resultados obtenidos, el 31.8 % reportaron datos que se clasificaron como Reacción de Ansiedad y el 18.8 % presentó datos compatibles con sintomatología de tipo depresivo, por lo que se consideran las siguientes propuestas para la atención del paciente con esta patología :

1. Implementar Cursos de Capacitación, Seminarios y Talleres, para la Detección Oportuna de los Trastornos Depresivos, dirigidos a todo el personal que labore en una Unidad de Atención Médica de Primer nivel.

2. Integrar grupos de Trabajo donde participen el médico, la enfermera, la trabajadora Social, y el personal administrativo, de las Unidades de Atención Médica de Primer nivel del Instituto, coordinados y supervisados por un Médico Familiar y estar en la posibilidad de proporcionar una atención médica integral al paciente con trastornos depresivos.

4. Integrar Grupos de Trabajo con la población derechohabiente para que conozcan la importancia de los trastornos depresivos y su repercusión en la familia.

5. Informar ampliamente a la población derechohabiente acerca de los trastornos afectivos, que conozcan sus efectos y repercusiones en su núcleo familiar.

6. Difundir en forma masiva a la población en general, por los diferentes medio de comunicación, la existencia de los diversos trastornos depresivos que afectan al ser humano y sus efectos en el núcleo familiar y la sociedad.

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

1. Alan Dover, G.E., P.H.M.T., Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OMS, 1991, USA. pags. 18, 77, 142, 185, y 357.
2. Arriola y Manchola E.; Depresión en el anciano, epidemiología y características a tener en cuenta. Rev. Geriátrica; vol. 8 (5), 198-204 pags. 19 - 22. España, 1992.
3. Calderón Narváz Guillermo Dr. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento; Edit. Trillas; (reimpresión). pags. 13, 16, 73, 76, 205, y 207. México, 1990
4. Cammer Leonardo; Salgamos de la depresión; Edit. Vergara, Buenos Aires, Argentina. 1985. pags. 15, 31, 45, 75, 97, 105, 149 y 170.
5. Connelly Brian Johnston; The prevalence of depression in a high school; Rev. Adolescence, vol. No. 109. pags. 149-158; San Diego, California, USA. Spring 1993.

6. De la Fuente Muñiz Ramón; Psicología Médica; Fondo de Cultura Económica; México, 1985. pags. 157-216.
7. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994, pags. 323-399.
8. Ehrenberg Marion; Cox N.David and Raymond F. Koopman. The prevalence of depression in a high school students. rev. Adolescence; vol. XXV No. 100; Winter 1990; Libra Publisher; pags. 905-912. San ,Diego, Cal.USA.
9. Ey Henri P.Bernard; Ch.Brisset.Tratado de psiquiatría; Sava edición; pags. 225-240, 913. Barcelona, España.1978.
10. Fajardo Ortiz Guillermo. Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa; Editorial P.M.M., 1983, pags. 6,15, 522- 529.
11. Froom Jack; Hermon Doron; The inventory of diagnose depression(IDD) in primary care patients; Family practice; vol. 10 No. 3 . Great Britain, 1993. pags. 312- 316.

12. Gary E. Ruoff, MD, Depression in the patient with chronic pain. *The Journal of Family Practice*. Vol. 43, No. 8 (Suppl). 1996. S-25 - 33.
13. González Felipe M.A. y Soler Szuker. Influencia del sexo y la edad en la depresión en el anciano. *Rev. Geriátrika*; vol. 6 (10), pags. 500 - 506. España, 1992.
14. Goodman y Gilman. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. Edit. Panamericana, 1989, México, pags. 401-425.
15. Guyton; *Tratado de Fisiología Médica*; Edit. Interamericana; Mc. Graw Hill; Sava edición; México. 1992. pags. 696-698.
16. Harrison; *Tratado de Medicina Interna*. Tomo I; Duodécima edición; pags. 93-104. México, 1986.
17. Herrero Velasco L; Sabanés F. *Migriña. Trastornos depresivos en la práctica diaria*; Hoechst Iberia; Barcelona, España; 1993. pags. 13, 19, 31, 34, 111 y 119.

18. Jacques Postel; Quetel Claude. Historia de la Psiquiatria. Fondo de Cultura Económica. pags. 11, 13, 21 y 23. México.1987.
19. Jeffrey N. de Wester ; MD, Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression. The Journal Family Practice. vol. 43. No. 6 (Suppl).1996. pags. 53-513.
20. Jeffrey L. Susman,MD. Postpartum and depressive disorders The Journal Family Practice. vol. 43, No. 6 (Suppl). 1996 pags. 17 - 24.
21. Kavan Michael; Pace Terry Dr.; Barone Eugene. Detección de la depresión, el uso de cuestionarios para pacientes. Rev.Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3 No. 2. Junio 1992. pags. 84-89.
22. Kolb. Psiquiatria Clinica Moderna. 5a. Edición; la Prensa Médica Mexicana; México 1981. pags. 137, 253, 455, 649 y 666.
23. Linares del Rio Dr.; Jiménez Pérez, Montiel Trujillo; F. Foreman D.; Pirillas Fernández; Castañón Urbano; A Fortes Figueroa y Granizo Zafrilla.Nueva Perspectiva en el

- Tratamiento del Síndrome Depresivo; Amitriptilina más Ácido fólico; Rev.Farmacología y Terapéutica. Vol. 8 (3) 119; pags. 53-56- España ,1992.
24. Mc Coy David M, MD. Treatment considerations for depression in patients with significant medical comorbidity. The Journal of Family Practice. Vol. 43, No. 6. (Suppl).1996. pags. 35- 44.
25. Méndez Ramirez Ignacio. El Protocolo de Investigación; Edit.Trillas, México 1994, pags. 5, 85, 111 y 189.
26. Mullan Eleanor; Philippa Katona; Penny D'Ath and Cornelius Katona. Screening, detection and management of depression in elderly care attenders. II. Detection and fitness for treatment: A case record study; Rev. Family practice ; vol.II No. 3. Oxford University Press.. Great Britain. 1994. pags. 267-270.
27. Muñoz Pavón M.J.; Griera Borrás J.L. ; y Martínez Manzanares. Los Trastornos del estado de ánimo en el anciano. Rev. Geriatrika, vol. 8 (2) 84-89. pags. 71-75. España.1992.

28. Penny D'Ath; Philippa Katona; Eleanor Mullan; Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. 1. The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of short versions. Family practice; Oxford University; Great Britain. 1994. pags. 260 - 266.
29. Rojas Soriano Raul. Investigación Social, Teoría y Praxis. Plaza y Valdéz Editores; México, 1989. pags. 53, 67, 73, 95, 119, y 144.
30. Pinto Aureen and Francis Creta; Cognitive correlates of depressive symptoms in hospitalized adolescents; Rev. Adolescence; vol. 28 No. 111. pags. 661 - 671; San Diego, Cal.USA.1993.
31. Pond C. Dimitry; Mant Andrea; Kehoe Linda; Hewitt Helen and Brodaty Henry. General Practitioner diagnosis of depression and demency in the elderly : Can academic detailing make a difference ?. Family practice. Oxford University Press. vol 11 No. 2. pags. 141-147. Great Britain. 1994.

32. Ruiz Velasco Victor M.; Cortés José Francisco; Poulat María Luisa. Características estructurales y funcionales de las familias con un adolescente deprimido. Rev. Psiquiatría. vol. 3 pags. 174-198. México, 1993.
33. Russel J. Kuzel, MD. Treating comorbid depression and anxiety. The Journal of Family Practice, vol. 43 No. 6. (Suppl). 1998. pags 46 - 53.
34. Scuteri A. Belluci C.M.; Cacciafesta M. Brioli; Margliano V. Late-life depression and cardiovascular mortality: The roll of malnutrition; rev. Geriatrika, vol. 8 (6), pags. 53- 57; España, 1992.
35. Smart Reginald G. and Walsh Gordon W. Predictors of the depression in street youth; rev. Adolescence. vol. 28 No. 109. pags. 41-52. Spring, 1993. San Diego, Cal. USA.
36. Solomon Philip; Manual de Psiquiatría; segunda edición; Editorial Manual Moderno; pags. 11, 36, 119 y 308. México, 1975.

37. Spirito Anthony; Katielen Hart; James Overholser and Jayna Halverson; Social skills in adolescence suicide attempters. Rev. Adolescence; vol. XXV No. 99. pags.543.Fall 1990, USA.
38. Szuker Soler S. y Gonzalez Felipe M.A.; Psicoterapia en el anciano depresivo; principales aproximaciones teóricas y clinicas. I. Generalidades: Teoria Psicoanalitica. Rev. Geriatrika ; vol. (3); pags. 57-63. España 1992.
39. Van Marwijk; Ingrid Arnold; Jannette Bonema and Kaptein. Self-report depression scales for elderly patients in primary care : a preliminary study ; rev. Family Practice. vol. 10 No. 1.; pags. 63-65. Oxford University Press. Great Britain, 1993.
40. Van Marwijk; Gertruida H. de Bock; Jantina de Jong; Adrián A. Kaptein; Jan D. Mulder; Management of depression in elderly general practice patients; Rev. Scand.J.Prim. Health Care . pags. 162. Great Britain , 1994.

A N E X O S

CUESTIONARIO CLINICO : DETECCION DEL SINDROME DEPRESIVO DEL
SINDROME DEPRESIVO DEL DR. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

CALIFICACION : Se obtuvo de multiplicar el número de
respuestas por el factor anotado en cada columna.

Primera columna : (NO) _____ X 1 = _____
Segunda columna : (POCO) _____ X 2 = _____
Tercera columna : (REGULAR) _____ X 3 = _____
Cuarta columna : (MUCHO) _____ X 4 = _____

EQUIVALENTE AL PUNTAJE OBTENIDO :

| | |
|---------|-----------------------|
| 20 - 30 | Normal |
| 31 - 45 | Reacción de ansiedad. |
| 46 - 65 | Depresión media. |
| 66 - 80 | Depresión severa. |



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE ATLIXCO

CUESTIONARIO CLINICO : DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO
DEL DR.GUILLERMO CALDERON NARVAEZ

Nombre : _____ Fecha : _____
No.de Exp. : _____ Sexo : _____ Tel. : _____
Escolaridad : _____ Religión : _____ Edo.Civil : _____
Ocupación : _____ Motivo de consulta : _____
Edad : _____

| | NO | SI | | |
|--|----|------|---------|-------|
| | | poco | regular | mucho |
| 1. ¿Se siente afligido o triste ? | | | | |
| 2. ¿Llora o tiene ganas de llorar ? | | | | |
| 3. ¿Duerme mal de noche ? | | | | |
| 4. ¿En la noche se siente peor ? | | | | |
| 5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse ? | | | | |
| 6. ¿Le ha disminuido el apetito ? | | | | |
| 7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo ? | | | | |
| 8. ¿Ha disminuido su interés sexual ? | | | | |
| 9. ¿Considera que el rendimiento de su trabajo es menor ? | | | | |
| 10. ¿Siente palpitaciones o presión en pecho? | | | | |
| 11. ¿Se siente nervioso, angustiado? | | | | |
| 12. ¿Se siente cansado o decaído ? | | | | |
| 13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas van a salir mal ? | | | | |
| 14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza? | | | | |
| 15. ¿Está más irritable que antes ? | | | | |
| 16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en Usted ? | | | | |
| 17. ¿Siente que le es menos útil a su fam.? | | | | |
| 18. ¿Siente miedo de alguna cosa ? | | | | |
| 19. ¿Ha sentido deseos de morirse ? | | | | |
| 20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban, ahora le fueran indiferentes ? | | | | |