

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Medicina**  
**División de Estudios de Posgrado e Investigación**  
**Departamento de Medicina General Familiar**

13  
29.

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

**UNIDAD ACADEMICA**

**Clinica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz", Querétaro.**

**"FRECUENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL MEDICO"**

**T R A B A J O**

*Que para obtener el Diploma de*  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

*P r e s e n t a :*

**Dr. JOSE ANTONIO AVILES CARDENAS.**



**ISSSTE**

*Querétaro, Qro.*

*Diciembre, 1998*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

265079



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

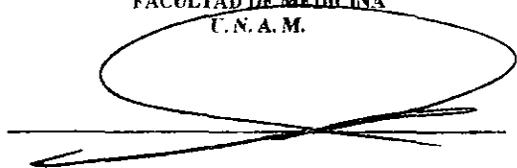
*"FRECUENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL MEDICO"*

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

*DR. JOSE ANTONIO AVILES CARDENAS.*

*AUTORIZACIONES*

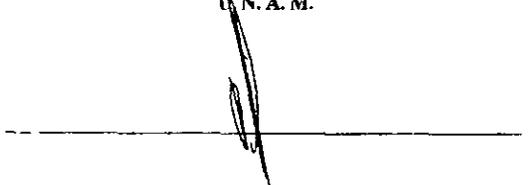
DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA,  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



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



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

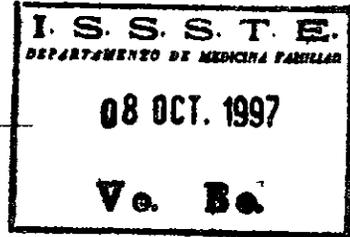


*"FRECUENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL MEDICO"*

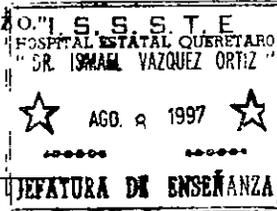
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. JOSE ANTONIO AVILES CARDENAS.**

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



DR. FERNANDO VIELMA HERNANDEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA  
CLINICA HOSPITAL "DR. ISMAEL VAZQUEZ"  
QUERETARO.



*"FRECUENCIA DE DEPRESION EN PERSONAL MEDICO"*

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DR. JOSE ANTONIO AVILES CARDENAS.**

DR. HECTOR ROCHA HERNANDEZ  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
ASESOR DE TESIS



---

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.  
ASESOR DE TESIS



---

DRA. GUILLERMINA GRANADOS AYALA  
MAESTRA EN SALUD PUBLICA  
ASESOR TECNICO DE TESIS



---

## INDICE

	<i>Pags.</i>
<i>MARCO DE REFERENCIA.</i>	<i>1</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>36</i>
<i>JUSTIFICACION</i>	<i>37</i>
<i>OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS</i>	<i>38</i>
<i>METODOLOGIA</i>	<i>39</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>42</i>
<i>DISCUSION</i>	<i>58</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>61</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>63</i>
<i>ANEXO 1</i>	<i>65</i>
<i>ANEXO 2</i>	<i>66</i>

## ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

### *HISTORIA*

La depresión en el ser humano ha existido desde tiempos inmemoriales, denominándose de diferentes maneras por los hombres de ciencia, en cada una de las épocas. El término como tal es relativamente reciente, con diferentes connotaciones; actualmente se incluye dentro de los llamados trastornos afectivos, en donde parece no haber adoptado su forma final, por lo que parece estar justificada una consideración histórica del término y su evolución, así como su clasificación.

En nuestros tiempos la manía y la melancolía se contemplan como dos condiciones psicopatológicas opuestas, anteriormente la confusión dominaba ambos términos

Hipócrates (460-377 A. C.) fue el primero en definir la manía y la melancolía (2). El concepto de melancolía (bilis negra) constituía una expresión humoral en la medicina antigua, que consideraba las enfermedades mentales como la expresión clínica de la patología orgánica o biológica. El término manía es también de origen griego y es mencionado como una enfermedad psiquiátrica en el Corpus Hipocrático; sin embargo, estaba sólo definido de forma vaga y se empleó en el sentido de estado psicomotor de excitación o de locura. Los episodios maniacos, como los estados de ánimo depresivos fueron atribuidos a la melancolía (1).

Sorano de Efeso (siglo I A. C.) pensó que las enfermedades eran más debidas a la patología orgánica que a "humores enfermos"; en donde la melancolía era una enfermedad del esófago, mientras que la manía era una enfermedad de la cabeza (1)

Areteo de Capadocia (siglo II o III D. C.) describió la melancolía como una enfermedad causada por el aumento de la bilis negra en el estómago o en el diafragma. Se caracterizaba por síntomas físicos, así como tristeza con tendencia al suicidio, sentimiento de indiferencia y retardo psicomotor (1). Argumentando que la melancolía y la manía corresponden a una sola enfermedad (2).

Galeno (129 ó 130-199 D.C.) describió tres estadios de la melancolía: 1) bilis negra en la sangre de la región gástrica, 2) ascenso de los vapores de la bilis negra hacia el cerebro y 3) distribución de la bilis negra por todo el cuerpo. El término hipocondría fue acuñado por primera vez por Galeno para describir la enfermedad física que se acompañaba siempre de síntomas psicológicos; encontrándose una relación estrecha en concepciones posteriores basadas en la patología humoral galénica

Durante la Edad Media se produjeron retrocesos afectando desfavorablemente a los pacientes mentales, contemplándose desde el punto de vista teológico, como si fuese un obseso o un maldito, persistiendo el uso de los términos de melancolía y manía. Durante el Renacimiento la división entre manía y melancolía se torno indistinguible, con un retorno a las concepciones nosológicas antiguas, la psiquiatría caminó retrasada con respecto a las otras disciplinas médicas.

Teofastro Bombasto von Hohenheim (1391-1431) conocido como Paracelso, enlazo la antigua patología humoral y la teología con la etiología y nosología de las enfermedades psiquiátricas

Desde la antigüedad las enfermedades psíquicas han sido contempladas como trastornos intelectuales, y los trastornos emocionales eran considerados como epifenómenos

Desde finales del siglo XVII, la psiquiatría ha intentado establecerse como una disciplina biológica, semejante a otras esferas médicas con la teoría de causa psicogénica, y se ha trasladado desde una discrepancia fenomenológica de las condiciones psicopatológicas hacia unidades nosológicas

El desarrollo de los actuales sistemas de clasificación de los criterios operativos de diagnóstico de las enfermedades afectivas tuvo su origen inmediato en la psiquiatría francesa, alemana e inglesa, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Un hecho llamativo fue el énfasis sobre factores somáticos en la patogénesis de las enfermedades psiquiátricas

La Neurología también ha ejercido influencia sobre la nosología psiquiátrica. Alberto von Haller (1708-1777) diferenció entre estabilidad neural aumentada y descendida, alentando el origen de las explicaciones neurofisiológicas y neuropatológicas de las enfermedades mentales

Guillermo Cullen (1710-1790) definió la melancolía como un trastorno afectivo con estado de ánimo eufórico y depresivo, fue uno de los más significativos representantes de esta psicopatología, con la influencia de la neurología en la clasificación psiquiátrica, orientó neurológicamente sus ideas. Asumiendo que la tristeza, miedo y depresión eran provocadas por una depresión de los vasos cerebrales, con una atonía resultante o excitabilidad disminuida de las fibras nerviosas.

Juan Domingo Esquirol (1772-1830), enfatizó que la melancolía era una cuestión del estado de ánimo y no una alteración del intelecto y destacó la naturaleza estacional de los trastornos del estado de ánimo

Vicente Chiarugi (1784-1820) contempló la melancolía como una enfermedad mental parcial y la manía como el estado completo.

En 1851 Pedro Falret formuló el término locura circular (*folie circulaire*). Describió la sucesión cíclica de estados de ánimo depresivos y excitantes, en la transición desde la fase melancólica a la maniaca, observó una enfermedad, más que una metamorfosis de una enfermedad a otra. Esta considerado como el diseñador inicial de la enfermedad maniaco depresiva como se entiende actualmente (1,2)

El oponente de Falret, Julio Gabriel Francois Baillarger (1809-1890) postuló que los intervalos asintomáticos entre un período melancólico y un período maniaco le impedían hablar a uno, de una sola entidad diagnóstica

Falret acreditó a Griesinger (1817-1869) como la persona que definió por primera vez la locura circular. Describió los trastornos afectivos que alternan fases de melancolía y manía.

Alberto Zeller (1803- 1877) se vio influenciado por los escritos de Tomás Sydenham (1624-1689), que contempló la enfermedad psíquica como un proceso único que progresaría en fases y sería diferente en cada estadio. Zeller distinguió cuatro estadios de demencia : 1) melancolía, 2) manía, 3) paranoia y 4) amencia.

Los sistemas de clasificación actuales se deben en gran parte a Emilio Kraepelin (1856- 1926). Desarrolló desde la primera a la sexta edición de su libro de psiquiatría, una clasificación diferencial hasta un sumario de todos los síndromes afectivos dentro de un diagnóstico, siendo el principio de su clasificación el pronóstico. Reemplazó el término melancolía por el de depresión y clasificó los trastornos mentales en *rutas neuropatológicas* subyacentes e imaginó que en el futuro la psiquiatría y la patología podrían ser dos componentes científicos equivalentes. La clasificación constituyó el primer paso dentro de su planteamiento para identificar marcadores biológicos de las *enfermedades mentales* y, de esta forma, determinar finalmente sus causas biológicas.

La escuela psiquiátrica surgida después de Carl Wernicke, Karl Kleist (1879-1960) y Karl Leonhard (1908-1988) continúa su oposición al sistema de Kraepelin, remarcando la diferencia básica entre psicosis bipolar y unipolar. Intentó validar esta diferencia en términos de síntomas, genética y pronóstico, encontrando por ejemplo, con menos frecuencia un factor hereditario entre las psicosis afectivas unipolares que en las bipolares. Leonhard retomó la separación entre manía y melancolía que Kahlbaum presentó bajo los términos de *distimia* e *hipertonía*, que ha sido abandonado desde Kraepelin, e intentó aplicar el principio de pronóstico de Kraepelin y la descripción diferenciada de Wernicke de los síndromes psicóticos.

La dicotomía de Kraepelin de las psicosis endógenas con especial énfasis sobre el pronóstico establece un compromiso entre el concepto diferenciado de la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard y el concepto unitario sostenido por Chiarugi, Zeller, y Griesinger. Eugenio Bleuer (1857- 1939) aceptó la dicotomía de Kraepelin pero rechazando el énfasis exclusivo sobre el pronóstico. Enfatizó la validez del sistema en función de la *sintomatología*.

El sumario de las formas unipolares y bipolares de las psicosis afectivas alcanzó significación fundamental a nivel mundial pero también experimentó una gran cantidad de contradicciones. La duda sobre la enfermedad maniaco depresiva como una entidad nosológica seguía tan plantada como antes. La acogida de la nosología de Kraepelin por la psiquiatría norteamericana fue determinante en casi todos los sistemas de clasificación internacionales actuales. Por otra parte, tanto en Francia como en Japón la interpretación de él nunca fue completamente aceptada.

El término melancolía solo raramente se encuentra en la literatura psiquiátrica moderna, desde que Kraepelin lo reemplazó por el término de depresión. La melancolía

describía una forma de psicosis solo en el sistema de Leonhard Sigmund Freud (1856-1939) consideró a la melancolía como un resultado del desarrollo situado durante la primera infancia capaz de reducir los sentimientos de autoestima

Kahlbaum presentó el término distimia como una forma más leve de manía circular, correspondiendo a una depresión endógena unipolar en el sentido moderno (1863) Kurt Schneider (1887-1967) sugirió que la ciclotimia podría ser sinónimo de enfermedad maniaco depresiva

La reintroducción del término distimia en el vocabulario psiquiátrico se debe a Flemming, sin embargo él pensó que la distimia era un trastorno afectivo que podría estar presente como síndrome depresivo, hipomaniaco o bipolar (1894).

En 1983 Schmidt- Degenhard escribió que el término depresión en sus orígenes históricos no era un fenómeno psicopatológico, sino psicológico.

Los sistemas de clasificación actuales como ICD 10 y DSM III intentan sintetizar los sistemas de clasificación de Kraepelin orientados en base al pronóstico y la clasificación de Bleuler orientada por los síntomas (1)

## DEFINICIÓN Y CUADRO CLÍNICO:

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, para la neurofisiología es cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, ejemplo una depresión cortical; para la farmacología se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano al que se dirigen, por ejemplo los barbitúricos y anestésicos, que son depresores del sistema nervioso central; para la psicología sería cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal, para el psiquiatra clínico la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves (3).

Constituye uno de los síntomas más frecuentes en psiquiatría observables tanto en enfermedades físicas como mentales por ejemplo: Una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de *síntoma* ( la vivencia anómala de sentirse deprimido) *un síndrome* (un estado accesible al diagnóstico clínico), y de *enfermedad* (una entidad nosológica definida por su etiopatogenia y curso propios) (2)

Este término es muy utilizado pero, ¿ como se define en términos psiquiátricos? es un trastorno persistente del estado de ánimo o humor, caracterizado por tristeza, temor, angustia, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, lentitud para pensar y disminución de la

autoestima (4) Según Zung la depresión, como un sentimiento o afecto es una condición universal, como una experiencia humana extendida en un continuum de humor normal a un estado patológico, puede ser utilizada para describir 1) un afecto como sentimiento subjetivo de corta duración, 2) un humor el cual es un estado sostenido por un período largo de tiempo, 3) una emoción la cual consta de los sentimientos como carácter con una indicación objetiva o 4) un trastorno el cual tiene síntomas agrupados, complejos, o configuraciones características (16)

El diagnóstico de depresión asienta en una tetrada: a) Tristeza patológica, b) desgana o anhedonia, c) ansiedad y d) insomnio; además de los cuatro síntomas anteriores cursan con frecuencia con otras alteraciones del pensamiento: como disminución de la capacidad para concentrarse, obsesiones, el pensamiento es lento, hay baja autoestima, e ideas suicidas; alteraciones somáticas, como sensación de fatiga o cansancio, trastornos digestivos, disminución de la libido, dolores erráticos, alteraciones del comportamiento, como retraimiento, angustia, desesperación, retardo en movimientos voluntarios; alteraciones de los ritmos biológicos, predominando el ritmo circadiano, encontrándose peor en horas de la madrugada, al anochecer puede estar de buen humor y más activo (2, 5, 7).

### **CLASIFICACIÓN:**

Han existido múltiples clasificaciones de la depresión, basándose en su etiología, evolución y sintomatología; muchas de las cuales resultaron no válidas o poco dignas de confianza, dentro de las más conocidas se encuentran las siguientes: endógena, melancólica o no reactiva: aparece espontáneamente sin un evento causal obvio, y exógena o reactiva causada por un evento vital traumático; en primaria: no se acompaña de otro trastorno psiquiátrico o médico, y secundaria: ocurre después del inicio de otra enfermedad; en psicótica: acompañada de delirios y alucinaciones, y neurótica: sin delirios ni alucinaciones. Estos criterios son muy subjetivos y dependen de la manera en que se obtengan, además de simplistas para algo tan complejo como es la depresión (4, 5).

En las clasificaciones actuales la depresión se encuentra como una entidad patológica o como un síntoma, o síndrome dentro de los llamados "trastornos de la afectividad", "trastornos afectivos", "trastornos del estado de ánimo o del humor", "trastornos depresivos" manejados todos como sinónimos (3, 5)

Actualmente se está tratando de realizar clasificaciones más uniformes y clínicas para evitar confusiones y tener mejores parámetros para la investigación de este problema

Una de las clasificaciones más recientes esta en la **ICD- 10** que fue sometida a la Asamblea de la OMS, participando la APA ( Asociación Americana de Psiquiatría), por lo que tiene influencia del DSM y adoptada en mayo de 1990, entrando en vigor el 1º de enero de 1993, dentro del **Capítulo V** llamado: **Trastornos Mentales y de la Conducta**; en los que predomina el síndrome depresivo, se presenta a continuación (1, 6).

- FO6.3 *Trastornos orgánicos del estado de ánimo (afectivos)*
  - 31 Trastorno orgánico bipolar
  - 32 Trastorno depresivo orgánico
  - 33 trastorno afectivo orgánico mixto
  
- F10-F19 *Trastornos mentales y de la conducta debidos a abuso de sustancias psicoactivas*
  - F1x.54 Trastorno psicótico, síntomas depresivos predominantes
  - F1x.72 Trastorno residual afectivo
- F25.1 *Trastorno esquizoafectivo. tipo depresivo*
  - 10 Severidad moderada
  - 11 Grave
  
- F31 *Trastorno afectivo bipolar*
  - F31.3 Episodio actual moderado o depresión leve
    - .30 Sin síntomas somáticos
    - .31 Con síntomas somáticos
  - F31.4 Episodio actual de depresión grave sin síntomas psicóticos
  - F31.5 Episodio actual de depresión grave con síntomas psicóticos
  - F31.6 Episodio actual mixto
  - F31.7 En la actualidad en remisión
  - F31.8 Otro, incluidos episodios maníacos recurrentes
  - F31.9 Trastorno afectivo bipolar, sin especificar
  
- F32 *Episodios depresivos*
  - F32.0 Episodio depresivo leve
    - .00 Sin síntomas somáticos
    - 01 Con síntomas somáticos
  - F32.1 Episodio depresivo moderado
    - .10 Sin síntomas somáticos
    - 11 Con síntomas somáticos
  - F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
  - F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
  - F32.8 Otros episodios depresivos
  - F32.9 Episodio depresivo, sin especificar
  
- F33 *Trastorno depresivo recurrente*
  - F33.0 Episodio actual leve
    - 00 Sin síntomas somáticos
    - 01 Con síntomas somáticos

- F33.1 Episodio actual moderado
  - 10 Sin síntomas somáticos
  - 11 Con síntomas somáticos
- F33.2 Episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- F33.3 Episodio actual grave con síntomas psicóticos
- F33.4 Actualmente en remisión
- F33.8 Otros
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente, sin especificar
  
- F34 *Trastornos persistentes del estado de ánimo (afectivos)*
  - F34.0 Ciclotimia
    - F34.1 Distimia
    - F34.8 Otros
  - F34.9 Trastorno persistente del estado de ánimo (afectivo), sin especificar
  
- F38 *Otros trastornos del estado de ánimo (afectivos)*
  - F38.0 Otros trastornos simples del estado de ánimo (afectivos)
    - 00 Episodio afectivo mixto
  - F38.1 Otros trastornos recurrentes del estado de ánimo
    - .10 Trastorno depresivo breve recurrente
  - F38.8 *Otros, sin especificar*
  
- F39 *Trastorno del estado de ánimo (afectivo), sin especificar*
  
- F41 *Otros trastornos de ansiedad*
  - F41.2 Trastorno mixto de ansiedad-depresión
  
- F43 *Reacción frente al stress grave y trastornos de adaptación*
  - F43.2 Trastorno de adaptación
    - 20 Reacción depresiva breve
    - .21 Reacción depresiva prolongada
    - 22 Reacción mixta ansiedad-depresión
  
- F92 *Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones*
  - F92.0 Trastorno depresivo de la conducta

Esta clasificación Internacional contiene varias versiones para el clínico, el investigador y el médico general. Difiere con el DSM III-R solo en los detalles y en el estilo de la descripción, pero son totalmente compatibles: es también una clasificación operacional y su última versión se acerca más a la clasificación estadounidense, tiene así mismo la ventaja de conceptualizar de manera más uniforme a la enfermedad mental, basada en síndromes en los que se incluye la gravedad y el curso del padecimiento (definido por la extensión y la frecuencia de las manifestaciones) (6)

Otra clasificación estandarizada en los Estados Unidos es el **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª Edición Revisada (DSM III-R)**, es una clasificación basada en grupos de síntomas, los pacientes deben alcanzar el criterio de inclusión y exclusión para ser clasificados dentro de una determinada enfermedad. Los trastornos afectivos son llamados ahora trastornos del estado de ánimo (humor) en el DSM III-R.

El abordaje de ambas clasificaciones (ICD-10, DSM III-R), tiene la ventaja de ser descriptivo dejando a un lado la presunción etiológica (3, 5, 6, 7), siendo además la más conocida y utilizada actualmente.

### *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (HUMOR)*

#### *Trastornos bipolares*

Trastorno bipolar

Ciclotimia

Trastorno bipolar sin otra especificación (atípico)

#### *Trastornos depresivos*

##### Depresión mayor

Episodio único

Recurrente

Los episodios depresivos pueden caracterizarse, como:

Leves, moderados o graves

Con rasgos psicóticos

De tipo melancólico

De pauta estacional

Distimia (neurosis depresiva)

Trastorno depresivo sin otra especificación (atípico)

### *TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS*

*Trastornos afectivos orgánicos*

### *TRASTORNOS ADAPTATIVOS*

*Trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo*

### *CONDICIONES NO ATRIBUIBLES A TRASTORNO MENTAL*

*Duelo no complicado*

## ETIOPATOGENIA:

### GENÉTICA:

La mayoría de los estudios con respecto a este tópico, se refieren al trastorno bipolar que al parecer es en el que más existe un factor hereditario; en donde se menciona que los familiares de los pacientes bipolares tienen un riesgo significativamente más alto de enfermedad bipolar, que de enfermedad unipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar. La diferencia entre el grado de concordancia de gemelos monocigóticos y gemelos dicigóticos es altamente significativa: 76 % vs 19 %, así como el grado de concordancia en los gemelos monocigóticos que vivieron en hogares distintos desde su nacimiento se mantiene alto: 65 % (2, 3,5)

El riesgo de enfermar entre los parientes de primer grado de los pacientes con psicosis afectiva es muy superior a la morbilidad encontrada en la población general: 12.1 % para los padres, 21.2 % para los hermanos y 24.6 % para los hijos. Otro dato de importancia en las investigaciones de familias es el predominio del sexo femenino en la prevalencia de los trastornos afectivos primarios. Parece haber un mayor riesgo de enfermedad en las madres que en los padres de los probandos bipolares, ya sean estos hombres (26 % vs 6.8 %) o mujeres (23.3 % vs 17.1 %). La morbilidad entre los hermanos de probandos bipolares femeninos es más alta (23.4 % vs 6.7 %). Un argumento más a favor del peso genético en los trastornos afectivos es: la frecuencia total de estos (bipolares, unipolares y esquizoafectivos) es mayor entre los padres biológicos de probandos bipolares que entre los correspondientes padres adoptivos (18 % vs 7%). (2,3,5)

Hay una transmisión poligénica que se confirma porque la morbilidad familiar es mucho mayor en las depresiones precoces que en las tardías (1,3). Se han descrito asociaciones entre trastorno bipolar y HLA (antígenos de leucocitos humanos) en un gen del brazo corto del cromosoma 6 (2), y otros autores mencionan el cromosoma 11(1). La mayor frecuencia de los trastornos afectivos en la mujer han hecho suponer que la transmisión dominante no sea autosómica sino ligada al sexo; con posible vinculaciones entre el cromosoma X y la enfermedad bipolar, en rasgos ligados a X como la ceguera cromática y el grupo sanguíneo XG, pero hay dudas sobre la significación, por la repetida constatación de parejas padre-hijo enfermas, un hallazgo que contradice directamente la hipótesis (3)

Se han descrito dos subgrupos de pacientes con depresión unipolar, las mujeres de inicio temprano (antes de los 40 años) y los varones de inicio tardío (después de los 40 años). Ambos subgrupos muestran familiares con enfermedades muy diversas. Las familias de los sujetos varones de prueba con inicio tardío, se encuentran depresiones con la misma frecuencia en los hombres que en las mujeres, y en los familiares varones se encuentran pocos casos de alcoholismo o sociopatía. Por otra parte en las familias de los pacientes de prueba, con inicio temprano, se hallan más depresiones en los familiares del sexo femenino que en los de sexo masculino, y más casos de alcoholismo y sociopatía en los familiares varones que en los demás. Estos hallazgos están todavía pendientes de confirmación.

## OTROS FACTORES BIOLÓGICOS:

Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio. las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que utilizan métodos electroencefalográficos y de potenciales evocados, anomalías neuroendócrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, el tiroides y los cambios gonadales, y alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, sobre todo en las aminas biogénicas, que sirven como neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central y Periférico (2, 5).

Se empezó a conocer más acerca de los neurotransmisores del SNC, a través de los efectos de ciertas drogas como la reserpina (antihipertensivo) empleado en la década de los 50, en que producía efecto depresivo de características endógenas, al disminuir las aminas biógenas, al igual que la L-metildopa que produce neurotransmisores falsos alterando la transmisión neural, también la droga antituberculosa iproniazida que es un potente inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO), que provoca un aumento en la disponibilidad de serotonina (5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA) en la sinapsis con un efecto euforizante (2,3).

En la actualidad existen varios sistemas de neurotransmisores que se involucran en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, siendo los principales:

a) Catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y dopamina) originadas de un mismo precursor, el aminoácido esencial tirosina; cuyos metabolitos son el MHPG (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, altamente liposoluble y cruza rápidamente la barrera hematoencefálica) a nivel central, y el ácido vanililmandélico (VMA), normetanefrina (NMET) y MHPG a nivel periférico. Algunos estudios han demostrado que se presenta escasez de NA cerebral en la depresión, por la disminución de MHPG en el LCR y en la orina de pacientes deprimidos, siendo todavía objeto de controversia y todavía esta por determinar la utilidad clínica como medida de la presencia o ausencia de la depresión (2,3,5)

b) Serotonina: que es una indolamina, su precursor es el triptófano, y su metabolito es el ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en el LCR; se ha encontrado que algunos pacientes tienen una disminución de este metabolito, pero no ha sido consistente este hallazgo, otros estudios sugieren la implicación de la serotonina en la depresión por la observación de que el triptófano alivia la depresión en algunos pacientes, así como que la reserpina agota la serotonina cerebral y los antidepresivos aumentan su actividad; otras pruebas han mostrado una posible alteración en el ritmo de la serotonina. Asberg y Col. , encontraron una distribución bimodal del 5-HIAA en el LC: niveles más altos en los sujetos controles y niveles bajos en los pacientes deprimidos, por lo que existe una clasificación bioquímico-clínica de las depresiones: noradrenérgicas y serotoninérgicas. Además hay informes de que la serotonina plaquetaria, que muestra un ritmo diurno normal, estaba desincronizada en los depresivos unipolares, sobre todo en las mujeres posmenopáusicas(2,3,5)

c) Acetilcolina el sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la *reducida latencia REM en la depresión* puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el SNC. La relación de acetilcolina y catecolaminas ha sido implicada en la depresión, porque ciertos pacientes deprimidos se deprimen más cuando aumenta la actividad de la acetilcolina. Otros autores en 1972, Elyusef, Davis y Janowsky, postularon que el modelo bioquímico de la depresión no se puede sustentar únicamente en un neurotransmisor y que es posible que los trastornos afectivos estén dados por una interacción de dos neurotransmisores: la acetilcolina y la noradrenalina, puede estar dada por una hiperactividad acetilcolinérgica, con la NA concomitantemente disminuida (2,5)

Como los sistemas neurotransmisores monoaminicos del SNC, se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas, como excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras, se prestan perfectamente bien para esta función hipotética. Los informes originales que sugieren que los pacientes con depresión endógena experimentaban disminución de la actividad noradrenérgica o serotoninérgica normal parecen ser en la actualidad demasiado simplistas, ya que estos sistemas están interrelacionados y no se pueden establecer límites entre ellos, y estos cambios pueden deberse a la homeostasis que trata de mantener el organismo. Además el descubrimiento de que muchos neuropéptidos y hormonas pueden servir como neurotransmisores y neuromoduladores en ciertas situaciones, ponen de relieve la complejidad de la regulación neural del humor; y se han orientado sobre los cambios de la sensibilidad y el número de los receptores, más que sobre los cambios de la cantidad de neurotransmisores disponibles (5).

Además de la medición directa de las concentraciones de neurotransmisores y sus metabolitos en el cerebro y los líquidos periféricos, se han publicado informes de que la monoaminoxidasa (MAO) y la catecol-O-metiltransferasa (COMT), enzimas importantes en el metabolismo de las monoaminas, están disminuidas en los pacientes deprimidos (5).

#### **TRASTORNOS ENDOCRINOS:**

Durante muchos años se ha sospechado la implicación del sistema endocrino en la depresión. Entre los síntomas somáticos observados que sugieren cambios endocrinos figuran la pérdida de apetito, insomnios, disminución del impulso sexual, disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predecibles del estado de ánimo. Los cambios del estado de ánimo se han asociado clínicamente con diversos trastornos endocrinos: los estados paranoides depresivos del hiperadrenalismo (enfermedad de Cushing), la hiperactividad y euforia del hipertiroidismo (tirotoxicosis), la depresión asociada en ocasiones a la terapéutica exógena con estrógenos, son fenómenos que sugieren esta relación. La depresión es común en el período de postparto, cuando cambian los niveles hormonales (3).

Diversas anomalías específicas de la regulación neuroendócrina pueden representar pruebas de alteración primaria del control hipotálamo-hipofisiario o alteración secundaria de la función de los neurotransmisores en ciertas partes del sistema límbico (5)

### Hormona del crecimiento ( GH)

Las secreciones basales de GH por la hipófisis aumentan normalmente en respuesta a un descenso del azúcar en sangre, el hambre, estrés, ejercicio y los estrógenos. Algunos investigadores han observado que en pacientes con depresión unipolar al administrar insulina hay una menor respuesta de hipoglicemia, sin el aumento esperado en los niveles de GH en plasma, no observándose la respuesta normal esperada, en las depresiones bipolares la respuesta es normal o mejor. La descarga de GH se altera en un porcentaje significativo de mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de depresión unipolar, además otras investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado una asociación entre la privación materna y la inhibición en la secreción de hormona de crecimiento en el síndrome de detención del crecimiento en bebés. El control de la descarga de GH parece residir en las neuronas catecolinérgicas, y la descarga de GH aumenta por estimulación dopaminérgica (3). Otros estudios informan que hay una disminución de la respuesta de GH a la estimulación por clonidina, L-dopa, 5-hidroxitriptófano, apomorfina, y ACTH; apoyando la hipótesis monoaminérgica de las depresiones, pero teniendo en cuenta la complejidad del sistema estos hallazgos deben ser interpretados con precaución (2).

### Hormona Luteinizante (LH)

La regulación hipotálmica de la secreción de LH depende de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH). Estudios rigurosos han demostrado que los niveles plasmáticos de LH en mujeres posmenopáusicas que presentan depresiones unipolares están significativamente disminuidos, y datos experimentales sólidos sugieren que dichas alteraciones podrían deberse a una deficiencia de NA; donde los estrógenos tendrían un efecto "protector" en ciertas formas de depresión y la progesterona poseería efectos opuestos, pero se necesita contar con más estudios para establecer su participación en las depresiones (2,3)

### Cortisol:

La corteza suprarrenal secreta cortisol en respuesta a la estimulación que provoca la ACTH, cuya síntesis y liberación es inducida a su vez por la hormona liberadora de corticotropina (CRH) que se elabora en el hipotálamo en condiciones normales, el sistema adrenérgico ejerce una inhibición tónica sobre el eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal (HHS), por lo cual una deficiencia de esta actividad puede incrementar la liberación de cortisol. En pacientes deprimidos se ha observado un aumento del cortisol, tanto en el plasma como en orina y LCR. El patrón de secreción de cortisol presenta un claro ritmo circadiano en forma de eyecciones que ocurren con mayor frecuencia en la mañana (aproximadamente a las 7 horas). Este ritmo también se encuentra alterado en los pacientes deprimidos, observándose un aumento en el número de eyecciones y el mantenimiento de las mismas. Independientemente de que el paciente se encuentre dormido o despierto. Un procedimiento útil para el estudio del eje HHS es la prueba de supresión con dexametasona después de la administración de este esteroide en sujetos normales muestran una supresión total o casi total del cortisol plasmático durante por lo menos 24 horas, mientras que en los pacientes deprimidos frecuentemente esta respuesta está ausente o es parcial. Aún se discute la sensibilidad, especificidad y confianza diagnóstica de esta prueba

### Eje Tiroideo

La liberación de TSH por la adenohipófisis esta mediada por el tripéptido hipotalámico TRH, cuya liberación a su vez es regulada por la NA, DA ( estimulación), 5-HT (inhibición) se ha observado que una proporción importante de enfermos deprimidos (60% de los pacientes con depresiones unipolares severas, el 50 % de los cuales aproximadamente también muestran una alteración de la prueba de dexametasona), tienen una respuesta subnormal de la TSH ante la estimulación con TRH y también que, en pacientes que mejoran clínicamente, *las recaídas son más frecuentes cuando la respuesta TRH-TSH no mejora paralelamente*. Los datos sugieren que los pacientes con depresión unipolar severa y respuesta subnormal a la TRH, tendrían una disminución de la actividad noradrenérgica o una hiperactividad serotoninérgica, aunque se debe ser cauto en estas interpretaciones, ya que son varios los factores capaces de interferir en la secreción de TSH

### Péptidos Neuroactivos.

La investigación en esta área ha experimentado en los últimos años una verdadera explosión. Péptidos que tradicionalmente se habían situado en el intestino o en el sistema endocrino, sabemos hoy que también tiene zonas de localización cerebral, donde existen además *receptores para cada uno de ellos pudiendo actuar como neurotransmisores o neuromoduladores*. Es claro que la investigación en el campo de la psiconeuroendocrinología apenas inicia.

De acuerdo a todo esto la depresión es un problema tan complejo donde intervienen múltiples factores, que además se interrelacionan en su etiopatogenia; por lo que es difícil determinar hasta ahora cual es el origen de esta problemática, de ahí la gran variabilidad en su presentación, cuadro clínico, evolución y clasificación.

### Datos electroencefalográficos:

Se producen variaciones periódicas de las funciones fisiológicas y psicológicas. El ritmo circadiano muestra una periodicidad de unas 24 horas; el sueño es uno de esos estados periódicos dividido en periodos MOR y no MOR.

Desde una perspectiva neurofisiológica, el dato que se puede repetir mas, consiste en que el sueño en caso de depresión grave se caracteriza por disminución de la totalidad del mismo, disminución de la latencia del sueño MOR (movimientos oculares rápidos) (es decir, tiempo de sueño desde el principio del mismo hasta el primer momento en que aparecen los movimientos oculares rápidos), aumento de la intensidad de los MOR (es decir, proporción de la actividad MOR con el tiempo de sueño MOR), y disminución del sueño delta IV La EEG del sueño no permite distinguir entre los subgrupos de pacientes deprimidos, pero puede ayudar a predecir la reacción positiva a la medicación antidepressiva (5), otros autores mencionan que los marcadores polisomnográficos permiten diferenciar las distintas clase de depresión hasta con un 81 % de certeza. Además de que la privación del sueño MOR (tiempo de ensoñación o agripnia) durante una o dos noches, mejora a los deprimidos significativamente, mejorando algo su estado de ánimo (2, 3).

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Puede resultar un desafío para el médico el diagnóstico de depresión, ya que un paciente puede tener únicamente malestares somáticos que quizá no se identifiquen como indicativos de depresión, el médico debe descubrir si los síntomas significan depresión o si esta presente una enfermedad orgánica

*Enfermedades con las que se puede hacer diagnóstico diferencial:*

- 1.- Demencia o enfermedad de Alzheimer
- 2.- Pseudodemencia
- 3.- Demencia senil y presenil.
- 4 - Infección viral por Epstein Barr (mononucleosis infecciosa)
- 5.- Hipoglicemia.
- 6 - Fibrositis
- 7 - Enfermedad de Cushing.
- 8 - Enfermedad de Addison
- 9.- Enfermedades del tejido conectivo: - Artritis reumatoide.  
- Arteritis temporal.
- 10 - Infecciones crónicas . - Mononucleosis infecciosa.  
- Hepatitis  
- Herpes Zoster.  
- Tuberculosis
- 11 - Neoplasias
- 12 - Enfermedades neurológicas.
- 13 - Desnutrición

*Trastornos somáticos que pueden estar causalmente relacionados con síndromes depresivos:*

- 1.- Infarto agudo del miocardio.
- 2 - Enfermedad de Huntington
- 3 - Tumores cerebrales.
- 4 - Demencias primarias
- 5.- Enfermedad del páncreas.
- 6.- Hipotiroidismo
- 7 - Hipertiroidismo
- 8 - Hiperparatiroidismo.
- 9 - Artritis reumatoide.
- 11 - Diversas neoplasias

*Fármacos comúnmente utilizados que pueden estar relacionados causalmente con síntomas depresivos.*

**FARMACO**

*Fármacos psicotrópicos* Fenotiacinas, butirofenonas, barbitúricos, meprobamato, benzodiacepinas

*Corticosteroides.*

*Digitals.*

*Fármacos antihipertensivos:* Reserpina (10%), alfa metil dopa, propranolol, hidralacina, guanetidina, clonidina.

*Cocaina.*

*Antineoplásicos* Mitotane, asparaginasa, MDS

*Antiparkinsonianos* Levodopa- Carboxidopa, Clorhidrato de amantadina.

*Antibióticos:* Cicloserina

*Cardiovasculares* Propranolol, prazosin, pindol, atenolol, acetato de guanabenzol.

*Agentes progestacionales :* Acetato de noretindrona.

*Agentes estrógenos :* Estradiol.

**EPIDEMIOLOGÍA:**

A mediados de 1970 se alcanzaron avances significativos en el diagnóstico sistemático psiquiátrico y en la evaluación de cada caso, que fueron aplicados a estudios epidemiológicos en la siguiente década (1)

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión figuran entre los trastornos psiquiátricos mas frecuentes entre los adultos, pero las estadísticas y los registros derivan de las diversas medidas del trastorno que se trate, y pueden variar en los diferentes estudios y publicaciones, por las diferentes procedimientos y criterios diagnósticos (3)

**INCIDENCIA Y PREVALENCIA:**

Un estudio epidemiológico de área realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental USA (Refier y cols, 1988) revelo que el 33 % de la población se queja de síntomas depresivos, con un riesgo a lo largo de la vida del 8-9%: en las muestras clinicas. entre el 80 y 90 % coexistian con una depresión mayor o habian tenido algun episodio depresivo en el pasado Sugiriendo que el sufrimiento crónico en bajo grado es prevalente en la comunidad, aunque no se le presta demasiada atención psiquiátrica, hasta que tales sufrimientos

progresan hacia cuadros depresivos mayores. Sin embargo estos pacientes crónicamente deprimidos hacen uso de forma muy frecuente del sistema de atención médica primaria (1).

Según la OMS, el 4 % de la población general sufre de algún trastorno depresivo; mediante cuestionarios autoadministrados (Zung, Beck) en nueve comunidades de Inglaterra y Estados Unidos, se advierte que la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre el 13 y 20 % de la población. Otros estudios realizados en diferentes países hacen sospechar que un tercio de la población que concurre a un hospital general sufre de trastornos depresivos diversos (2, 4)

Otros estudios realizados en la práctica del Médico General revelan que casi tres cuartas partes de la población femenina y más de la mitad de la masculina, visitan a su médico general por lo menos una vez con un padecimiento psiquiátrico. En EE UU Blazer y cols (1988), encontraron que según el punto de corte utilizado hay entre un 13 % y un 20 % de la población con síntomas depresivos significativos. Según Goldberg & Bridges (1987), de 590 pacientes que se presentaron en medicina general con un nuevo padecimiento (de cualquier clase), un 15.8 % cumplían los criterios de diagnóstico (8)

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor de un 20 % para las mujeres y de un 10 % para los hombres. En las naciones occidentales, si limitamos la atención al trastorno bipolar, la expectativa en vida es alrededor del 1 % para ambos sexos. Sin embargo, si se incluyen depresiones de todo tipo ampliamente definidas, las tasas de expectativa aumentan notablemente, alcanzando hasta un 30 % en algunas estimaciones (3)

#### Factores psicosociales:

Los factores mencionados a continuación parecen ser precipitantes para todos los trastornos afectivos

Dentro de esto se mencionan los acontecimientos vitales o suceso de la vida y el stress ambiental. Cada vez se ha observado más que las situaciones de cambio o el stress producido por situaciones cotidianas, como pueden ser la muerte, pérdida de valores o relaciones, pueden iniciar una crisis de depresión como factores precipitantes (2,3,5)

Otros factores que influyen son la personalidad y los factores psicodinámicos. Se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un superyo fuerte, y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas; suelen tener una personalidad obsesiva, son escrupulosos, rígidos, formales, tienden a ser exigentes consigo mismo y con los demás (2,3). Se menciona además que hay trastornos de la personalidad en los que se presenta más la depresión, observando rasgos de carácter histriónico y hostil. lo mismo que antecedentes de dificultades para conservar relaciones interpersonales estables (5). Pueden ser también introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros y además se sienten culpables. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse, y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesivo-compulsiva, e histérica)

pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizante (3)

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no sólo por los conflictos dinámicos existentes ( que se manifiestan en la culpa, las reacciones de pérdida y la hostilidad contra sí mismo) que pueden estar implicadas en el episodio depresivo, sino también en los rasgos que preceden al episodio agudo y que, por consiguiente pueden ser considerados causales. Algunos de estos rasgos están arraigados en la personalidad, pues una de las principales hipótesis psicodinámicas se centra en la predisposición de ciertos tipos de personalidad a la depresión (3).

#### Factores psicoanalíticos

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo determina los típicos síntomas depresivos diagnósticos de pérdida de energía del yo. El superyo incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto, recurre a la representación psíquica del objeto perdido, ahora interiorizado en el yo como un introyecto, utilizando esto como un mecanismo de reparación psicológica. La pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse sólo mediante autocastigo en el que se devaluaba el objeto internado, por lo tanto, la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto percibido de manera ambivalente (amado y odiado) (2,3,5).

Otros escritores de psicoanalítica han complementado y adaptado las opiniones de Freud, y se orientan a la depresión como una reacción del yo al desamparo, más que a la ira internada. Estas formulaciones son de utilidad indudable para la conceptualización del origen de las crisis depresivas leves en sujetos que aún son funcionales desde el punto de vista social, y para comprender la formación de síntomas en los estados depresivos más graves, pero además que la vulnerabilidad biológica sea un prerrequisito esencial para las expresiones del trastorno depresivo mayor (5)

#### Desamparo aprendido

Se ha observado en algunos experimentos animales este fenómeno como por ejemplo exponer a perros a choques eléctricos de los que no podían escapar, los perros reaccionaron con desamparo y no hicieron intento de huir, aprendían a ceder y tenían aspecto desamparado (3). Otras investigaciones demuestran el efecto deletéreo del desamparo infantil la separación experimental de la madre y su cría en macacus rhesus provoca en ésta un síndrome que recuerda, por sus manifestaciones, a los efectos de la privación de los cuidados maternos en la primera infancia, estudiados por Spitz (1945) y Bowlby (1956), constituyendo un argumento en favor de que la separación en la primera infancia, predispone al desarrollo ulterior de estados depresivos (2). Estas son las bases de una teoría cognoscitiva formulando que los sujetos sometidos a situaciones cargadas de estrés en las que son incapaces de prevenir o alterar un estímulo aversivo (dolor físico o psíquico) se apartan y no hacen ningún intento más por escapar, incluso aunque queden a su disposición oportunidades para mejorar su situación. Otra teoría postula que la causa principal de la depresión es la reducción de la magnitud del refuerzo positivo, donde el amor propio bajo

es una consecuencia de la incapacidad de los sujetos deprimidos para enfrascarse en conductas de búsqueda de finalidades con éxito y, por lo tanto, un refuerzo de magnitud baja resultante. Los criterios cognoscitivo y conductual para el síndrome depresivo, parecen tener más utilidad, para comprender desde el punto de vista conceptual los efectos psicosociales del estado depresivo y para plantear la psicoterapia, que para explicar el origen de estas crisis (5).

Las estadísticas revisadas se refieren sobre todo a la depresión mayor y a el trastorno bipolar

### **Depresión mayor:**

Prevalencia del 2-3 % para los hombres y del 5-9 % para las mujeres (3,5, 8). según uno de los estudios más amplio de el Epidemiologic Catchment Area (ECA) llevado a cabo en USA, Puerto Rico, Canadá, Italia, Corea y Taiwan utilizando el Diagnostic Interview Schedule (DIS) el porcentaje a lo largo de la vida fue del 44 % para USA, similar a Puerto Rico (46) y Seúl (3.4%), considerablemente más altos en Nueva Zelanda (12.6) y en Edmonton Canadá (8.6) e inferiores en Taiwan (1); otros autores mencionan un riesgo durante la vida del 8-12 % para los varones y del 20-26 % para las mujeres, estas cifras pueden ser elevadas, puesto que dependen en gran medida de las valoraciones subjetivas de los individuos que no han solicitado tratamiento. Ha habido un aumento progresivo en las tasas de depresión en series sucesivas de nacimientos a lo largo de este siglo (5).

Con respecto a la incidencia se menciona del 82-201 casos nuevos /100.000 por año para los hombres y de 247-598 casos nuevos /100,000 por año para las mujeres y solo del 20-25 % de las personas reciben tratamiento para la depresión (3).

### Factores de riesgo

#### Sexo

La mayoría de los estudios mencionan una proporción de 2:1 mujeres/ hombres (2,3, 7, 9,10) Una tendencia casi universal, independientemente del país; es la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres, por razones que no están todavía del todo claras (3). Weissman y col refieren que la más alta frecuencia de depresión mayor se presenta en mujeres en comparación con los hombres, a través de la recopilación de investigaciones hechas anteriormente, deduciendo que dentro de los posibles factores que explican esta frecuencia están el que las mujeres presentan más síntomas, más tensión, fatiga nerviosa y angustia, diferentes patrones de búsqueda de ayuda, concluyéndose que esto no es verdad. Se han formulado hipótesis de susceptibilidad biológica, endocrina, social y psicológica, que trataron de determinarse en esta recopilación pero no se llegó a conclusiones reales, ya que no hay los mismos criterios en los estudios y ellos proponen investigaciones enfocadas a estos aspectos. En este estudio se encontró una mayor frecuencia de depresión en las mujeres que en los hombres en los 4 países en que se realizó la investigación USA, Canadá, Alemania y Nueva Zelanda, pero sin determinar los factores específicos (9)

Otras explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes stress, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales (2,3) Se ha observado que las mujeres a menudo tienen un episodio depresivo dentro de los seis meses después del parto o en el periodo posmenopáusico (2,7). Otros autores han encontrado que el rol femenino al que se enfrentan las mujeres en la adolescencia (en periodos de mayores oportunidades académicas), pueden desarrollar síntomas de depresión en esta época, pero alcanzan todo su espectro a una edad mas avanzada (10).

#### Edad

La depresión mayor se presenta en las mujeres entre los 35 y 45 años y en los hombres a partir de los 55 años (3, 8), otros autores mencionan edades entre los 40 y 49 años apareciendo antes en las mujeres que en los hombres (2). En general cuanto más temprana sea la edad de iniciación, más probable es que haya recurrencias (5).

Un estudio de la ECA. mostró un insospechado descenso en los índices acumulativos de depresión mayor en función de la edad, observando que las personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial tienen un riesgo superior en el curso de la vida de presentar depresión mayor que aquellas nacidas antes, siendo esto constatado en algunos otros estudio: argumentando que estos hallazgos son debidos a un artefacto, como pueden ser la pérdida de la memoria con la edad, una mortalidad selectiva, y/o una institucionalización, emigración selectiva, cambios en los criterios de entrada para la notificación y sesgo de las personas entrevistadas. Otras dos posibles razones incluyen un periodo de efecto ( hace referencia a los índices cambiantes de una enfermedad presente cuando alguien enferma) y/o efecto cohorte alrededor del nacimiento ( en relación con los índices cambiantes de una enfermedad asociada cuando una persona haya nacido) . Existen amplias diferencias entre ambos efectos, que son difíciles de distinguir entre sí, en los diferentes estudios mencionados se habla de un efecto cohorte en los nacidos entre los años 1947-1975 con un alto riesgo de depresión en los nacidos después de 1937. Más pronunciado, sin embargo, fue el incremento de riesgo diez veces mayor encontrado en los varones de edades comprendidas entre 20 y 39 años durante el periodo 1957-1972, comparado con varones de la misma edad durante el periodo 1947-1957. Estos hallazgos son concordantes con otras actitudes temporales ampliamente reconocidos como asociados a la depresión, como incremento en el alcoholismo, abuso de drogas y suicidio (1).

En estudios epidemiológicos llevados a cabo en 4 países, sobre las proporciones de depresión mayor, la edad mínima establecida no difiere por el sexo; las proporciones de depresión mayor para los hombres pareciera ascender con la edad y para las mujeres tiende a estabilizarse para aquellas nacidas después de 1945 ( Segunda Guerra Mundial) (9).

En un estudio se compararon tres grupos de edad con trastornos del estado de ánimo, 104 adultos jóvenes (menores de 40 años), 77 de edad media (40 a 59 años) y 61 ancianos de 60 años o más en un total de 304 pacientes de los cuales 242 presentaban un episodio de depresión mayor según el DSM-III, encontrándose que la depresión psicótica es más frecuente en los ancianos (32.8 %) que en los de edad media (15.6 %) o en los jóvenes (0 %) Los ancianos mayores de 60 años ( depresión de inicio tardío) tenían menos

antecedentes familiares de trastornos afectivos, menos rasgos anormales de la personalidad o trastornos de la misma, que los pacientes jóvenes, o aquellos pacientes ancianos en los que su inicio fue antes de los 60 años (inicio temprano). Se dio una tendencia en los depresivos con inicio tardío a padecer más enfermedades médicas agudas y mayores índices de deterioro físico total, que los ancianos con inicio temprano de la depresión (11)

#### Clase Social

En el estudio de la ECA, la situación socioeconómica tiene poca influencia; pero se observó que los índices de depresión mayor fueron inferiores entre los empleados y/o personas económicamente independientes; los desempleados y trabajadores de la asistencia pública tenían riesgo tres veces superior de depresión mayor, siendo la dirección causal poco evidente, al parecer aquellos que presentan una depresión mayor, tienen menor capacidad para obtener o mantener empleo, ejerciendo un stress psicológico que puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión (1). Otros autores mencionan que la depresión mayor no tienen correlación (3).

#### Estado Civil.

La mayoría de las investigaciones reportan que las personas que no tienen una relación estable tienen más riesgo de depresión, así como los divorciados. Las mujeres con una estrecha relación tienen 4 veces menos posibilidades de presentar depresión mayor, cuando se ven sometidas a stress (1,2,3)

#### Historia Familiar

Los pacientes con una historia familiar de depresión o alcoholismo, tienen un riesgo de hasta dos a tres veces mayor de padecer depresión (1,2,7), o un riesgo del 20 % para los trastornos afectivos (3). Hay pruebas de que la depresión mayor familiar va asociada con un comienzo temprano. Otros factores de riesgo incluyen una temprana muerte del padre y experiencias infantiles en un entorno caótico y generalmente negativo, de manera que los factores traumatizantes que operan en la infancia, inciden en la formación de una personalidad proclive a la depresión (2,3,7).

#### Area Geográfica:

En el estudio de la ECA se observó una prevalencia anual más del doble en el área urbana comparada con las áreas rurales, en todos los sitios donde se realizó el estudio (1). Al parecer son pocos los estudios que hay a este respecto, encontrados solamente en esta bibliografía

#### Recurrencia

Las depresiones breves recurrentes aparecen muy comúnmente entre la población en general, con una incidencia del 5-8 % (1). Entre un 50 y 60 % de los pacientes en remisión de una depresión tienen otro ataque cuyos episodios pueden producirse cada 3 a 9 años (3) Otros autores mencionan que existe el riesgo de recaída después de la recuperación de una depresión mayor, en donde cerca del 25 % recaerán en un plazo de 12 semanas; o los pacientes que presentan de dos a tres crisis se incrementa el riesgo de recaída temprana, además que el intervalo entre las crisis se vuelve más breve conforme envejece el individuo (5)

## **Trastorno bipolar:**

La prevalencia del trastorno bipolar es de es menor del 1 %. es decir del 0.6-0.9 casos/100 hombres y mujeres combinados, y una incidencia de 9-15 casos /100.000 por año para los hombres (0.009-0.015 %) y de 7.4 - 30 casos /100.000 por año para las mujeres (0.007-0.030 %) (1,2,3,8).

Otros estudios multinacionales indican que el riesgo en vida es de aproximadamente del 1-2 % (5)

No se ha estudiado de manera específica la prevalencia, aunque estas cifras tienen cierta validez histórica, los datos epidemiológicos deben esperar a que se terminen los estudios de muchos centros en colaboración que se efectúan en la actualidad. Las diferencias en los criterios diagnósticos han dado por resultado informes de índices notablemente diferentes de riesgo en las distintas regiones de E.U.A. lo mismo que entre ésta y Gran Bretaña (5)

### Factores de riesgo

#### Sexo

Según algunos estudios revelan que no se han establecido diferencias significativas, siendo los índices aproximadamente iguales entre ambos sexos, o no se han hecho mención en cuanto al sexo en otras publicaciones (1,2,3,9); sin embargo algunos autores mencionan la proporción de 3 mujeres por 2 hombres (2).

#### Edad

Algunos autores coinciden con una edad temprana de inicio al final de la adolescencia o antes de los 30 años y un período de riesgo más corto que los otros trastornos depresivos, la iniciación después de los 60 años de edad es rara (1,3,5), otros indican que se inicia entre los 28 y 33 años de edad (2) En un estudio ECA se encontró que la edad media de aparición fue de 21 años, y otro estudio realizado en Edmonton (Canadá) la edad media de aparición fue antes de los 20 años. La prevalencia a lo largo de la vida de este trastorno va incrementando en cohortes de nacimiento más jóvenes, en población caucásica nacida a partir de 1935 (1)

#### Clase Social

Hay autores que coinciden, en que es más frecuente en estratos socioeconómicos elevados (2,3). Sin embargo estudios comunitarios más recientes no confirman estos datos, como el estudio ECA, con una muestra poblacional más amplia y con diferentes tipos de pacientes, no se encontró diferencias de prevalencia en función de la ocupación, ingresos o educación (1)

#### Estado Civil.

Al igual que la depresión mayor es más común en los divorciados o solteros (1,2,3)

#### Area Geográfica.

Parece ser más común en las áreas urbanas, igual que para la depresión mayor (1)

#### Historia Familiar.

La naturaleza familiar está perfectamente establecida. debiendo incluirse como un factor de riesgo importante (1), los familiares en primer grado muestran un riesgo en vida del 25 % (3) En este trastorno es donde se ha observado más el factor hereditario como se mencionó en genética.

#### Recurrencia:

Entre un 50 y 60 % de los pacientes en remisión tienen otro ataque, igual que para la depresión mayor (3)

### TRATAMIENTO.

Se debe organizar en tres fases consecutivas.

a) *fase aguda*. se intenta conseguir que los síntomas desaparezcan o disminuyan en intensidad

b) *fase de continuación* encaminada a mantener a largo plazo los efectos de la fase anterior

c) *fase de mantenimiento*: dirigida a impedir la aparición de nuevos episodios depresivos

La mayor parte de los episodios depresivos pueden ser tratados correctamente en régimen ambulatorio al nivel de la atención Primaria (20).

El objetivo del tratamiento es para que el paciente logre un cuadro asintomático sostenido, lo importante de este plan es

Educación previa del paciente para el tratamiento

Monitoreo regular por efectos colaterales

Ajuste o cambios en el tratamiento si la respuesta no es satisfactoria o completa (19).

## MEDICACION

Evidencias indican que sobre el 50% de pacientes externos deprimidos quienes comienzan un tratamiento con antidepresivos experimentan marcada mejoría o remisión completa de sus síntomas depresivos. las consideraciones para el tratamiento de la *fase aguda* con medicación son

Más síntomas severos

*Cronicidad*

Episodios recurrentes ( 2 episodios previos indican tratamiento con medicación)

Presencia de rasgos psicóticos ( alucinaciones )

Historia familiar de depresión

Respuesta incompleta a *psicoterapia sola*

La medicación debería individualizarse para el paciente para optimizar el tratamiento y disminuir riesgos, factores considerados incluyen(19)

Posibilidad a corto y largo plazo de efectos colaterales

Historia de respuesta pobre

Consideraciones de posibles interacciones con drogas

Presencia de otras condiciones psiquiátricas y médicas generales

Edad del paciente (19)

### ***Tratamiento de la fase aguda:***

Es de esencial importancia instaurar el tratamiento farmacológico, lo antes posible, ya que existen pruebas concluyentes de que un inicio precoz, se corresponde de forma significativa con una disminución notable del tiempo de disminución del episodio depresivo en los sujetos que presentan episodios recurrentes.

El clínico que trabaja a nivel de atención primaria debería familiarizarse con el uso de uno o dos fármacos antidepresivos

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo es necesario valorar la existencia de enfermedad física o uso de drogas por parte del paciente, ya que estos factores pueden determinar de forma significativa la aparición de complicaciones. Otros factores que hay que tener en cuenta pueden ser *el potencial suicida del paciente (en cuyo caso habría que inclinarse por fármacos con bajo potencial lesivo, en caso de sobredosis, como la fluoxetina o la paroxetina)*

Los fármacos deben ser administrados preferiblemente en una o dos dosis diarias. Un excesivo fraccionamiento de la dosis, solo conduce a un mayor riesgo de incumplimiento de las prescripciones, sin que se acompañe de ventajas terapéuticas notables. Es una buena medida comenzar con dosis bajas e ir incrementando estas en dosis progresivas, como podría ser administrar durante los dos primeros días un tercio de la dosis final y dos tercios durante los dos días siguientes; este incremento puede ser más lento cuando sospechemos la aparición de efectos secundarios, particularmente notables, o bien cuando el paciente este temeroso en

relacion con este aspecto, y realizar una evaluación del efecto a las tres semanas de iniciado, ajustando la dosis en función de la respuesta, y manteniendo la *medicación durante tres o cuatro semanas más* en caso de que la ansiedad presentada por el paciente sea especialmente intensa, o existan importantes trastornos del sueño. puede asociarse una benzodiacepina al antidepresivo

Es muy importante implicar a la familia en esta fase del tratamiento, ya que ello nos aportará una serie de ventajas, tales como la posibilidad de tener datos de primera mano acerca del cumplimiento del tratamiento prescrito, el hecho de mantener un cierto control sobre circunstancias adversas (riesgo de suicidio, hipomanía reactiva, etc). o neutralizar conductas negativa procedentes del entorno

#### *Tratamiento de la fase de continuación:*

Es importante tener presente que el tratamiento farmacológico debe ser mantenido, al menos durante seis meses y mediando al menos cuatro meses sin síntomas, ya que cualquier interrupción con periodos de tiempo menor a los referidos, *acentúa de forma significativa el riesgo de recaídas*, la retirada de los fármacos debe ser siempre que ello sea posible, realizada de forma progresiva.

#### *Tratamiento de la fase de mantenimiento (Profilaxis)*

Puede hacerse con a) antidepresivos, b) litio y c) como alternativa a este último , con carbamacepina. el litio debería utilizarse a nivel profiláctico tras el segundo o tercer episodio depresivo en casos especiales como gran severidad del episodio ,riesgo suicida, graves consecuencias sociales, etc

#### *El papel de la psicoterapia .*

Las medidas psicoterapéuticas deben tener un importante lugar en cualquier programa de tratamiento, técnicas muy elementales, que pueden ser desarrolladas sin dificultad por cualquier medico con un efecto positivo sobre la evolución, como responder a las preguntas del paciente acerca de su trastorno, asesorar a éste y a su familia acerca de lo que debe ser evitado, anticipar la aparición de efectos secundarios y proporcionar medidas para combatirlos, etc

La psicoterapia ha demostrado su utilidad tanto en el tratamiento de la fase aguda de la depresión, como en la profilaxis de las recaídas. Parecen ser particularmente útiles las técnicas exploratorias, orientadas al insight, y también las psicoterapias de tipo cognitivo-conductual.

### *Criterios de remisión al especialista.*

Deberían ser vistos por el especialista aquellos pacientes en los que exista riesgo de suicidio, síntomas psicóticos, problemas para el cumplimiento adecuado de las prescripciones, efectos secundarios no tolerables, problemas somáticos sobreañadidos o falta clara de apoyo social, así como, aquellos pacientes que pudieran precisar técnicas terapéuticas específicas, como terapia electroconvulsiva, asociación de fármacos, tratamiento con antidepresivo por vía parenteral, etc.(20,21).

### **Tratamiento de los trastornos depresivos.**

#### ***Tratamiento somáticos***

- Antidepresivos
- Otros fármacos
- Terapia electroconvulsiva

#### ***Tratamiento psicosociales***

- Terapia de apoyo
- Terapia de insight
- Psicoterapia breve
- Terapia interpersonal
- Terapia conductual
- Terapia cognitivo-conductual
- Terapia familiar y de pareja
- Terapia de grupo

#### ***Otras formas de psicoterapia***

## FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Nombre genérico	Dosis de inicio /día.	Dosis habitual en adultos/día	Niveles séricos	Efectos anti-colinérgicos
<i>Antidepressivos tricíclicos</i>				
Amineptino	25-50 mg	50-200 mg	---	+
Amitriptilina	25-50 mg	100-300 mg.	---	+++
Clomipramina	25 mg	100-250 mg	---	++
Doxepina	25-50 mg	100-300 mg	---	++
Imipramina	25-50 mg	100-300 mg.	---	++
Lofepramina	70 mg	140-210 mg	---	+
Nortriptilina	25 mg	50-200 mg.	---	++
Trazodona	50 mg	150-500 mg	---	0
Trimipramina				
<i>Antidepressivos heterocíclicos</i>				
Maprotilina	25-50 mg	100-200 mg	---	++
Mianserina	30 mg	30-200 mg	---	0
Amoxapina				
<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</i>				
Fluoxetina	20 mg.	20-80 mg	---	0
Fluvoxamina	50 mg	50-300 mg.	---	0
Paroxetina	10-20 mg	20-40 mg.	---	0
Sertralina	50 mg	50-200 mg.	---	0
<i>Inhibidores de la MAO</i>				
Fenelzina	15 mg	15-90 mg	---	0
Tranilcipromina				
Moclobemida				
Litio				
Carbonato de litio	400-600mg	---	0.8-1.0 mEq/l	0
Anticonvulsivantes				
Carbamacepina	200-400 mg	---	4-12 µg/ml.	0
Valproato sódico	750 mg	---	50-100 µg/ml	0

### MECANISMOS DE ACCIÓN Y FARMACOCINÉTICA ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

Se absorben adecuadamente tras administración oral. Se unen en más de un 75% a proteínas plasmáticas, son muy liposolubles y se distribuyen ampliamente por todo el organismo. Se metabolizan en el hígado por desmetilación, y / o oxidación seguida o no de glucuronización. Algunos metabolitos son activos y su excreción es renal. La vida media es

muy prolongada lo que permite administrarlo en toma única diaria. Se tarda aproximadamente una semana en alcanzar niveles plasmáticos estables. Actúan sobre el sistema neurotransmisor, a corto plazo, disminuyendo la recaptación de noradrenalina y serotonina y bloqueando a los receptores muscarínicos e histamínicos, y a largo plazo disminuyen la cantidad de receptores beta-adrenérgicos y quizá también la de receptores serotoninérgicos tipo 2 (21,23).

#### INDICACIONES

A) Tratamiento de episodios depresivos, siendo mayor su efectividad en los episodios depresivos mayores de depresión unipolar o de trastorno bipolar

B) Depresión secundaria a trastornos orgánicos, algunos trastornos por ansiedad, fundamentalmente el trastorno por angustia y el trastorno obsesivo compulsivo- este último responde selectivamente a la clorimipramina que es el tricíclico con mayor actividad antiserotoninérgica

C) Trastorno de la alimentación.

D) Enuresis nocturna (23)

#### POSOLOGIA

Son fármacos útiles siempre que se usen a dosis suficiente y el tiempo adecuado. La dosis para los trastornos depresivos debe ser el equivalente a 150-300 mg. de amitriptilina, por vía oral y en monodosis nocturna, es conveniente aumentarla paulatinamente desde 25-50 mg esperando sus efectos antidepressivos a los quince días de alcanzar la dosis terapéutica (23,21)

#### EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL .

El más frecuente es la sedación, insomnio, temblor de lengua y las extremidades superiores es bastante común (23)

Efectos neurológicos:

Parestesias, adormecimientos, incoordinación motora, ataxia, disartria, temblor de la lengua y extremidades inferiores, neuropatías periféricas, tinnitus, movimientos coreoatéticos y crisis convulsivas (23,21).

Efectos sobre el aparato digestivo

Mal sabor de boca, sequedad de boca, adenitis sublingual estomatitis, pequeñas ulceraciones en la lengua, moniliasis agregada, tratamiento prolongado (18 meses), disminución de un 50-75% de flujo salival, provocando xerostomía con alteraciones orales principalmente caries, inflamación de las parótidas, coloración negra de la lengua, pérdida del apetito, náuseas vómito, diarreas, estreñimiento, visión borrosa etc

Efectos sobre el aparato cardiovascular.

Es relativamente frecuente la hipotensión ortostática por una vasodilatación periférica, aumento de la conducción cardíaca, ocasionalmente hipertensión arterial, bloqueo AV.

aplanamiento de la onda T, taquicardia sinusal, palpitaciones, infarto al miocardio, etc (21,23)

Efectos sobre el aparato genitourinario.

Dificultad de erección, sequedad vaginal e inflamación testicular, retraso en el orgasmo, e impotencia, etc (21,23)

Efectos endócrino -metabólico

Aumento o disminución del peso corporal, aumento o disminución de la glucosa. Ocasionalmente galactorrea incremento de busto en la mujer, ginecomastia en el hombre (21,23)

Efectos sobre el ojo:

Glaucoma de ángulo estrecho, con frecuencia visión borrosa por un trastorno en la acomodación del cristalino.(21)

Efectos dermatológicos

Manifestaciones de alergia edema de cara y lengua, exantema, petequias, urticaria, prurito, fotosensibilidad

En las pruebas de laboratorio:

Se puede encontrar incremento de la fosfatasa, bilirrubina, transaminasas, retención de la bromosulfaleína y un decremento en el colesterol.

Hematológicos

Depresión de la médula ósea con la leucopenia, y agranulocitosis.(21).

### **PRECAUCIONES.**

En los pacientes con glaucoma, trastornos cardiovasculares, hemorroidales y de la micción, es conveniente utilizar aquellos antidepresivos tricíclicos que contengan menor poder anticolinérgico, o aquellos que no tengan efectos anticolinérgicos

Los pacientes con ideas suicidas deben mantenerse en estrecha vigilancia, por que los antidepresivos tricíclicos producen aumento de impulso antes de ejercer sus efectos antidepresivos; Por ello, el paciente puede tomar la decisión de quitarse la vida

Mas de mil miligramos de antidepresivos tricíclicos, principalmente de amitriptilina, pueden causar la muerte, por ello, una dosis semanal tomada en una sola ocasión puede ser cantidad suficiente para acabar con la vida de un paciente, de allí que se recomiende a los familiares que controle la medicación en caso de sospecha de suicidio

Cuando los pacientes han recibido dosis elevadas de antidepresivos tricíclicos durante largo tiempo, y se suprimen bruscamente, puede presentarse un síndrome de abstinencia que consiste en náuseas, vómito y cólicos abdominales

En paciente de edad avanzada en los cuales existe mayor sensibilidad para los efectos anticolinérgicos, se han presentado intoxicaciones cuando se administran dosis terapéuticas de un antidepresivo, más un neuroléptico, más un antiparkinsoniano

Pueden desencadenarse crisis convulsivas en pacientes con antecedente de historia familiar, con focos epileptiformes, lesión cerebral, alcoholismo, así como supresión de tranquilizantes (benzodiazepinas y barbitúricos )

Debemos advertir al paciente que durante las primeras semanas del tratamiento se, debe, evitar el manejo de automóviles, o de maquinaria que ponga en peligro su integridad física

Evitar la administración conjunta de antidepresivos tricíclicos y terapia electroconvulsiva, observándose que cuando mayor sea el nivel de anticolinérgicos, mayor será el riesgo de desarrollar estados confusionales pos terapia electroconvulsiva. En caso de que el paciente requiera de anestesia general, la medicación debe suspenderse unos días antes, ya que pueden presentarse crisis hipertensivas durante la cirugía, así como potencialización de algunos efectos cuando se administran animas simpatomiméticas, descongestionantes locales, anestésicos locales que contengan epinefrina y atropina (21)

#### CONTRAINDICACIONES.(20,21)

Infarto al miocardio reciente, y relativas (Contraindicación absoluta)

Trastorno de la conducción cardíaca

Glaucoma de ángulo agudo.

Hipertrofia prostática.

Hepatopatía o nefropatía.

Diabetes y otros trastornos endócrinos-metabólicos severos.

Embarazo (Primer trimestre.)

Epilepsia mal controlada

Cuando el paciente se encuentre bajo tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa

Hipersensibilidad a los antidepresivos tricíclicos, se ha visto hipersensibilidad cruzada con las benzodiazepinas.

Hipertensión arterial.

Toxicomanías

#### SOBREDOSIS.

La toxicidad por sobredosificación de antidepresivos tricíclicos se caracteriza por dos grandes grupos de síntomas que ponen en peligro la vida del paciente: aquellos que se producen en el sistema nervioso central como: crisis convulsivas, delirium y coma, y los que afectan al sistema cardiovascular, que se expresan principalmente en los cambios electrocardiográficos

Las alteraciones electrocardiográficas que nos hacen suponer la intoxicación por antidepresivos tricíclicos (amitriptilina e imipramina), son entre otras, la arritmia o aplanamiento y prolongación del complejo QRS de más de 1000 milisegundos, con desviación del S-T.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

La acetazolamida y el bicarbonato de sodio suman el efecto terapéutico, por que incrementan la reabsorción en el túbulo renal. con el alcohol se suman los trastornos gastrointestinales, además de la sedación. El cloruro de amonio y el ácido ascórbico disminuyen el efecto terapéutico.

Los anticolinérgicos, las fenotiazinas y los antihistamínicos potencian el efecto anticolinérgico de los tricíclicos. incrementan la hipoprotrombinemia de los anticoagulantes orales, ya que disminuye su degradación hepática. Los barbitúricos disminuyen a niveles plasmáticos, por que incrementan el catabolismo hepático. Con las benzodiazepinas y otros depresores del sistema nervioso central se suma el efecto sedante. Con los inhibidores de la monoaminooxidasa se puede producir excitación psicomotriz hipertermia, estado delirante y crisis convulsivas. Compiten con algunos hipotensores como guanetidina, propranolol, clonidina y metildopa. (20,21)

#### INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA ( ISRSs)

Los ISRSs son una clase de agentes antidepresivos, que ofrecen un tratamiento más aceptable para muchos pacientes deprimidos, no solo son eficaces, sino que, además determinan su efecto terapéutico con menos efectos secundarios.

Actúan inhibiendo el reciclado de moléculas de neurotransmisor. Actúan preferentemente sobre neuronas serotoninérgicas, bloqueando selectivamente la recaptura de serotonina en la membrana presináptica.

La principal diferencia en su mecanismo de acción se ve a nivel postsináptico, no tienen un efecto significativo sobre cualquiera de los receptores, incluso los de serotonina.

Estos agentes tienen una incidencia muy baja de efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares.

Los principales efectos secundarios se manifiestan a nivel de sistema gastrointestinal (náusea y vómito).

Sobredosis importantes de ISRSs parecen ser menos peligrosas que las sobredosis de los agentes tricíclicos (22)

## INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO)

Se considera que los IMAO producen su efecto antidepressivo porque inhiben la enzima que degrada a las monoaminas cerebrales (NA, DA y 5-HT), de tal forma que, estos neurotransmisores tienen mayor efecto sobre el órgano receptor.

### INDICACIONES

Los IMAO son los psicofármacos adecuados en caso de fobias (agorafobia, y fobias sociales), obsesiones, depresiones atípicas con ansiedad, síntomas histéricos, somatizaciones, cansancio e irritabilidad, así como en síndromes depresivos no endógenos y depresión común.

Las pacientes que mejor responden a los IMAO son aquellos que se quejan de insomnio y sienten mejoría por la mañana.

### EFFECTOS COLATERALES

Entre los principales son los siguientes

Hipotensión ortostática, (Debido posiblemente al bloqueo presináptico, lo cual evita que salga el neurotransmisor), vértigos, mareos, fatiga y lipotimias; así como exacerbación de cefaleas vasculares tipo migraña.

Los IMAO van a producir metabolitos que actúan como falsos neurotransmisores (Tiramina y octopamina), limitando con ello la liberación de epinefrina y norepinefrina.

Entre otros síntomas que pueden presentarse: hiposudación, aumento de calor en las extremidades, constipación, disuria, sequedad de boca, temblor fino, trastornos de la acomodación del cristalino retraso en la eyaculación y en la micción, impotencia, palpitaciones e hipoglucemia etc. etc.

Entre los efectos psíquicos tenemos: Hipomanía, angustia y estados confusionales con excitación psicomotriz.

### MODO DE EMPLEO

Al inicio, los IMAO deben administrarse en dosis bajas, y después aumentar gradualmente hasta alcanzar dosis terapéuticas en una o dos semanas. El tratamiento debe prolongarse por lo menos tres semanas para poder valorar adecuadamente sus efectos terapéuticos. Si el paciente llega a mejorar totalmente, es conveniente prolongar la terapia por tres meses, retirando el medicamento en forma paulatina y observando al paciente, para evitar recaídas.

### PRECAUCIONES

A los pacientes que se les indique la ingesta de IMAO deben abstenerse de ingerir alimentos que contengan tiramina, por ej. quesos añejos, hígado de pollo, arenque salado o

en conserva, bebidas alcohólicas fermentadas (vino, cerveza o pulque), yogurt, crema chocolate y levadura de cerveza.

Probablemente la tiramina ejerce su efecto hipertensor severo, porque libera la adrenalina y la noradrenalina en forma brusca de sus sitios de almacenamiento. Estas crisis de hipertensión también pueden presentarse cuando se combina IMAO con medicamentos simpaticomiméticos (como las anfetaminas, metilfenidato y los medicamentos contra la gripe), guanetidina, metildopa e hipoglucemiantes.

Si se suspende repentinamente un IMAO, el paciente puede presentar aumento en la presión arterial, taquicardia o palpitaciones.

#### CONTRAINDICACIONES.

- a) Hepatopatía y nefropatía.
- b) Diabetes (Relativa).
- c) Embarazo (1° trimestre)
- d) Hipertensión arterial.
- e) Antidepresivos tricíclicos.
- f) Simpaticomiméticos.
- g) Trastornos cardiovasculares.
- h) Migraña
- i) Feocromocitoma
- j) Esquizofrenia latente

#### SOBREDOSIS

Las manifestaciones de intoxicación o sobredosis se presentan después de un periodo prolongado de haber ingerido los IMAO. El cuadro inicial puede presentarse hasta después de una semana de la ingestión y se manifiesta con: agitación psicomotriz, delirio alucinaciones, hiperreflexia, taquicardia, dilatación pupilar, hiperpirexia, crisis convulsivas e hipertensivas. (21)

#### DEPRESIÓN COMO CAUSA DE SUICIDIOS.

La mayor causa de suicidios es la depresión, y la depresión es el más común y uno de los principales trastornos mentales, es poco diagnosticada e inadecuadamente tratada, observándose por algunos estudios que cuando es bien tratada reduce significativamente la mortalidad por suicidios. Es importante el nivel profesional de los médicos para diagnosticar y tratar a los pacientes depresivos, pero también es importante la densidad de médicos activos en una población, según un estudio realizado en Hungría en donde se encontró que en las regiones donde había mayor número de médicos la depresión era mejor diagnosticada y tratada, disminuyendo el riesgo de suicidios (12)

## DEPRESION EN PROFESIONISTAS

Existen pocos estudios en la población con nivel educativo alto y la utilización de los servicios asistenciales en búsqueda de ayuda cuando cursan con una depresión. *en un estudio se realizaron 1870 entrevistas a profesionales, de los cuales 186 participantes cumplían con los criterios del DSM III-R para depresión mayor, observándose que sólo un tercio busco ayuda profesional, contrario a lo esperado, ya que se piensa deben tener mayor conocimientos de la naturaleza y beneficios del tratamiento que la población en general. De este tercio el 69.5 % acudieron con especialistas en salud mental y el resto acudió con otro tipo de especialistas. Los empleados que buscaron ayuda psiquiátrica presentaron trastornos clínicos más graves, episodios más largos e ideas suicidas más acusadas, mayor problema de insomnio, con un rendimiento laboral más bajo, faltaban más, gozando de menos ventajas psicosociales. A diferencia de los que no buscaron ayuda, como los que se atendieron con médicos no psiquiatras no existían diferencias entre sí en las variables estudiadas (13)*

Las demandas adaptativas de un programa médico de residentes incluye reubicación a otra área, un nuevo sistema de organización, adicionados a la educación y actividades de cuidado del paciente. En un estudio se examina el predominio de síntomas psiquiátricos significativos en internos médicos quirúrgicos y pediátricos en intervalos de 3 a 4 meses durante su año de entrenamiento; encontrando que la ansiedad y la depresión fueron los síntomas más comunes y clínicamente significativos en los diferentes intervalos de estudio: al inicio un 34.2%, a los 4 meses un 42.4%, 8 meses un 28.1% y a los 12 meses un 37.5%. Un tercio de los residentes reportaron ansiedad pronunciada y síntomas de depresión, tales como irritabilidad y disminución en la concentración, implicaciones negativas serias de su capacidad para retener completamente. a) el conocimiento clínico necesario, b) adquisición de valores con respecto al tratamiento del "paciente en general", y c) sensibilidad empática a las necesidades de salud mental de los pacientes son valoradas por éstos hallazgos. Mencionándose otros estudios realizados anteriormente en donde se reporta también desde un 29% a 34% de depresión en médicos residentes durante su año de entrenamiento y sus rotaciones más estresantes. Sin embargo una encuesta nacional indicó que durante un periodo de 5 años más del 50% de los programas de entrenamiento de la residencia de medicina interna no producía daños emocionales en médicos residentes (14).

## ESCALA DE ZUNG.

Actualmente existen muchas escalas para medir la depresión, una de ellas es la escala de Zung (1965) quien vio la necesidad de medirla, en esa época la mayoría de las escalas eran inadecuadas por su longitud, el tiempo de aplicación, sobre todo para los pacientes deprimidos con dificultades psicomotoras; además de que algunas escalas no eran autoaplicables, basándose en la interpretación del entrevistador. La finalidad de la escala de Zung fue que incluyera todo con respecto a los síntomas, debería cuantificar y autoadministrarse e indicarle al paciente la respuesta en el momento en que es aplicada. La escala de autoevaluación de la depresión (SDS siglas de Self-rating Depression Scale), incluía las características más comúnmente encontradas divididas en efecto persistente, equivalentes fisiológicas y concomitantes psicológicas. Ideando la escala de manera que los

20 puntos o items a tratar. 10 fueran sintomáticamente positivos y 10 sintomáticamente negativos, valorados en 4 términos cuantitativos nada o pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y casi siempre. El SDS está construido de tal manera que el paciente poco deprimido tendrá un conteo bajo y el paciente más deprimido con mayores síntomas tendrá un conteo alto, dándose un valor de 1, 2, 3 ó 4 a una respuesta dependiendo de si el punto fue expresado positiva o negativamente.

El índice SDS, se derivó de dividir la suma de los valores obtenidos en los 20 puntos por el conteo máximo posible de 80, expresado en decimales. La escala se aplicó inicialmente a los pacientes admitidos en el servicio de psiquiatría de un hospital, 56 de ellos tuvieron diagnóstico primario de trastorno depresivo, de los cuales a 31 se les confirmó el diagnóstico obteniendo un índice de .74 y .39 antes y después del tratamiento respectivamente. Para los otros 25 pacientes que tuvieron otro trastorno psiquiátrico su índice fue de .53. Se utilizó un grupo control normal de 100 individuos sin síntomas de depresión o historia de enfermedad depresiva reciente; obteniendo un índice medio de .33, evidenciándose además que los disturbios del sueño es el síntoma más importante respecto del diagnóstico y como signo pronóstico (15).

En un trabajo de Zung, publicado en 1973 pretendía 1) definir los trastornos depresivos y construir la escala de medición que pudiera cuantificar la sintomatología, 2) validar la escala de medición en varias formas clínicas, 3) validar los criterios diagnósticos de la escala de medición en estudios culturales cruzados, 4) determinar y establecer la línea base de normalidad para la escala.

La definición operacional y construcción de la escala está basada en los mismos parámetros utilizados en la primera publicación. La validez se demostró al observar que el SDS es capaz de discriminar pacientes con trastornos depresivos de otras categorías diagnósticas a un nivel estadísticamente significativo; además se han realizado otros estudios para demostrar la correlación entre el SDS y otras mediciones utilizando las escalas de Hamilton, Beck y la escala "D" del MMPI y el DACL (Depression Adjective Check-Lists), encontrando una correlación significativa, sin relación a la edad, nivel de educación, ingresos anuales o niveles de inteligencia de los pacientes estudiados.

En la aplicación del SDS en estudios clínicos la distribución de los índices mostró que los pacientes con evaluaciones globales de depresión mínima o ligera tenían índices entre 50 y 59, los pacientes con depresión moderada o marcada tenían índices de 60 a 69 y con depresión severa o extrema de 70 ó más (en este artículo ya no utiliza decimales en los índices).

La depresión, como la define el SDS, no está presente en la población normal: los índices medios del SDS para los grupos de diferentes edades fueron significativamente diferentes de aquellos que tenían un diagnóstico de depresión. Se utilizó un índice de morbilidad de corte de 50, encontrando que para los pacientes con diagnóstico de depresión incluyó al 88 % y en el 12 % falló; ahora en los sujetos normales se vio que el 12 % puede ser considerado como deprimidos y el 88 % se encontraría en el rango normal. Para los grupos de edad extrema ( $\leq 19$  y  $\geq 65$ ) mostraron considerable superposición en el rango de

morbilidad, concluyendo que los valores de línea base en el SDS para sujetos normales jóvenes y viejos son mas altos que para aquellos entre las edades de 20-64 años, teniendo que estar conscientes de ésto cuando se mida en estos rangos de edad.

Al realizar el estudio cultural cruzado en Checoslovaquia, Inglaterra, Alemania, España y Suecia colectando datos en sujetos normales ( que estuvieran realizando actividades apropiadas a su edad y en buen estado fisico; con distribución ocupacional de profesionistas, semiprofesionales, trabajadores técnicos, estudiantes y amas de casa): Los resultados reportaron que el indice medio del SDS para todos los sujetos fue por debajo de 50, sin embargo el indice medio para Checoslovaquia y Suecia fueron más altos que el de todos los países combinados, demostrando algunas diferencias en la sintomatología depresiva en adultos normales, entre los diferentes países estudiados (16)

En otros estudios de revisión de la escala de Zung mencionan una buena correlación con otras escalas y validez adecuada, sin relación con la edad, las mujeres y sujetos con nivel de educación bajo parecen tener conteo de depresión más alto que los hombres y sujetos con educación más alta La administración de la escala de Zung en la mañana produce conteos de depresión más altos que en la tarde (17) Otros autores mencionan que la validez y veracidad de las escalas (Beck, Zung, Escala de estudios epidemiológicos de depresión y la Escala de depresión geriátrica) en pacientes viejos y jóvenes no son suficientes para el diagnóstico de la depresión, teniendo que hacer una información adicional derivada de observaciones y una entrevista psiquiátrica (18)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Los médicos como seres humanos en los que influyen factores biológicos, sociales, genéticos con situaciones altamente estresantes por su profesión, pueden desarrollar depresión, no existiendo muchos estudios que analicen este aspecto **¿Cuál es la frecuencia de depresión en Personal Médico de la Clínica Hospital " Dr. Ismael Vázquez Ortiz " de Querétaro, en Diciembre de 1995?**

La depresión ha existido en el ser humano, desde hace mucho tiempo, puede ser vista como una emoción humana normal; es uno de los síntomas más frecuentes en psiquiatría observable tanto en enfermedades físicas como mentales, ya sea como un síntoma, o un síndrome o una enfermedad. Es un trastorno persistente del estado de ánimo o el humor.

Hay múltiples factores que influyen en la etiopatogenia de esta enfermedad, que pueden ser genéticos, biológicos y psicosociales, como factores precipitantes; además de factores de riesgo como el sexo, edad, clase social, estado civil, área geográfica e historia familiar

Existen pocos estudios realizados en la población con nivel educativo alto y su utilización de los servicios asistenciales.

## JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema de salud pública, que se está incrementando actualmente, no es una enfermedad grave en su inicio, pero puede bloquear funciones bio-psicosociales del individuo y perturbar las relaciones interpersonales, cuando no es identificada en su inicio temprano, y entonces tornarse grave.

Existen factores precipitantes de depresión como pueden ser acontecimientos vitales, situaciones de cambio muerte, pérdida de valores o relaciones y el estrés ambiental. La depresión puede cursar, dependiendo de la gravedad con ideas suicidas, problemas de insomnio, rendimiento laboral bajo e inasistencias.

La depresión como padecimiento o enfermedad puede presentarse también en el personal médico, ya que se encuentran sometidos a más situaciones estresantes por el ejercicio de su profesión, además de los factores de riesgo y precipitantes, que pueden favorecer que cursen con ella, la cual probablemente no sea tratada adecuadamente ya que puede existir la automedicación y que esto repercute en la relación médico-paciente, y en su atención, por lo que es importante realizar este tipo de estudios en esta población.

Esta investigación es posible realizarla en la clínica Hospital del ISSSTE de Querétaro, ya que cuenta con una población de médicos adscritos en los tres turnos, requiriendo solamente de un cuestionario de autoadministración para medir la depresión, no implicando otro tipo de estudios que representen gastos para la Institución.

Conociendo la frecuencia de este trastorno se puede difundir la información entre los médicos y autoridades para que lleven a cabo programas de detección de la depresión en aquellos que presenten factores de riesgo o precipitantes elevados, para que reciban una atención adecuada y mejorar el rendimiento laboral y de atención a sus pacientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de depresión en Personal Médico de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " del ISSSTE de Querétaro, en Diciembre de 1995.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Determinar la edad en que es más frecuente la depresión en Personal Médico
- 2 - Determinar el sexo en que más se presenta la depresión
- 3.- Determinar en que especialidad existen más depresión.
- 4.- Determinar el estado civil en que es más frecuente la depresión.
- 5 - Determinar el número de horas promedio laborables por semana del personal médico que presenta más depresión
- 6.- Determinar si existe más depresión en puesto administrativo o atención a derechohabientes o ambos.
- 7.- Determinar si existe automedicación para depresión en Personal Médico.
- 8 - Conocer la frecuencia de antecedentes familiares de depresión en médicos.

## **METODOLOGÍA:**

**Tipo de Estudio:** Se trata de un estudio **clínico, observacional, descriptivo, transversal.**

**Universo del estudio:** Todos los Médicos adscritos e Internos de Pregrado que laboren en la Clínica Hospital " Dr Ismael Vázquez O" del ISSSTE de Querétaro en el mes de Diciembre de 1995, entre los 25 y 64 años de edad, de todos los turnos.

**Tamaño de la muestra:** Todos los Médicos adscritos e Internos de Pregrado de todos los turnos de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " que acepten responder el cuestionario de autoadministración de Zung.

### **Criterios de Selección:**

#### **Criterios de inclusión:**

- 1 - Que sean Médicos adscritos o Internos de Pregrado de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." con edades comprendidas entre los 24 y 64 años de edad, ambos sexos.
- 2.- Ya sean administrativos o de atención en consulta u hospital.
- 3.- De cualquier especialidad.
- 4 - Que acepten responder el cuestionario.
- 5.- Que laboren o no en otra Institución o a nivel privado.

#### **Criterios de Exclusión:**

- 1 - Médicos menores de 24 y mayores de 64 años.
- 2 - Que no acepten responder el cuestionario.

#### **Criterios de Eliminación.**

- 1.- Médicos que respondan de manera inconclusa, errónea o con doble respuesta el cuestionario.

### **Variables**

**Variable cuantitativa continua:** Edad

**Variable cuantitativa discontinua:** Número de horas laborables.

**Variable cualitativas nominales:** Sexo, estado civil, especialidad, puesto antecedentes familiares.

### **Unidades de Medida:**

**Medidas de tendencia central y de resumen:** Moda, media, mediana y porcentajes

### **Instrumento de medición:**

Para evaluar la depresión se utilizara la Escala de Zung, que es una escala autoadministrada, que incluye las características más comúnmente encontradas en la depresión. Consta de 20 declaraciones, de las cuales 10 son sintomáticamente positivas y 10 sintomáticamente negativas, valoradas cada una en términos cuantitativos. Nada o pocas veces, algunas veces, muchas veces, y la mayoría de las veces o siempre, que se encuentran a un lado de las declaraciones en cuatro columnas; dando un valor de 1, 2, 3 ó 4 a cada respuesta dependiendo si el punto fue expresado positivo o negativamente (Anexo 1).

Tiene una validez demostrada, pues es capaz de discriminar pacientes con trastorno depresivo de otras categorías a un nivel estadísticamente significativo y una buena correlación contra otras escalas de medición como la de Hamilton, Beck, etc. Esta escala se puede aplicar a cualquier persona con cualquier nivel de educación y edades preferentemente entre 20 y 64 años.

Se da al sujeto de estudio la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión, se califica escribiendo en el margen el valor indicado para cada declaración (Anexo 2) y luego se suma; esta calificación básica se convierte a un índice basado en 100 según la tabla de conversión que aparece al margen de la hoja de calificación (Anexo 2)

Se realizan evaluaciones globales sumando todos los valores de las respuestas encontrándose índices debajo de 50 dentro de lo normal o sin psicopatología, de 50-59 presencia de depresión mínima o ligera; de 60-69 presencia de depresión moderada o marcada y 70 ó más presencia de depresión severa o extrema.

A la escala original se diseñará agregándole a la hoja de declaraciones los datos adicionales de interés para este estudio como son: Estado civil, especialidad, número de horas laborables por semana, puesto (administrativo, atención derechohabiente o ambos), automedicación y antecedentes familiares

## **PROCEDIMIENTOS DE CAPTACIÓN:**

Se solicitó una lista de médicos adscritos al Departamento de Personal y una lista de Médicos Internos de Pregrado al Departamento de Enseñanza de la Clínica Hospital para tener el total de médicos que laboraron en el mismo, durante Diciembre de 1995

Se acudió diariamente a cada turno en la primera quincena de Diciembre a la Clínica para entregar el cuestionario a cada médico que aceptó llenarlo, recogiéndose una hora después. Se buscó completar el total de la plantilla de médicos anotados en la lista (previamente elaborada), de aquellos que cumplieran con los criterios anteriormente establecidos

Con todos los cuestionarios aplicados y respondidos adecuadamente se procedió a su calificación como lo indica la escala, haciendo el vaciado de toda la información recolectada a tarjetas simples con el sistema de paloteo, de todas las variables que se indican en el estudio, durante la segunda quincena de Diciembre.

Se analizaron los resultados durante las tres primeras semanas de Enero para su presentación a través de tablas y gráficas concluyendo Discusión y Conclusiones en la primera semana de Febrero.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Se solicitó a la autoridades de la Clínica Hospital su consentimiento en forma verbal para la aplicación del Cuestionario a los Médicos adscritos e Internos de Pregrado, informándoles de los objetivos del estudio.

De acuerdo al Artículo XVII del Reglamento de la Ley general de Salud, en Materia de Investigación, se clasifica en la Categoría de Investigación sin riesgo, ya que solamente se aplicarán cuestionarios. Por lo que a cada sujeto se le informará la finalidad y se le solicitará su aprobación en el momento que llene el cuestionario, aclarándole que será confidencial la información, pudiendo poner o no su nombre en el formato.

## RESULTADOS:

Según la plantilla otorgada por el Departamento de Personal hay 129 médicos adscritos de base y confianza y 16 médicos Internos de Pregrado en la Clínica Hospital "Dr Ismael Vázquez O " sumando 145 médicos (Tabla I y Gráfica I).

De estos 145 médicos faltaron 22 (15.18 %) por encontrarse de permiso o vacaciones durante el estudio . Por lo que se aplicaron 123 (84.82 %) cuestionarios a los médicos (Tabla II). De estos se excluyeron 10 (8.14 %) médicos internos por edad menor de 25 años, 1 (0.81 %) médico, por responder en forma incompleta el cuestionario; 1 (0.81 %) médico por respuestas erróneas, y otro (0.81 %), por no aceptar responderlo, quedando solo 110 (89.43 %) médicos dentro del estudio (Tabla III y Gráfica II).

Con lo que, del total de médicos de la Clínica Hospital (145 médicos), se logro una muestra de 110 ( 75.86 %) médicos

De los 110 médicos que cumplieron con los criterios, fueron 83 médicos del sexo masculino (75.45 %) y 27 médicos del sexo femenino (24.55 %) Dividiéndose las edades en quinquenios, observándose que la mayoría se encuentra entre las edades de 40-44 años, (Media de 35 años, Mediana y Moda de 40) para el masculino, y de 30-34 años, (Media y Mediana de 36, Moda de 37) para el femenino (Tabla IV y Gráfica III).

Según la Escala de Zung, y de acuerdo al cuestionario diseñado por el investigador, se encontró que de los 110 cuestionarios aplicados 22 médicos tenían **Depresión** resultando una **Frecuencia del 20 %**. De los cuales 15 fueron del sexo masculino y 7 del sexo femenino (Tabla V y Gráfica IV). Pero como la mayoría de los encuestados pertenecen al sexo masculino encontrándose una relación de 3:1; por lo tanto sacando la **Frecuencia de Depresión por sexo** de los 83 hombres. 15 con síntomas sería el **18.08 %** (Tabla VI y Gráfica V), y de las 27 mujeres, 7 correspondería al **25.92 %** (Tabla VII y Gráfica VI) Encontrándose una relación de **4:3 de Depresión a favor del sexo femenino**.

De acuerdo a la **Escala de Zung** la Depresión se clasifica en mínima o ligera (Índice SDS 50-59), moderada o marcada (Índice SDS: 60-a 69) y severa o extrema (Índice SDS: 70 o más ) Dividiendo las edades por quinquenios se encontró lo siguiente Depresión mínima 14 médicos (63.64 % global), 9 hombres (60.00 % del sexo masculino) (Media 37, Mediana y Moda de 39), y 5 mujeres (71.44 % del sexo femenino) (Media de 40 y Mediana de 38), la mayoría en el grupo de edad entre 35 y 39 años, Depresión moderada 8 médicos (36.36 % global), 6 hombres (40 % del sexo masculino) (Media 40 Mediana y Moda de 39) y 2 mujeres (28.56 % del sexo femenino) (Media de 40, Mediana de 30 y 49) la mayoría en el mismo grupo de edad. depresión severa no se presento (Tabla VIII y Gráfica VII).

Al determinar la frecuencia de Depresión por Especialidad, se presentan solo las que fueron positivas tomando en cuenta el total de especialistas en cada área; teniendo en algunas especialidades una muestra no muy significativa como la de médicos internos (4), odontología (5) y Medicina Interna (6), por lo cual la frecuencia de depresión en estas especialidades se observa muy alta, siendo no valorable, en las otras especialidades se encuentra un promedio de 30 % de depresión entre ellas (Tabla IX y Gráfica VIII).

Al determinar la frecuencia de Depresión por estado civil, de los 84 casados entrevistados 15 (17.85%) tenían depresión, de los 17 solteros, 4 (23.52%), con depresión y de los 8 divorciados, 3 (37.5 %) con depresión, en unión libre no hubo médicos. Indicando que es más frecuente en los divorciados y solteros (Tabla X, Gráfica IX)

Respecto al número de horas laborables por semana-médico se dividieron las horas en rangos de acuerdo a las respuestas obtenidas en los cuestionarios en el párrafo correspondiente obteniendo lo siguiente 3 médicos laboran menos de 30 horas por semana y en ninguno hubo depresión, de los 25 que laboran 30-36 horas, 7 (38 %) tenían depresión; 27 laboran 40-48 horas y de ellos 4 (29.63%) tenían depresión, 31 laboran entre 50-60 horas y de ellos 7 (22.59 %) tenían depresión, 9 laboran entre 61-71 horas y entre ellos no hubo depresión, 18 laboran entre 72 ó más horas y de ellos 4 (22.22 %) tenían depresión (Tabla XI, Gráfica X)

Para el tipo de puesto desempeñado se observó lo siguiente. De los 89 médicos con atención médica 18 (20.23 %) tenían depresión; de los 7 con puesto administrativo, 1 (14.29 %) tuvo depresión y de los 14 con ambos puestos, 3 (21.43 %) tuvieron depresión, siendo más frecuente en este puesto (Tabla XII, Gráfica XI)

De los 22 médicos con depresión se determinó la automedicación encontrándose que un total de 8 médicos (36.36 %) se automedican, entre ellos 5 hombres y 3 mujeres; 14 médicos (63.64 %) no hacen uso de la automedicación, entre estos 10 masculinos y 4 femeninos (Tabla XIII, Gráfica XII)

De entre los 22 médicos con Depresión solo 8 médicos (36.36 %) respondieron tener antecedentes familiares de depresión, 5 del sexo masculino y 3 del sexo femenino. 13 médicos (59.09 %) los negaron, entre estos 10 del sexo masculino y 3 del femenino y solamente 1 del sexo femenino respondió que lo ignoraba (Tabla XIV, Gráfica XIII).

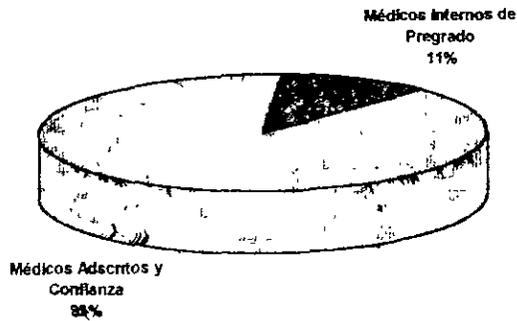
**TABLA I: PERSONAL MEDICO DE LA CLÍNICA HOSPITAL**  
 "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995

Médicos Adscritos de Base y Confianza	129
Médicos Internos de Pregrado	16
Total	145

Fuente: Depto de Recursos Humanos y Depto de Estadística

**GRÁFICA I**

**PERSONAL MEDICO DE LA CLINICA HOSPITAL**



**TABLA II: CUESTIONARIOS APLICADOS**

Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " ISSSTE, Querétaro, Diciembre. 1995

Médicos de Vacaciones o permiso	22	15.18
Cuestionarios Aplicados	123	84.82
Total	145	100.00

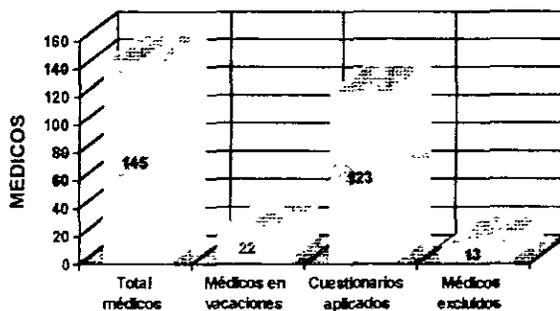
Fuente. Depto de Recursos Humanos y Cuestionarios

**TABLA III: CUESTIONARIOS APLICADOS Y MÉDICOS EXCLUIDOS**

Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995.

Médicos Excluidos	10	8.14
Respuestas Incompletas	1	0.81
Respuestas Erróneas	1	0.81
No se acepto responderlo	1	0.81
Médicos Incluidos	110	89.43
Total	123	100.00

Fuente Cuestionarios

**GRÁFICA II****PLANTILLA DE MEDICOS Y CUESTIONARIOS APLICADOS****PLANTILLA Y CUESTIONARIOS**

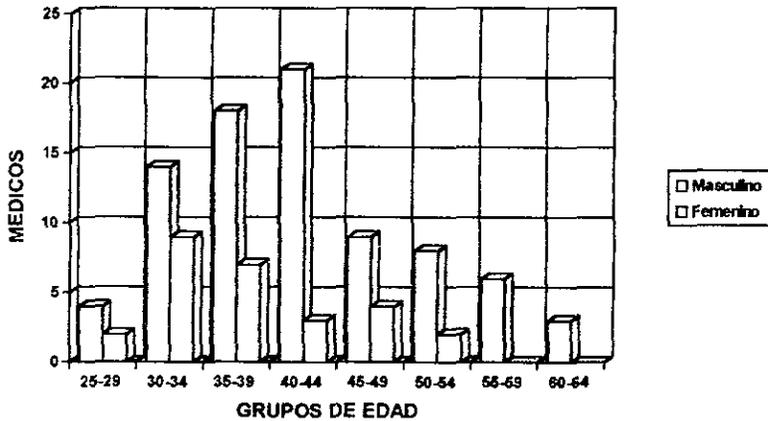
**TABLA IV: CUESTIONARIOS APLICADOS POR EDAD Y SEXO.**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995.

Edad (en años)	Sexo masculino		Sexo femenino		Total	%
	masculino	%	femenino	%		
25a 29	4	3.63	2	1.81	6	5.45
30a 34	14	12.72	9	8.18	23	20.90
35a 39	18	16.36	7	6.36	25	22.72
40a 44	21	19.09	3	2.72	24	21.81
45a 49	9	8.18	4	3.63	13	11.81
50a 54	8	7.27	2	1.81	10	9.09
55a 59	6	5.45	--	----	6	5.45
60a 64	3	2.72	--	----	3	2.72
Total	83	75.45	27	24.55	110	100.00

Fuente Cuestionarios

**GRÁFICA III**

**CUESTIONARIOS APLICADOS POR EDAD Y SEXO**



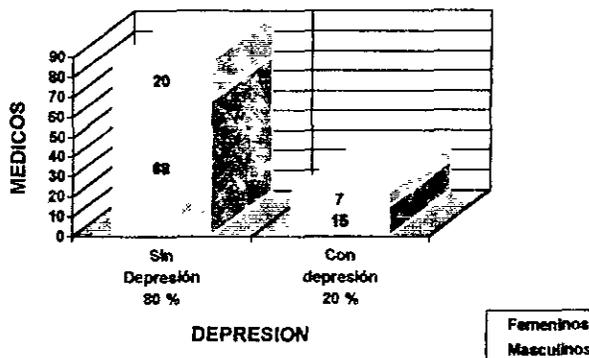
**TABLA V: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE  
 Querétaro, Diciembre 1995

Total de Médicos	110	100 %
Médicos sin Depresión	88	80 %
Médicos con Depresión	22	20 %

Fuente Cuestionarios

**GRÁFICA IV**

**FRECUENCIA DE DEPRESION  
 EN PERSONAL MEDICO**



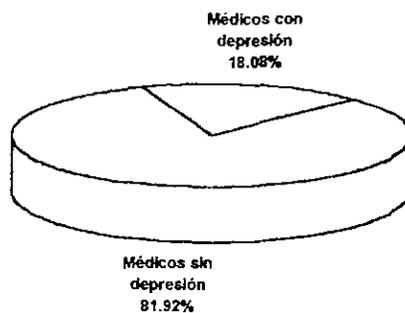
**TABLA VI: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEXO MASCULINO**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE Querétaro, Diciembre 1995.

Médicos sin Depresión	68	81.92 %
Médicos con Depresión	15	18.08 %
Total	83	100.00 %

Fuente Cuestionarios

**GRÁFICA V**

**FRECUENCIA DE DEPRESION SEXO MASCULINO**



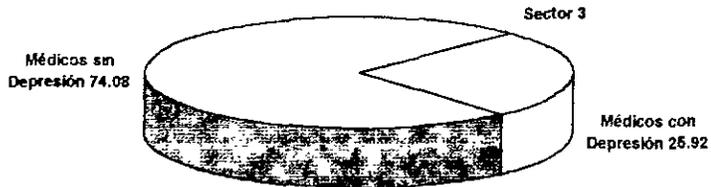
**TABLA VII : FRECUENCIA DE DEPRESIÓN SEXO FEMENINO**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995.

Médicos sin Depresión	20	74.07 %
Médicos con Depresión	7	25.93 %
Total	27	100.00 %

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICA VI**

**FRECUENCIA DE DEPRESION SEXO FEMENINO**



**TABLA VIII: CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN (ESCALA DE ZUNG) POR EDAD Y SEXO**

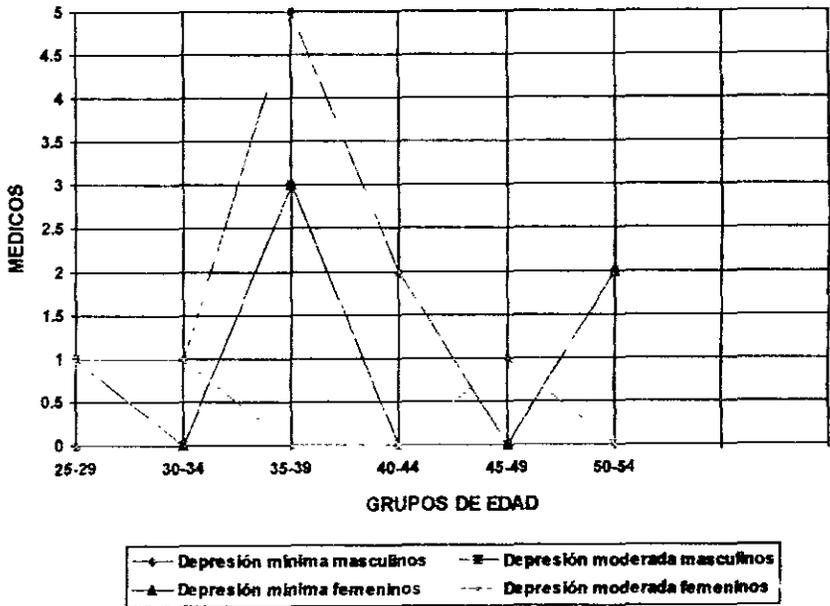
Clinica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre, 1995

Depresión	Grupo de edad	Sexo masculino	%	Sexo femenino	%	Total	%
Mínima o ligera	25-29	1	6.66	-	-	1	4.54
	30-34	1	6.66	-	-	1	4.54
	35-39	5	33.34	3	42.88	8	36.38
	40-44	2	13.34	1	14.28	3	13.64
	45-49	-	-	-	-	-	-
	50-54	-	-	-	1	14.28	1
Total parcial		9	60.00	5	71.44	14	63.64
Moderada o marcada	25-29	1	6.66	-	-	1	4.54
	30-34	-	-	1	14.28	1	4.54
	35-39	3	20.00	-	-	3	13.64
	40-44	-	-	-	-	-	-
	45-49	-	-	1	14.28	1	4.54
	50-54	2	13.34	-	-	2	9.10
Total Parcial		6	40.00	2	28.56	9	46.36
Depresión severa	-	-	-	-	-	-	-
Total		15	100.00	7	100.00	22	100.00

Fuente Cuestionarios

## GRÁFICA VII

### CLASIFICACION DE DEPRESION POR EDAD Y SEXO



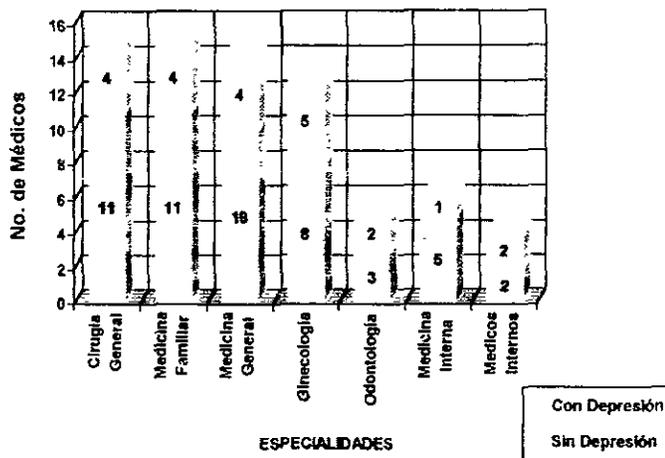
**TABLA IX: DEPRESIÓN POR ESPECIALIDAD**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995.

Especialidad	Total	Médicos sin Depresión	%	Médicos con Depresión	%
Cirugía General	15	11	73.33	4	26.66
Medicina Familiar	15	11	73.33	4	26.66
Medicina General	14	10	71.42	4	28.58
Ginecología	13	8	61.53	5	38.47
Odontología	5*	3	60.00	2	40.00
Medicina Interna	6*	5	83.33	1	16.67
Médicos Internos	4*	2	50.00	2	50.00

Fuente: Cuestionarios.

**GRÁFICA VIII**

**DEPRESION POR ESPECIALIDAD**



**TABLA X: DEPRESIONS POR ESTADO CIVIL**

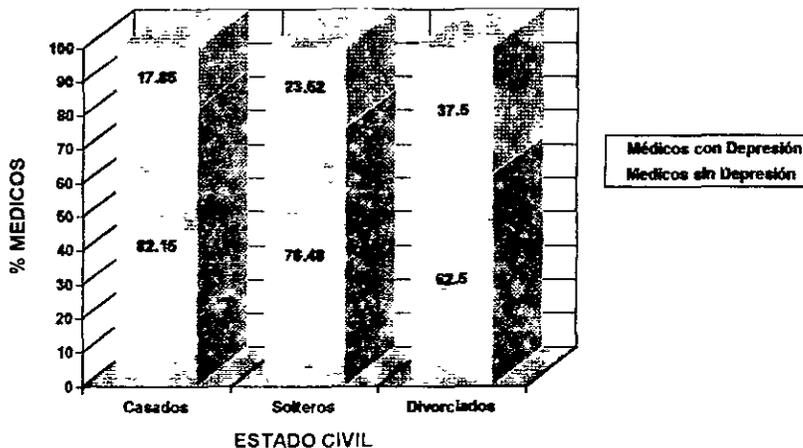
Clinica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE. Querétaro, Diciembre 1995.

Estado Civil	Total	Médicos sin Depresión	%	Médicos con Depresión	%
Casados	84	69	82.15	15	17.85
Solteros	17	13	76.48	4	23.52
Divorciados	8	5	62.50	3	37.50

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICA IX**

**DEPRESION POR ESTADO CIVIL**



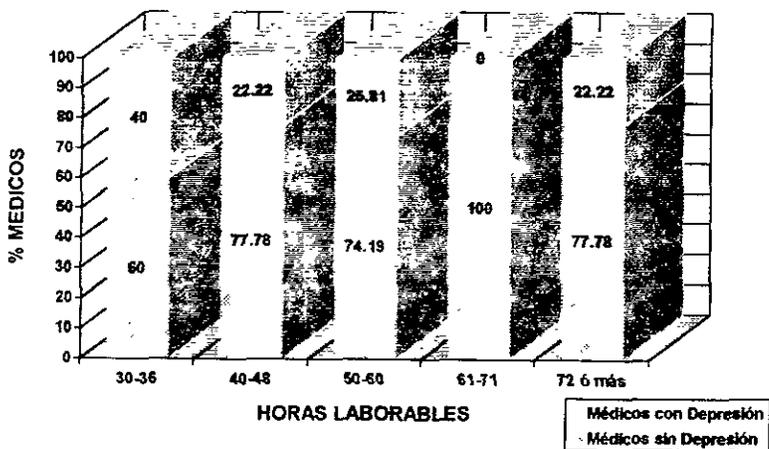
**TABLA XI: DEPRESIÓN POR NUMERO DE HORAS LABORABLES**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995

No Horas Laborables	Total	Médicos sin Depresión	%	Médicos con Depresión	%
30-36	25	18	72.00	7	38.00
40-48	27	19	70.37	4	29.63
50-60	31	24	77.41	7	22.59
61-71	9	9	100.00	-	-
72 ó más	18	14	77.78	4	22.22

Fuente Cuestionarios.

**GRÁFICA X**

**DEPRESION POR NUMERO DE HORAS LABORABLES**



**TABLA XII: DEPRESIÓN POR PUESTOS**

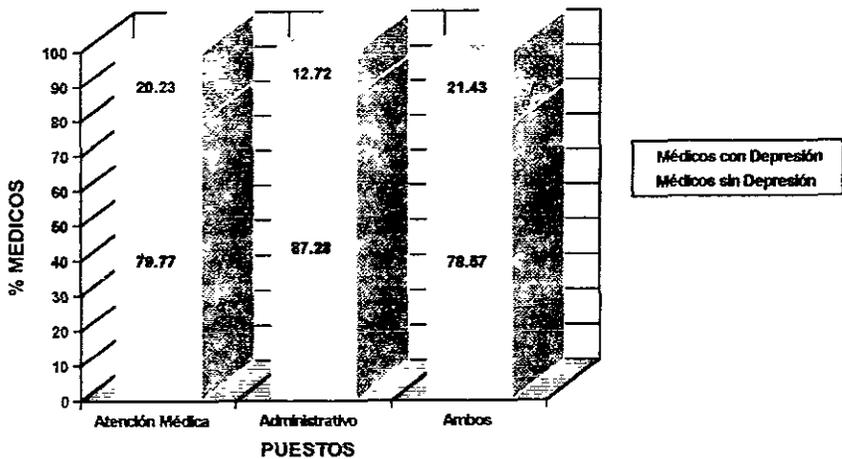
Clinica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O" ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995.

Puesto	Total	Médicos sin Depresión	%	Médicos con Depresión	%
Atención Médica	89	71	79.77	18	20.23
Administrativo	7	6	87.28	1	12.72
Ambos	14	11	78.57	3	21.43

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICA XI**

**DEPRESION POR PUESTOS**



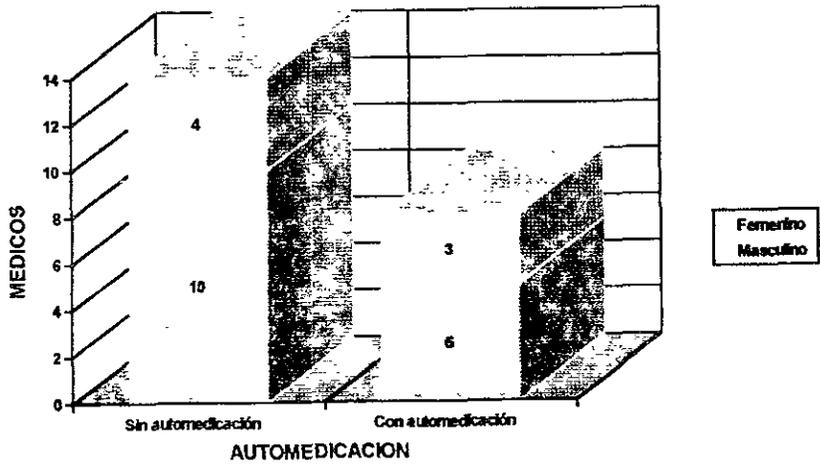
**TABLA XIII: DEPRESIÓN Y AUTOMEDICACIÓN**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro, Diciembre 1995

Automedicación	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
Si existe	5	33.34	3	42.85	8	36.36
No existe	10	66.66	4	57.15	14	63.64
Total	15	100.00	7	100.00	22	100.00

Fuente: Cuestionarios

**GRÁFICA XII**

**DEPRESION Y AUTOMEDICACION**



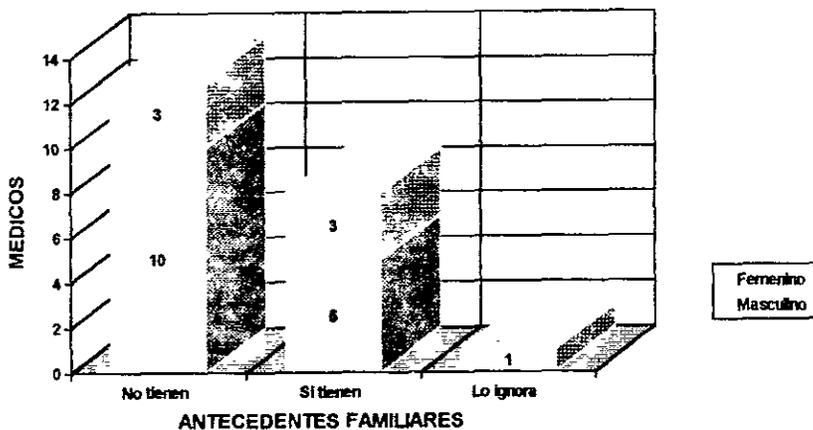
**TABLA XIV: DEPRESIÓN Y ANTECEDENTES FAMILIARES**  
 Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." ISSSTE, Querétaro. Diciembre 1995.

Antecedentes Familiares	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
No tienen	10	66.66	3	42.86	13	59.09
Si tienen	5	33.34	3	42.86	8	36.36
Lo ignora	-	-	1	14.28	1	4.55
Total	15	100.00	7	100.00	22	100.00

Fuente Cuestionarios

**GRÁFICA XIII**

**DEPRESION Y ANTECEDENTES FAMILIARES**



## **DISCUSION.**

De los 129 médicos adscritos de base y confianza, así como los 16 Internos de Pregrado, se aplicaron solo 123 (84.82 %) cuestionarios, ya que 22 (15.18%) se encontraban de vacaciones o permiso. De estos 123 cuestionarios se excluyeron 13, de los cuales fueron 10 Internos por edad < 25 años; y 3 por respuestas incompletas, erróneas o no aceptar responderlo, quedando 110 médicos (75.86 % del total de la plantilla) incluidos en el estudio, siendo una muestra adecuada para esta investigación

Se lograron todos los objetivos propuestos. observándose que si existe depresión en el Personal Médico de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez Ortiz" realizándose el siguiente análisis

Se dividieron las edades por quinquenios en la muestra, observándose que el mayor porcentaje (19.09 %) para el sexo masculino se encuentra entre las edades de 40-44 años (Media 35, Mediana y Moda 40) y en el caso del sexo femenino (8.18 %) están entre las edades de 30-34 años (Media y Mediana de 36, Moda 37).

### **Frecuencia de depresión:**

De acuerdo a la Escala de Zung se encontró que la Frecuencia de depresión en el Personal Médico de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O " es del 20 % que correspondería a los estudios realizados por Blazer y Cols., estudios de Inglaterra y E.U. con una frecuencia de depresión del 13-20 %, y el Instituto Nacional de Salud Mental USA menciona el 33 % de la población, (2,4,8) ; aunque la OMS refiere cifras del 4 %

### **Frecuencia de Depresión por sexo:**

La Frecuencia de depresión para el sexo masculino resultó ser del 18.08 % y para el femenino de 25.93 %; lo que indica una relación de 3:4, difiriendo de lo que la mayoría de los autores, que mencionan una relación de 2:1 mujeres/hombres (2,3,7,9,10); por razones que no están todavía del todo claras Weissman y Cols , refieren la más alta frecuencia de depresión en las mujeres, por posibles factores como más tensión, fatiga nerviosa, angustia, diferentes patrones de búsqueda de ayuda; aunque se propone que puede haber factores tanto biológicos, sociales y psicológicos que los favorezcan (9)

### **Frecuencia de Depresión por edad, sexo y tipo de depresión:**

En la Clasificación de depresión por edad y sexo se encontró que es más frecuente la Depresión Mínima (36.38 %) para ambos sexos entre las edades de 35-39 años, y la Depresión Moderada (13.64 %) entre el mismo grupo de edad para el sexo masculino, en el caso del sexo femenino se encontró entre los 30-34 años y entre 45-49 años. La Depresión Severa no se presentó Las publicaciones revelan que la edad más frecuente es entre los 35-45 años de edad en las mujeres, y en los hombres a partir de los 55 años de edad (3.8). otros autores mencionan edades entre los 40-49 años, apareciendo antes en las mujeres que en los

hombres (2), todo esto para la Depresión mayor, ya que las estadísticas realizadas se refieren sobre todo a esta y al trastorno bipolar, en el cual la edad de inicio es más temprana entre los 20 y 33 años de edad (1,2,3,5)

#### **Frecuencia de depresión por Especialidad:**

Al determinar la frecuencia de depresión por Especialidad, se observó que los Médicos Internos de Pregrado, los Odontólogos, y Médicos Internistas son muestras no significativas para valorar la depresión, las otras especialidades. Médicos Generales (28.58 %), Cirujanos Generales y Médicos Familiares (26.66 %) y Ginecólogos (38.47 %): los que más presentan depresión son los Ginecólogos, después los Médicos generales y Médicos Familiares y Cirugía General; no encontrándose depresión en el resto de las Especialidades. Desconociéndose los factores que estén influyendo para que solamente en algunas Especialidades se presenten depresión y en otras no, además de que no hay publicaciones de estudios hechos al respecto. En el caso de los Internos de Pregrado, es una muestra de 4 médicos solamente, (muestra no significativa) llamando la atención que 2 de ellos presentaron depresión se podría inferir que puede haber factores que influyan durante su internado rotatorio como más estresantes, ya que algunos estudios realizados en internos médicos quirúrgicos y pediátricos, de un programa médico mencionan que la ansiedad y la depresión fueron los síntomas más comunes y clínicamente significativos, en los diferentes intervalos del estudio con una frecuencia del 29-34 %, debido a las demandas adaptativas de un nuevo sistema de organización, adicionado a la educación y actividades del cuidado del paciente (14)

#### **Frecuencia de depresión por Estado Civil:**

Con respecto a la frecuencia de depresión y el Estado Civil, se encontró que fue más frecuente en los Divorciados (37.50 %) y en los Solteros (23.52 %), que en los Casados (17.85 %); lo que correspondería a los reportes de las investigaciones publicadas en donde refieren, que las personas que no tienen una relación estable presentan más riesgo de depresión, así como los divorciados y solteros (1,2,3)

#### **Depresión por número de horas laborables:**

Se dividieron las horas en rangos de acuerdo a las repuestas del párrafo correspondiente en el cuestionario, no encontrándose relación entre la mayor carga horaria y la mayor frecuencia de depresión, ya que, los médicos que trabajan de 30-36 horas tuvieron la mayor frecuencia (38 %), a diferencia de los que trabajan 72 ó mas horas, presentaron la menor frecuencia (22.22 %) Deduciéndose que la mayor carga horaria no es un factor de riesgo para los síntomas depresivos y que pueden existir otros factores que puedan estar influyendo en éstos resultados, como podría ser la situación socioeconómica mencionada en un estudio de la ECA, en el que los índices de depresión fueron inferiores entre los empleados y/o personas económicamente independientes; los desempleados y trabajadores de la asistencia pública tenían riesgo tres veces superior de depresión mayor (1) Otros autores mencionan que no tiene correlación (3)

### **Depresión por puestos:**

El Personal Médico que desempeña Ambos Puestos tiene un riesgo más elevado de padecer depresión (21.43 %); siguiéndole los de Atención Médica (20.23 %) y Administrativos (12.72 %) con la menor frecuencia Desconociéndose los factores que predispongan a esta situación, ya que no se encontraron estudios al respecto.

### **Depresión y automedicación:**

Se observó que existe la automedicación (36.36 %) entre el Personal Médico ignorándose si los que no se automedican es porque creen no necesitarlo o no se han dado cuenta de su problema, y el sexo femenino es el que más se automedica (42.85 % vs 33.34%).

### **Antecedentes Familiares de Depresión:**

Existe un mayor porcentaje de Personal Médico que negaron los Antecedentes Familiares (59.09 % vs 36.36 %), aunque hay médicos que lo ignoran (4.55 %) En el sexo masculino los antecedentes familiares de depresión fueron más negativos (66.66 % vs 33.34 %), y en el femenino fueron iguales (42.86 % vs 42.86 %). La literatura publicada menciona que, los pacientes con historia familiar de depresión mayor tienen un riesgo de hasta 2 a 3 veces mayor de padecer depresión, o un riesgo del 20 % para los trastornos afectivos, asociada con un inicio temprano. Otros factores de riesgo incluyen una temprana muerte del padre y experiencias infantiles en un entorno caótico y generalmente negativo, de manera que los factores traumatizantes que operan en la infancia, inciden en la formación de una personalidad proclive a la depresión (1,2,3,7) Para el trastorno bipolar, los familiares en primer grado muestran un riesgo en vida del 25 %, que es en donde el factor hereditario más se ha observado (1,3). De acuerdo a esto debería esperarse que hubiera más antecedentes familiares de depresión en los médicos que presentaron síntomas depresivos

## CONCLUSIONES:

La depresión es uno de los problemas psiquiátricos más comunes en la población general, observándose que en los médicos, como seres humanos, también existe la depresión en alguna época de su vida; en este estudio los objetivos planteados se lograron todos ellos, encontrando que se presenta en ambos sexos, entre las edades de 35 a 39 años, con predominio del sexo femenino, pero con aumento en el sexo masculino en la relación reportada por otros autores de 2:1 mujeres/ hombres, que en este caso fue de 4:3, en los que pueden influir diversos factores como son: biológicos, psicosociales, genéticos, demográficos y familiares, todo esto indica que probablemente la depresión en el Personal Médico de la Clínica Hospital "Dr. Ismael Vázquez O." correspondería a una Depresión Menor.

Llama la atención que entre varias especialidades, los Médicos Internos de Pregrado presentan una mayor frecuencia de depresión, pero se trata de una muestra poco significativa, por lo que sería adecuado determinar si en realidad en esta etapa se presenta más depresión y de que manera algunos factores pueden estar influyendo, como su internado rotatorio más estresante, presiones de tipo académico y laboral. En otras especialidades como Medicina General, Familiar, Cirugía General y Ginecología, se presenta la depresión, y otras no aparece; desconociéndose los factores que influyan para su presentación, por lo que sería importante determinarlos.

El grupo de la muestra conformado por divorciados, presentaron la mayor frecuencia de depresión, seguido por el grupo de solteros y finalmente los casados, semejante a lo reportado en otros estudios.

Se observó que la mayor carga de horas laborales, no es un factor de riesgo de depresión, ya que en el grupo de Médicos que trabajan jornadas mayores reportan menor frecuencia de depresión, por lo que sería importante determinar que otros factores están implicados en este grupo especial de población.

El Personal Médico que desempeña labores médicas y administrativas, tiene la mayor frecuencia de depresión, debido probablemente, a actividades con mayor estrés como factor precipitante, en tanto que el grupo de médicos que desempeñan únicamente labores administrativas presentaron menor frecuencia.

Se observó una tendencia del Personal Médico a la automedicación, siendo esto más frecuente en el sexo femenino, con una relación 7:4, podría ser que los médicos conociendo la historia natural de la enfermedad hacen uso de la automedicación, desconociéndose si la dosis empleada, y el tiempo de tratamiento es adecuada, pudiendo presentar recurrencias.

Un alto porcentaje de la muestra negó Antecedentes Familiares de Depresión, contrario a lo esperado en este estudio, debido probablemente a que desconocen sus antecedentes familiares, o que existen otros factores que pueden estar influyendo.

Este trabajo es de importancia, ya que puede motivar el interés y conciencia de los profesionales de la salud, que pueden cursar con esta problemática. ya que se encuentran expuestos a los mismos factores de la población general, y a otros factores de riesgo detectados en este estudio. Por lo que sería importante promover y elaborar programas de Información, Detección y Tratamiento oportuno de Depresión a través del tratamiento farmacológico adecuado. dinámicas grupales, que eleven el nivel de salud mental en el personal Médico, que se encuentre dentro los factores de riesgo ya sea demográficos, socioeconómicos, familiares o laborales, para disminuir la incidencia, ya que esto repercutiría en el rendimiento laboral y en la mejor atención a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN J.P Feighner, W.F Boyer Perspectivas en Psiquiatría Volumen 2 Editorial Wiley 1991.13-26, 31-41, 49-51, 83, 208-209.

PSIQUIATRÍA. Vidal- Alarcón Editorial Médica Panamericana, 1986. Pags 340-342, 349-356.

3.- COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA Harold I Kaplan, Benjamin J. Sadock. Salvat Editores S A Pags 247-255.

4.- GUÍAS DE PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA Fascículo 9. Depresión y antidepresivos Dr. Ramón de la Fuente M., Dr. Alberto Lifshitz, Guinzberg. Sistema Nacional de Salud, Julio 15, 1993. pags 1,3.

5.- PSIQUIATRÍA GENERAL. Howard H. Goldman. 2ª Edición. Editorial Manual Moderno . 1989, Pags 349-351, 355-366.

6.- TEMAS DE MEDICINA INTERNA. PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA PRACTICA MEDICA Dr. Juan Ramón de la Fuente Vol. II No. 3, 1994 Interamericana Mc Graw-Hill Pags. 411- 413

7.- MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. Paul J Barreira. Editorial Salvat Pags. 123-124

8 - Dr Beaumont M.B , Ch B , F.R.C.Psych , F.I. Biol. "Diagnóstico y manejo de la depresión en la practica del Médico General" Focus on Depression. Septiembre 1990, 1-2

9 - Myrna M Weissman , Roger Bland, Peter R. Joyce and Cols. "Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives". Journal of affective Disorders, 1993, 29, 77-84

10 - Silverstein, B & Perlick, D , DIFERENCIAS SEXUALES EN LA DEPRESIÓN CAMBIOS HISTÓRICOS. Focus on depresión, Septiembre 1992 Pags. 68

11 - Brodaty H , Peter K., Boyce, P , y cols. EDAD Y DEPRESION Focus on depression. Septiembre 1992, Pags 60-61.

12 - Rihmer Z., Rutz W., Barsi J., Suicide Rate, prevalence of diagnosed depresión and prevalence of working physicians in Hungry Acta Psychiatr Scandinavica 1993 : 88 Pags 391-393

13 - Dew, M A , Bromet E J., Schulberg H C., y cols. Factores que afectan la consulta por depresión en una población de empleados de oficina Focus on depression, Septiembre 1992. Pags. 65-66.

14 - Steven E. Scheneider y Walter M. Philips Depression and anxiety in medical, surgical. and pediatric interns Psychological Reports 1993. 72. Pags 1145-1146

15.- William W. K Zung, MD, Durham, NC A Self-rating Depression Scale. Arch. Gen Psychiat Vol 12 , Enero 1965 Pags 63-67.

16.- William W. K. Zung, MD, Durham, NC. From Art to Science. Arch Gen Psychiatry Vol 29, Sept 1973. Pags 328-335.

17 - Gosker CE, Berger H., Deelman BG. Depression in independently living elderly, a study with the Zung-12. Tijdschr-Gerontol-Geriatr Agosto 1994, 25 (4).Pags. 157-162.

18 - Circuit Psychiatrie voor Ouderen, Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, Den Tijdschr-Gerontol-Geriatr. Agosto 1994, 25 (4) 150-6

19 - A John Rush. M.D. "Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis and Treatment" junio 1993,47 (8), 1783-1784.

20 - F J Vaz Leal y J. Gómez Romero. "Trastornos afectivos: Depresión" Tratado de Medicina Práctica, Psiquiatría, México, Dic.1995, 36, (36-38)

21 - Neuropsicofarmacología Victor Uriarte Edit LIMUSA 1989, 3A. Ed, 23-24

22.- Stuart Montgomery Dr. "Confrontando la depresión" Medi Cine Pfizer Inc 1997, 23-24

23 - A Fernández Liria y J. Mas Hesse."terapéuticas Psiquiátricas". Tratado de Medicina Práctica, Psiquiatría, México, Dic.1995, 36, (66-71)

### ANEXO 1

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Número de horas laborables por semana \_\_\_\_\_

Puesto o puestos en Institución \_\_\_\_\_ Realiza automedicación antidepresiva \_\_\_\_\_

¿Tiene Antecedentes Familiares de depresión \_\_\_\_\_

Por favor, señale una respuesta en c/u de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO LLORAR.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO IGUAL QUE ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/ HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZÓN LATE MAS RÁPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLLA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. TOMO LAS DECISIONES FÁCILMENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARIAN MEJOR SIN MI SI ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO 2

### CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL SDS

Por favor señale una respuesta en cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría de las Veces o Siempre	
1 ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	01	02	03	04	
2 POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	04	03	02	01	
3 TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO LLORAR.	01	02	03	04	
4 TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	01	02	03	04	
5 COMO IGUAL QUE ANTES	04	03	02	01	
6 DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	04	03	02	01	
7 NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	01	02	03	04	
8 TENGO PROBLEMAS DE ESTRÉNTAMIENTO	01	02	03	04	
9 MI CORAZÓN LATE MAS RÁPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	01	02	03	04	
10. ME CANSO SIN MOTIVO	01	02	03	04	
11 MI MENTE ESTÁ TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	04	03	02	01	
12. ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER	04	03	02	01	
13 ME ENCUENTRO INTRANQUILUO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	01	02	03	04	
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	04	03	02	01	
15 SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	01	02	03	04	
16. TOMO LAS DECISIONES FÁCILMENTE	04	03	02	01	
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO	04	03	02	01	
18 SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	04	03	02	01	
19 SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARÍAN MEJOR SIN MI SI ESTUVIESE MUERTO	01	02	03	04	
20 SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	04	03	02	01	
					PUNTAJON BRUTA
					INDICE SDS

Indice SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Debajo de 20	Dentro de lo normal sin psicopatología
20-29	Presencia de depresión mínima o ligera
30-39	Presencia de depresión moderada o marcada
40 ó más	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice SDS									
Punt. Bruta	I. SDS	Punt. Bruta	I. SDS	Punt. Bruta	I. SDS	Punt. Bruta	I. SDS	Punt. Bruta	I. SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100