

233



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0290960

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA
EN LA DEPRESIÓN MAYOR

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
GRISEL SÁNCHEZ MIRANDA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. HÉCTOR LARA TAPIA

MÉXICO, D.F.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



2001

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Gracias a mis padres quienes en todo momento me han brindado su apoyo, amor y comprensión para realizar uno de mis más grandes sueños que con esta tesis se ve consolidado. Con su ayuda he logrado concluir una de las etapas más trascendentales de mi vida. Gracias de todo corazón por aligerarme el camino con sus sabios consejos

*Quisiera agradecer al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía por el apoyo
brindado para la realización de esta investigación de tesis con la cual concluyo una de
las más importantes etapas de mi vida.*

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México; ya que siguió paso a paso mi formación y además me brindó la oportunidad de enriquecerme más como persona. Gracias a su apoyo económico para la titulación se hizo posible la consolidación de este proyecto.

Gracias Dr. Héctor Lara Tapia por su apoyo incondicional y su confianza durante este proceso.

Indice

	Pg
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Marco Teórico	
I.1 Depresión	4
I.2 Causas de la Depresión	11
I.3 Clasificación de la Depresión	15
I.4 Sintomatología y Diagnóstico	22
I.5 Depresión y Comorbilidad	31
I.6 Tratamiento Utilizado en las Depresiones	35
I.7 Estudios anteriores	44
I.8 El Zung como herramienta de evaluación de la depresión	49
CAPÍTULO II. Metodología	
II.1 Justificación	57
II.2 Planteamiento del Problema	57
II.3 Procedimiento	57
II.4 Variables	58
II.5 Hipótesis	59
II.6 Tipo de Estudio	60
II.7 Características de la Muestra	60
CAPÍTULO III Resultados	61
CAPÍTULO IV	
IV.1 Discusión	75
IV.2 Conclusiones	83
IV.3 Aportaciones y Limitaciones	83
ANEXO	84
BIBLIOGRAFÍA	85

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA EN LA DEPRESIÓN MAYOR

Resumen

Este es un estudio integral de los trastornos del estado de ánimo que se realizó en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco en la división de Psiquiatría. A lo largo de este estudio se tomaron en cuenta los datos que se obtuvieron a través de la EAMD de Zung, como de los expedientes correspondientes. Cabe mencionar que, además de la evaluación de dichos resultados, que se obtuvieron con la aplicación de esta herramienta psicológica, se evaluaron otras condiciones que intervienen en la evolución de la depresión mayor de acuerdo al DSM IV.

Introducción

Los trastornos del estado de ánimo, tal como se clasifican en la actualidad, sobre todo los estados depresivos, son desde el punto de vista epidemiológicos los trastornos psicopatológicos más frecuentes, tanto en la población general (Caraveo, 1997) como en servicios psiquiátricos (Lara Tapia y Ramírez, 1976, 1986; Lara Tapia y Espinosa, 1975; Lara Tapia, 1999) y con importante riesgo para la vida por su asociación con la conducta suicida (Lara Tapia, 1984, 1996), y son considerados como uno de los principales problemas de salud pública contemporáneos en nuestro país y en todo el mundo (Calderón, 1990; Judd, 1995).

Por otra parte, los importantes cambios en el campo de la psicofarmacología conductual, en el cual actúa el psicólogo prominentemente en la actualidad (Lara Morales, 1991; Marván, 1987, 1990) han modificado muchos de los aspectos diagnósticos debido a sus modificaciones de las condiciones clínicas originales, desde la etiología hasta el tratamiento. Así mismo, la importancia de estos psicofármacos sobre el tratamiento psicoterapéutico, donde se ha mostrado cómo el efecto farmacológico produce cambios cognoscitivos mensurables, que permiten indicar el momento en que la psicoterapia puede adquirir un nivel óptimo, por cambios motivacionales y perceptuales (Moreno Padilla et al., 1972).

Por otra parte, el uso de escalas clínicas breves para la medición de la depresión desarrolladas primordialmente para la evaluación de psicofármacos (Hamilton, 1960) y estudiar amplios grupos de población en una forma rápida (Zung, 1965), así como el conocimiento de la comorbilidad depresiva en otros trastornos, considerada como “depresión oculta” (Lopez Ibor, 1972; Zung, 1965) permite una evaluación más rápida y efectiva aunado a las pruebas psicológicas más estructuradas. Un ejemplo de éstas es el MMPI que nos sirve para discriminar otro tipo de trastorno psicopatológico asociado a la depresión (Aguilera Gómez, 1977).

Entre estas escalas se destacan los estudios realizados con la escala de Hamilton (Lara Tapia, 1971), la de Beck (1967) y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, de la cual se encuentra amplia experiencia en el campo hospitalario a partir de su estandarización para nuestro país (Lara Tapia y col., 1976; Lara Tapia y Ramírez, 1972, 1991, 1996, 1998 y 1999), (Ramírez de Lara et al., 1971 y 1972), la cual ha mostrado un elevado nivel de correlación con la escala D del MMPI así como validez concurrente con otras escalas, como la de Beck: (Rodríguez Aguayo, 1999).

Considerando que el diagnóstico de la depresión sin embargo no debe ser confinado a una mera clasificación nosológica, sino que debe tomar la forma de un análisis dual en donde los aspectos fenomenológicos también deban ser incluidos. Tomando como regla general el diagnóstico nosológico que juega un papel decisivo en la indicación tanto de los psicofármacos, como de la psicoterapia. Mientras que los aspectos fenomenológicos nos sirven para decidir que antidepresivo se debe emplear.

Las drogas psicoactivas se seleccionan condicionadas por tres síntomas “blanco”: un estado de ánimo depresivo, ansiedad y disminución del impulso vital, donde el antidepresivo prescrito debe tener un patrón apropiado para la naturaleza de estos síntomas.

De acuerdo a lo anterior, el trabajo diagnóstico del psicólogo no se reduce exclusivamente a un área nosológica, sino a discriminar estos aspectos, buscando optimizar el tratamiento integral del paciente.

Capítulo I

I.1 Depresión

La depresión es una de las enfermedades que tiene orígenes desde los tiempos más antiguos y nos atacan hasta ahora. A la depresión se le conoce desde épocas antiguas y nos podemos remontar hasta los griegos, quienes tuvieron conocimiento de la depresión llamándola melancolía (del griego melas-negro-y chole-bilis). La melancolía para ellos era una enfermedad que tenía un humor en especial y atacaba a la gente en su talante (Sigerist 1961), primeramente mencionada por Hipócrates (460-370 a.C.). Esta melancolía se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia, pero ésta era más conocida por aspectos de tipo somáticos (Maritiny 1964), siendo que ellos aunque la conocían no la caracterizaban como una enfermedad en sí, sino como una serie de síntomas asociados a una enfermedad. Con el paso del tiempo la depresión fue más y más conocida y más estudiada. Después se le conoció como una melancolía profunda que no hacía nada, sino que sólo provocaba que el individuo fuera perdiendo el interés de la vida poco a poco. Después uno de los apuntes más interesantes fueron hechos por Galeno de Pérgamo en su escrito *On Medical Definitions* (Galeno 1963), donde describe a la melancolía como una alteración crónica que no es acompañada por fiebre. Los pacientes que padecían de este tipo de melancolía presentaban una sintomatología que se caracterizaba por hacer sentir a los individuos temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. Pero no fue hasta Santo Tomás que el término se inició en el ámbito completamente teológico-moral; ya que se le asociaba más a los pecados de pereza y holgazanería. A partir de Santo Tomás el término se ha tornado más médico y se le asocia más a una lasitud, un desaliento y a los estados de desesperanza del futuro (Polaino, 1985).

En la actualidad el conocimiento común conoce a la depresión como un problema que se asocia con tristeza, puesto que una persona deprimida no es más que una persona triste y cuya tristeza no tiene razón de ser. La tristeza para Kurt Schneider (1967) no es más que un tipo de depresión incomprensible, y no tiene ninguna relación con otro tipo de

problemas. Aunque no siempre es así. Esta concepción un tanto antigua no sirve en el presente para un diagnóstico exacto puesto que no es un determinante para su diagnóstico. Por otro lado la tristeza no es un sólo factor para la categorización de la depresión puesto que ésta puede estar acompañada por otras características como pueden ser la lentificación del pensamiento, sentimiento de culpa, ruina, hipocondría y paranoia (Polaino, 1985).

Disfrutar o estar triste, son formas importantes del estado de ánimo de los humanos; sin embargo, la exageración de cualquiera de las dos formas o ambas (manía y melancolía) es una manera sencilla de detectar un desorden mental (White, 1956). Magnan denominó "Locura intermitente" a esa patología en la que alternan en intervalos más o menos largos dos síndromes opuestos: el síndrome maniaco y el depresivo. (Fancoult, 1990).

Los factores que se presentan en los cuadros depresivos pueden ser tan variados puesto que la depresión puede también mostrarse como un tipo de depresión activa o ansiosa. El sujeto depresivo presentará diferentes tipos de manifestaciones emocionales, siendo las más representativas tristeza patológica, ansiedad y períodos de irritabilidad y mal humor (Ledesma y Melero 1989). Una de las características físicas que normalmente se encuentran en este tipo de cuadros son: la pérdida de peso y falta de deseo sexual los cuales no aparecerán inmediatamente sino que puede pasar un cierto tiempo para que éstos se presenten. Otro factor que puede presentarse es la alteración del sueño, presentándose en ciclos alterados o simplemente en la pérdida de éste. En otras ocasiones el sueño es excesivo en depresiones morfeicas (Rojas y Ballesteros 1952). Estos síntomas pueden presentarse de una manera diferente por lo que es preciso manejarlos de una manera coordinada y complementaria para un diagnóstico acertado.

En pacientes depresivos se muestran ideas suicidas en las que él piensa que es mejor el dejar de vivir que el vivir como lo ha estado haciendo hasta ahora. El paciente normalmente le hará patente al doctor o a la familia el deseo de suicidio, y generalmente cuando tiene la idea suicida tiene algún plan para realizarlo (Ledesma y Melero 1989).

Otros tipos de depresiones no corresponden a los cuadros clínicos antes mencionados sino que son depresiones atípicas y se presentan de una manera de cefaleas y tipos diferentes

de autoagresión a sí mismo en determinadas partes de su cuerpo, conociéndose este tipo de depresiones como enmascaradas (Ledesma y Melero 1989).

Tres de las teorías más prácticas sobre la depresión resaltan las siguientes características que suelen ser centrales a su aparición:

1.- Falta de recompensas. Este modelo de depresión sugiere que las personas deprimidas continúan así porque, habiéndose aislado de las personas y actividades en su ambiente que son satisfactorias, no reciben recompensas ni estímulos para conservarse activos, de tal forma que se pierde la motivación para volver a participar nuevamente. En consecuencia, el proceso del aislamiento se sostiene y la persona deprimida tiene cada vez menos respuestas del ambiente que sean satisfactorias. De acuerdo a esto es fácil que pueda presentarse un sentido de futilidad e inadecuación personal una vez que se inicia este proceso de descenso.

2.- Pérdida de control. Esta teoría de la depresión se describe más formalmente como “desamparo aprendido”. Sugiere que las personas se deprimen más cuando piensan que no tienen efecto en el proceso o resultado final de los acontecimientos, esto se enfoca en la forma en que las personas construyen la relación entre acciones y resultados. También se ha sugerido que la depresión resulta porque las personas atribuyen los “malos” resultados finales a sus propias faltas de carácter, y los “buenos” a circunstancias fuera de su control que no tienen nada que ver con sus acciones. En consecuencia, los acontecimientos depresivos se presentan para “indicar” más la incapacidad de la persona para “hacer las cosas bien” porque no pueden tener ninguna influencia en el resultado final de estos acontecimientos.

3.- Deformaciones en la forma en que se ven las cosas. Esta teoría de la depresión considera que las personas se deprimen porque sólo se tornan muy selectivas en la forma en que ven las cosas siempre miran hacia el lado negro de sí mismos el mundo y el futuro. Esta atención selectiva puede deberse a costumbres del pensamiento que son virtualmente “automáticas” siempre que la persona afronta una nueva situación ligeramente retardadora.

La enfermedad depresiva es una de las enfermedades más comunes en la experiencia del ser humano, y que aproximadamente 11.3% de todos los adultos han sufrido estos

trastornos por lo menos en algún año. La depresión está asociada con significativas limitaciones físicas, mayor disfunción en la habilidad de realizar las actividades sociales y laborales, de incrementar los días encamados y tener más pobre estimación en la salud personal. Esta incapacidad relacionada con la depresión, es una de las causas por la que existe mayor tendencia a la recurrencia, las recaídas y la cronicidad (Lara Tapia, 1998).

De esta manera, los pacientes no sólo pueden encontrarse totalmente incapacitados por episodios de depresión mayor o distimia, sino que pueden estarlo parcialmente por segmentos significativos de su vida a lo largo del curso natural del trastorno de ánimo. Es más, la evidencia científica accesible actualmente indica que aún depresiones subclínicas o depresiones menores están asociadas con incapacidades significativas o disfunciones. (Lara Tapia, 1998)

Finalmente, la acumulación de alta prevalencia, la incapacidad significativa y la naturaleza de la prolongada duración de los trastornos depresivos resulta en un impacto palpable sobre todas las economías nacionales a través de todo el mundo.

Por lo anterior puede concluirse con seguridad que los trastornos depresivos son uno de los principales y más comunes, incapacitantes y costosos problemas de salud y que estas enfermedades en el espectro de la salud pública representan un significativo y serio problema de salud. Esto ha sido confirmado en parte por los resultados de una encuesta de opinión reciente realizada en los Estados Unidos por la Asociación Nacional de Salud Mental, quienes han presentado una fuerte evidencia acerca de la ignorancia en todos los estratos sociales acerca de la verdadera naturaleza de los trastornos depresivos. (Caraveo, 1996)

Esta encuesta fue realizada en una población representativa de adultos en los Estados Unidos y reveló que el 43% de aquellos que presentaron estados depresivos lo consideraron como una "debilidad de personalidad". En otras palabras, cerca del 40 % de estos ciudadanos en uno de los países más avanzados tecnológicamente no consideraron a la depresión como una enfermedad cerebral, sino que sienten que es un problema moral creado por una deficiencia caracterológica. Cerca de la mitad, 46% de los entrevistados, no ven a la depresión como un problema de salud.

Finalmente, una proporción tan elevada como la tercera parte del público, considera que la depresión no amerita ningún tratamiento, y que la depresión es una de las vicisitudes normales de la condición humana, y por lo tanto no requiere de dicho tratamiento. Evidentemente esta aseveración está relacionada con aspectos socioculturales, sobre todo correspondiente a una cultura “activa” y competitiva, con elevados niveles de motivación de logro. (Lara Tapia, 1998)

En nuestro país, los estudios epidemiológicos al respecto en población abierta han mostrado un 3.7% de personas con depresión neurótica a nivel nacional, y en la ciudad de México han mostrado una prevalencia del 4.3%, mientras que las encuestas nacionales estiman una prevalencia de trastornos bipolares del 0.2 al 1.3%. Sin embargo, en los servicios psiquiátricos la proporción evidentemente es mayor, como muestran los escasos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, llegando a constituir hasta el 26% de los enfermos mentales ambulatorios y el 14% de los hospitalizados (Lara Tapia, 1998).

TABLA. FRECUENCIAS EN CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO:	No.	0%
Depresión Mayor:*	268	57.63
Trastorno Bipolar I:	151	32.47
Trastorno Bipolar II:	12	2.58
Distimia:	34	7.32
TOTAL:	465	100

*Incluye todos los subtipos

TABLA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

Tiempo de Evolución: Rango:	1-13 años
Promedio:	8 D.E.: 2.31

Universidad Nacional Autónoma de México
Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor

Edad de Inicio:	Rango:	19-23		
	Promedio:	33.5	D.E.:	5.90
No. de Internamientos:	Rango:	1-4		
	Promedio:	2.25	D.E.:	0.21
Duración total de los Internamientos (días):	Rango:	14-119		
	Promedio:	73	D.E.:	15.23
	Promedio por c/u:	32.25	D.E.:	3.43

D.E.: Desviación Estándar

La depresión es uno de los trastornos mentales con mayor comorbilidad en trastornos neurológicos, como ocurre en la enfermedad vascular cerebral, la enfermedad de Parkinson y pacientes neuroquirúrgicos, así como puede presentarse sintómicamente en otras entidades nosológicas psiquiátricas como la histeria, donde el diagnóstico diferencial primordial debe hacerse con un trastorno afectivo primario o trastornos por somatización como ocurre en la cefalea tensional. También debe considerarse que una gran parte de los cuadros considerados como Depresión Mayor, coexisten temporalmente con la presentación de la menopausia en las mujeres, debiéndose considerar en el diagnóstico diferencial con la depresión del climaterio. Esta consideración es reforzada al observar que el promedio de casos de Depresión Mayor comprende principalmente mujeres en los grupos de edad correspondientes a la menopausia, por lo que la relación entre la Depresión Mayor y el climaterio debe ser motivo de investigación. (Lara Tapia, 1998)

La depresión del climaterio constituye uno de los principales problemas psicopatológicos en nuestro país, que sin embargo ha sido poco estudiado y que frecuentemente pasa desapercibido. Por otra parte, como entidad nosológica se encuentra comprendida dentro de rubros que resultan ambiguos (para su etiología) dentro de los criterios actuales, vgr DSM IV, donde se clasifica bien como Depresión Mayor o como enfermedad debida a causa médica, lo que como ha sido demostrado, causa confusión en su comprensión clínica y por ende en el tratamiento.

Cabe mencionar la importancia de la detección temprana en los grupos de riesgo involucrados, sobre todo considerando la importante asociación con problemas psicopatológicos severos como ocurre con la conducta suicida, donde la depresión es el principal factor involucrado, y la significativa diferencia encontrada en nuestros servicios comparativamente con los datos de los E.U., donde existe una frecuencia sumamente elevada de adicciones en las cuales la depresión actúa como un factor de comorbilidad importante.

En los últimos 50 años también se ha observado que los síntomas depresivos han cambiado y que han tendido a la somatización. A pesar del mejoramiento del diagnóstico, existe todavía una condición depresiva: depresión encubierta, la cual se esconde, bajo una gran variedad de síntomas nerviosos somáticos y automáticos. Es por ello que para el éxito de los tratamientos depresivos es esencial un diagnóstico nosológico y fenomenológico exacto. Para lograr esto, es importante identificar los elementos más importantes que constituyen a cada tipo de depresión.

1.2 Causas de la Depresión

Para el estudio de la depresión, el hombre debe ser considerado como una unidad biopsicosocial. Además de lo anterior es necesario tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla: el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

Según Calderón (1967) las causas de la depresión pueden ser divididas en:

Tipo	Cuadros en los que predomina
Genéticas	Depresiones psicóticas
Psicológicas	Depresiones neuróticas
Ecológicas	Depresiones simples
Sociales	

Existen depresiones como la psicótica en la que se puede decir que es transmitida a través de un gen dominante, esto es de acuerdo a los estudios hechos por Kallman, Slater y Tienar. La posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica, hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 ó 4% (Calderón).

Todo lo anterior no es aplicable a otro tipo de depresión; ya que es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden

determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. Lo que es posible asegurar es la respuesta al tratamiento médico.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales. Además se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

Calderón plantea algunos ejemplos de causas psicológicas de la depresión como son:

Determinantes:

Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes:

- a) Pérdida de un ser querido
- b) Pérdida de una situación económica
- c) Pérdida de poder
- d) Pérdida de la salud
 - enfermedades con peligro de muerte
 - enfermedades que originan incapacidad física
 - enfermedades que determinan alteraciones estéticas
 - enfermedades que afectan la autoestima (impotencia)

La pérdida del objeto durante la edad adulta puede ser atribuida a un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud. La pérdida de un familiar produce una serie de reacciones adaptativas dependiendo de la causa de esta pérdida provocando una situación de un duelo hasta severas depresiones. La situación económica actual crea una serie de necesidades que posteriormente traen como consecuencia un desajuste emocional debido a que se deben de hacer una serie de sacrificios para la obtención de éstos artículos.

La pérdida del poder es otro factor importante que altera la estabilidad afectiva del individuo, pues determina actitudes inusitadas y conductas inadecuadas ante una situación de hipertrofia de la personalidad. Su pérdida determina quebranto, angustia y depresión tanto más importante cuanto más alta haya sido la posición que tuvo.

La pérdida de la salud con frecuencia produce depresión. Enfermedades graves, como el cáncer, incapacidades físicas, como las amputaciones; alteraciones estéticas, como quemaduras, heridas y algunas enfermedades cutáneas; o padecimientos que afectan la autoestima del paciente, como la impotencia sexual, suelen desencadenar severos cuadros depresivos que se superponen al cuadro orgánico precipitante y que ameritan un doble enfoque en la atención terapéutica del enfermo.

Las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida. En el tratamiento de cuadros de este tipo, la utilidad de los antidepresivos suele ser limitada, requiriéndose además un apoyo psicoterapéutico, que puede ser individual, familiar o de grupo, según el caso.

Según Calderón las causas ecológicas de la depresión son:

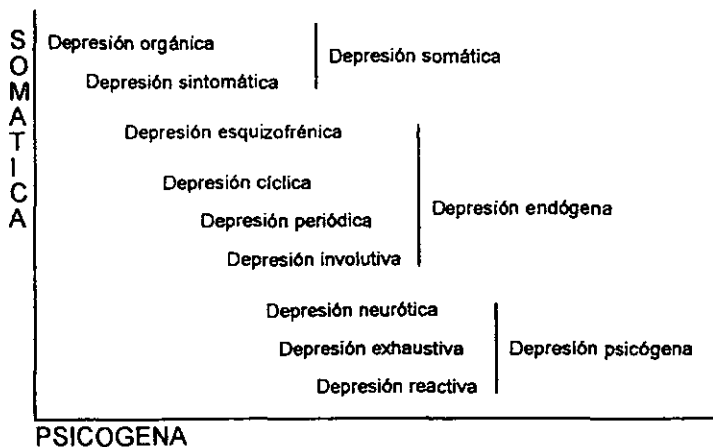
Problema	Motivo	Consecuencia
Contaminación Atmosférica	Productos de la combustión de vehículos de motor Industrias, talleres Quema de desechos Polvo	Mala calidad del aire inhalado
Problemas de tránsito	Exceso de vehículos Falta de estacionamientos	Mayor número de accidentes Pérdida económica Disminución de las horas de descanso
Ruido excesivo	Autotransportes Aviones de reacción Fábricas metalúrgicas Equipos de sonido	Insonmio Fatiga física e intelectual Irritabilidad Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial Sordera

I.3 Clasificación de la depresión

Para una correcta clasificación nosológica es necesario obtener los siguientes datos:

- a) Un estudio de la herencia del paciente.
- b) La estructura de la personalidad premórbida.
- c) La historia de su vida.
- d) Síntomas físicos que esté presentando actualmente.
- e) Su situación económica, ocupacional y familiar.

Kielholz realizó una clasificación nosológica de la depresión, dividiéndola en depresión somática, endógena y psicógena.



Depresiones somáticas

Tipo	Patogenia
Orgánica	Cambios morfológicos cerebrales como: arterioesclerosis cerebral, demencia senil, heridas craneales, traumatismo cerebral padecido en temprana infancia, epilepsia, deficiencia mental, enfermedad de Parkinson, parálisis general progresiva, etc.
Sintomática	Enfermedades no cerebrales: convalecencia de operaciones, hepatitis, neumonía, trastornos cardiovasculares crónicos, secuelas de supresión de alcohol o drogas en adictos.
Farmacógena	Tratamientos prolongados con antihipertensivos a base de reserpina, tranquilizantes mayores, corticosteroides, anticonceptivos orales o preparados bromurados.

En el lado opuesto, tenemos las depresiones psicógenas en las cuales los factores psicológicos desempeñan un papel predominante; dentro de éstas están las depresiones reactivas que surgen después de una prueba moral, en primer lugar, pero también aquellas que acompañan a algunos conflictos psicológicos interiores permanentes (depresiones neuróticas) o aquellas que son un producto secundario de un estado de agotamiento físico y moral (depresiones por agotamiento). Por último, se tienen las depresiones endógenas en las cuales la causa es incierta, en este marco se pueden situar las depresiones que acompañan algunos trastornos mentales graves, en particular, la esquizofrenia y los delirios crónicos; se localizan también las llamadas depresiones bipolares, en las que se producen fases depresivas y maníacas en secuencias irregulares o, a veces aunque raramente, siguiendo un esquema alternativo regular; las depresiones unipolares en las que sólo se encuentran fases depresivas, la depresión en este caso, puede producirse como un episodio único o adoptar la forma de enfermedad repetitiva y las llamadas depresiones

involutivas (llamadas también de aparición tardía) que siguen un curso unipolar y se presentan después de los 50 años.

Depresiones Psicógenas

Tipo	Consideraciones
Neurótica	Conflictos psicológicos interiores permanentes, conflictos emocionales en la temprana edad que el paciente desconoce, o un mecanismo biológicamente inestable del control del estado de ánimo.
Por agotamiento	Producto secundario de un estado de agotamiento físico y moral. E Esfuerzo emocional prolongado.
Reactiva	Luego de una prueba moral. Pérdida de un ser querido, pérdida de situación económica, enfermedades. Se trata de un trauma psíquico aislado.

Depresiones Endógenas

Tipo	Consideraciones
Características generales	Sus condiciones de aparición se producen por un estado interior y no dependen de las circunstancias. La depresión endógena va acompañada de una modificación del estado mental.
Bipolares	Se producen fases depresivas y maníacas, irregulares aunque a veces con alternancia regular.

Unipolares	Sólo aparecen las fases depresivas y puede tratarse de un episodio único o recurrente.
Involutivas	Depresiones de aparición tardía, siguen un curso unipolar y aparecen después de los 50 años.

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes:

- a) Episodios afectivos
- b) Trastornos del estado de ánimo
- c) Episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Según Calderón (1984) la depresión se clasifica de ordinario entre las enfermedades funcionales, lo cual refleja la difundida creencia de que se trata de una enfermedad primariamente psicológica en sus orígenes. En los años recientes se ha sometido a exámenes esa opinión. Existe también una biología de la depresión que ha obligado a cambiar la perspectiva de su estudio y que se ha manifestado en diferentes intentos clasificatorios.

La clasificación de la depresión siempre ha sido objeto de múltiples controversias, estableciéndose con frecuencia diferencias entre las formas reactivas y las endógenas; entre depresiones psicóticas y neuróticas. La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la depresión en tres grandes categorías:

- a) Depresión psicótica: es aquella en la que los elementos genéticos desempeñan un papel importante, se caracteriza por la alteración grave de la personalidad, pérdida de la autocrítica y enfrentamiento importante con el medio.
- b) Depresión neurótica: es aquella en la que la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia y adolescencia.

c) Depresión simple: es aquella en donde la personalidad del sujeto no sufre trastorno, pero cuyos problemas psicológicos, sociales y de entorno ambiental, le han acarreado un desequilibrio bioquímico.

Para Kielholz la importancia de una clasificación etiológica es que facilita la intervención del especialista y ayuda a remitir al paciente siempre y cuando éste necesitara ayuda de otro especialista.

Depresión Psicótica

- 295 Psicosis Esquizofrénica
 - 295.7 De tipo esquizofrénico
- 296 Psicosis Afectivas
 - 296.1 Psicosis maniicodepresiva, de tipo depresivo
 - 296.3 Psicosis maniicodepresiva, de tipo circular, pero generalmente depresiva
 - 296.4 Psicosis maniicodepresiva de tipo circular, mixta
 - 296.5 Psicosis maniicodepresiva de tipo circular, con estado general no especificado
 - 296.6 Psicosis maniicodepreisvas, otras y no especificadas
 - 296.8 Otras
 - 296.9 No especificadas
- 298 Otras psicosis no orgánicas
 - 298.0 De tipo depresivo

Depresión Neurótica

- 300 Trastornos neuróticos
 - 300.4 Depresión neurótica

Depresión Simple

- 308 Reacción aguda de estrés
 - 308.0 Con trastorno predominante de las emociones (si son depresivas)

- 309 308.4 Mixtas (si incluyen depresión)
Reacciones de Ajuste
 - 309.0 Reacción depresiva breve
 - 309.1 Reacción depresiva prolongada
 - 309.4 Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta (si hay depresión)
- 311 Trastornos depresivo no clasificados en otra parte
- 312 Trastorno de la conducta no clasificados en otra parte
 - 312.3 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (si hay depresión)
- 313 Trastornos de las emociones específicas de la infancia y de la adolescencia
 - 313.1 Con pena o infelicidad
 - 313.1 Otros y mixtos

La sección de los trastornos del estado de ánimo en el DSM IV incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue:

.Episodios afectivos

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maniaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

.Trastorno depresivos

- F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx]
- F34.1 Trastorno distímico [300.4]
- F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

.Trastornos bipolares

- F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx]
- F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]
- F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]
- F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

.Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx Trastorno del estado ánimo debido a (*indicar enfermedad médica*) [293.83]

F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia [29x.xx]

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

.Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa)

Con patrón estacional

Con ciclos rápidos

I.4 Sintomatología y Diagnóstico

Puede decirse que el síndrome depresivo se caracteriza por dos rasgos fundamentales: la tristeza y la lentitud psicomotriz. Todas las descripciones de la depresión enunciarán un conjunto de características generales que corresponden a estos caracteres y añaden a ellos otros signos. Así, en lo que concierne al primer rasgo fundamental, la tristeza impregnará todo el mundo subjetivo del enfermo; remordimientos y nostalgia que se rumian; desinterés ante un presente pálido y vacío en el cual se siente sumergido; aprehensión ante un porvenir que se percibe cargado de todas las amenazas o que sólo se le imagina como la continuación indefinida de su estado actual. La propia imagen está muy desvalorizada, tanto si se trata de incapacidad o de reproches que se dirigen por faltas del pasado o por impotencia ante el presente. Los demás, le parecen aburridos, hecho doloroso por cuanto que el afecto que siente por ellos permanece intacto. Cuando el deprimido declara que no siente gusto por nada o que ya no quiere a los suyos, hay que entender que el apego a las cosas y a las personas subsiste, pero ya no le proporciona alegría. Esquemáticamente se observa que esta tristeza vital se caracteriza por la nostalgia y el remordimiento frente al pasado, el aburrimiento ante el presente, la angustia ante el porvenir, la autoacusación y la anestesia afectiva. El segundo carácter fundamental de la depresión es la lentitud motriz y eidética. La lentitud motriz se observa en la acción, la postura y la mímica: lentitud de ejecución de los movimientos, escasez de cambios de postura o de cambios de expresión en rostro, pobreza de los gestos. La voz pierde su modulación, el timbre se torna apagado. Las frases son breves, raras, entrecortadas por pausas. La lentitud eidética se caracteriza por una lentitud del flujo asociativo, el pensamiento se “arrastra”, ninguna vivacidad, los temas son repetitivos. Se podría decir que es el apetito lo que le falta, no el gusto por las cosas. El deprimido percibe la lentitud de su actividad como una alteración del pasado del tiempo. Todos estos rasgos no son elementos aislados, corresponden a un sistema coherente de actitudes.

Evidentemente, algunas conductas aparecerán como las consecuencias de ese estado y podrán ser descritas también como signos de la depresión, con la reserva de que varían de una persona a otra, en la medida en que son el efecto de una interacción entre la depresión y la situación personal del enfermo. Así sucede con las ideas de suicidio, las conductas de fracaso, el retraimiento social, las inapetencias sexuales, etc. Hay otros síntomas que se

dan con gran frecuencia, pero sin el mismo carácter de constancia y sin la misma coherencia lógica que los anteriores. Se trata de los trastornos del sueño (insomnio en general, sobre todo hacia el final de la noche, pero otras veces exceso de sueño), anomalías del comportamiento alimenticio (anorexia acompañada de adelgazamiento, pero a veces aumento de peso). Trastornos neurovegetativos, manifestaciones físicas de angustia (contricción cervical o torácica, vértigos), trastornos del ritmo cardíaco, baja de la presión arterial, trastornos digestivos, dolores, etc.

Los principales síntomas de la depresión son: trastornos afectivos (estado de ánimo), trastornos intelectuales (pensamiento), trastornos conductuales (conducta y aspecto), trastornos somáticos y otros trastornos (ansiedad y conducta suicida).

A continuación se presentan algunas consideraciones sobre cada uno de los síntomas que anteriores: estado de ánimo; el enfermo se siente abatido, con insatisfacción y con la impresión de no ser él mismo. Su vida está sin alegría, con sentimiento de inutilidad y vacío.

Síntomas de la Depresión

Estado de ánimo

Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto.

Pensamiento

Pesimismo

Culpabilidad

Autoacusación

Pérdida de interés y motivación

Disminución de la eficacia y de la concentración

Conducta y aspecto

Negligencia en el aspecto personal
Retardo psicomotor
Agitación

Somáticos

Pérdida del apetito
Pérdida de peso
Estreñimiento
Sueño poco profundo
Dolores y males
Alteraciones de la menstruación
Pérdida de la energía sexual

Rasgos de ansiedad

Conducta suicida

Pensamientos
Amenazas
Intentos

Al depresivo a menudo se le hace difícil explicar su tristeza, se presenta con cierta frecuencia el llanto. Cabe señalar que un enfermo depresivo grave o profundo no puede llorar.

a)Pensamiento: conforme avanza la depresión el enfermo presenta dificultad para concentrarse, disminuye la motivación y la ambición y todo ello afecta a su eficiencia en el trabajo y para cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. Surgen sentimientos de culpa reales o imaginarios y se niegan éxitos y habilidades pasadas conceptualizándolas como carentes de importancia, todo ello ligado al convencimiento de la necesidad de un

castigo inevitable y justificado (soy malo y debo pagar). En ciertos casos se juzgan a sí mismos responsables de los problemas de otros.

b) Conducta y aspecto: con frecuencia el aspecto del depresivo lo delata como tal, su rostro triste, como máscara estática, la actitud decaída, la postura inclinada y rígida. Su sonrisa, si se llega a producir, es fría y superficial. En ciertos enfermos se muestra un descuido por el aspecto personal, se visten desalineados, con ropa arrugada, sucios incluso. En las mujeres se nota que dejan de utilizar cosméticos, lucen despeinadas y en conjunto, desarregladas. Aparece también, un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, se disminuyen los movimientos espontáneos y la expresividad. Al notar el movimiento de una persona deprimida parece lento, como si cada movimiento le implicará un gran esfuerzo. Se vuelven callados, poco comunicativos, responden apenas a las preguntas formuladas. En casos depresivos agudos el paciente parece mudo y pasmado como si estuviera catatónico. En contraste, existen enfermos que manifiestan un estado de gran agitación (en contraposición con el retardo) tanto a nivel físico como psicológico.

c) Síntomas somáticos: pérdida del apetito y el peso; disminuyen las ganas de comer, pues la comida les parece insípida; el estreñimiento aparece con frecuencia; asimismo las perturbaciones del sueño, se quejan de dificultad para conciliar el sueño, de despertarse durante la noche, de pesadillas, de intranquilidad durante el sueño, experimentan a menudo falta de descanso al despertar en la mañana. Hay enfermos que duermen en demasía cuando se encuentran deprimidos. Los enfermos depresivos se quejan de diversos síntomas físicos como: resequedad de boca, dolores y males de muy diversa índole y localización, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir. Las mujeres depresivas manifiestan comúnmente cambios en su ciclo menstrual, la menstruación puede cesar por meses. La pérdida del apetito sexual es corriente en esta enfermedad. Aunque la tristeza sea la perturbación medular del estado de ánimo, un buen número de pacientes depresivos presentan también rasgos de ansiedad que se manifiesta en temores vagos, tensión y un gran número de preocupaciones. Pueden sufrir de temblores y sudoración exagerada. No es raro que los síntomas en los pacientes fluctúen considerablemente según el tiempo y las circunstancias. Sin embargo se presenta también la depresión en la que el estado de ánimo es fijo, esta última es menos frecuente. Normalmente los pacientes depresivos se sienten peor y sus síntomas se agudizan en

determinado momento del día, por lo general en las primeras horas de la mañana (relacionado con el ciclo circadiano de la temperatura del cuerpo).

d) Conducta suicida: es indudable que en el desarrollo de pensamientos suicidas, la depresión desempeña una función importante. Las ideas de culpabilidad y desesperación del paciente con depresión pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo) o ver las cosas con un futuro tan "negro" que será mejor morir antes que continuar viviendo en el estado actual (huida). Vallejo Nágera (1988), señala que aproximadamente un 25% de los enfermos depresivos hospitalizados manifiesta una conducta suicida, en forma de pensamientos, amenazas o intentos.

Cabe señalar que los enfermos con depresión raramente llevan a cabo el suicidio si se hallan en grado agudo de la enfermedad, el riesgo ocurre cuando hay mejoría de su estado e retardo y reúne la energía necesario para lograrlo. Es sabido que las mujeres son más proclives a los intentos suicidas que los hombres. No obstante, es mayor el porcentaje de hombres que fallecen como consecuencia de intento de suicidio, es decir, que son más serias las amenazas e intentos de suicidio en los hombres que en las mujeres.

Síntomas de la manía: para el caso de los pacientes maniaco-depresivos. En estos enfermos el cambio del estado de ánimo hacia la euforia es el rasgo más característico de la manía. La euforia resulta exagerada respecto de la realidad y a veces es a todas luces infundada. el paciente presenta ideas de omnipotencia, de ser atractivo, eficiente, con una excesiva confianza en si mismo, si se le presiona o se le resiste con energía, el enfermo maniaco se enfurecerá, volviéndose agresivo e irritable. A medida que el proceso maniaco evoluciona, el enfermo difícilmente mantiene un flujo de pensamiento con líneas bien definidas, va saltando de tema en tema, en una rápida secuencia de pensamientos con un aparente vínculo lógico; este pensamiento se manifiesta de una manera veloz y utiliza la verborrea abundante en chistes. El maniaco percibe sus éxitos cotidianos como muy notables y habla con elocuencia de ellos. Comúnmente aumenta la actividad motora, el maniaco no para, parece incansable, busca con ahínco formas de actividad motora. Habla en voz normalmente alta, trabaja con mucha energía aunque por lo general de forma ineficaz. Puede sumergirse durante horas en una actividad que, normalmente lo dejaría exhausto. Requiere de poco sueño y come menos de lo habitual.

Para reconocer la depresión es, pues, necesario descubrir sus signos. El paciente deprimido expresa numerosas quejas y tiene cierto comportamiento característico. El médico general, el psiquiatra o el terapeuta tienen que comprobar que tales quejas y el comportamiento mostrado corresponden realmente al cuadro clínico de la depresión y que no comportan ningún signo que pueda hacer sospechar la existencia de otra enfermedad, este proceder se conoce como diagnóstico diferencial.

El primer intento de diagnóstico consiste pues en agrupar los datos que concuerdan con el cuadro de la depresión. Esta compilación de datos se hará principalmente en lo obvio, lo fenomenológico, es decir, en la observación del paciente. El profesional (médico, psiquiatra o terapeuta) deberá realizar un compendio de los datos de observación y convertirlos en signos de la enfermedad depresiva, deberá por tanto reconocer, detrás de las particularidades individuales, los signos de una enfermedad universal.

Para completar un diagnóstico es preciso la recopilación de datos del historial del paciente. Como una primera aproximación al diagnóstico, M. Gatzpar en su artículo "El problema del diagnóstico de los estados depresivos en la medicina general", señala que es de utilidad para el profesional encargado del diagnóstico, formular las 10 preguntas siguientes:

- ¿Disfruta todavía de la vida?
- ¿Le resulta difícil tomar decisiones?
- ¿Existen cosas, actividades que todavía le interesen?
- Últimamente ¿ha advertido una tendencia a cavilar más de lo habitual?
- ¿Tiene la impresión de que la vida carece para usted de sentido?
- ¿Se siente agotado y falto de energía?
- ¿Tiene alguna dificultad para dormir?
- ¿Siente dolores en alguna parte o quizás una sensación de opresión en el pecho?
- ¿Tiene poco apetito o ha perdido peso?
- ¿Padece alguna dificultad de carácter sexual?

El análisis de la contestación realizada a estas diez preguntas, permitirá orientar de forma más sistemática el diagnóstico.

Hoy en día los psiquiatras utilizan a menudo para auxiliarse en el diagnóstico de la depresión alguna escala de evaluación, pues simplifican el registro de datos, permiten recabar el máximo de información relevante y facilitan la estandarización; sin embargo, la más elaborada escala autoevaluatoria no puede sustituir la relación paciente-terapeuta, psiquiatra, médico general y el juicio que el profesional entrenado realice a partir de esa vía.

Muchas y muy diversas son las escalas que se han desarrollado para la evaluación de la depresión, desde la que ideó Kempf en 1915. Actualmente, las escalas más utilizadas y conocidas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota, la Escala de Hamilton, el Inventario de Beck y la Escala de autoevaluación de Zung.

Colateralmente, se hace imprescindible descartar cualquier enfermedad imitadora que provoque de manera secundaria una serie de síntomas que pudieran diagnosticarse erróneamente como depresión. Para ello, se hace necesario una evaluación médica calificada que incluya un examen médico minucioso y que considere las pruebas de laboratorio y estudios del caso. Las enfermedades imitadoras más comunes son: la reacción a las drogas (ilícitas, recetadas y de venta libre) marihuana, anfetaminas, cocaína, heroína, sedantes e hipnóticos, etc. y el alcohol; trastornos endócrinos como el hipotiroidismo y diabetes; trastornos del sistema nervioso central como la narcolepsia, epilepsia, convulsiones, hidrocefalia, encefalitis, corea de Huntington, esclerosis múltiple, Parkinson, tumores, enfermedad de Alzheimer, etc.; enfermedades infecciosas como sífilis, mononucleosis, neumonía, brucelosis, tuberculosis; cáncer y trastornos tóxicos y nutricionales.

También es necesario descartar el diagnóstico de esquizofrenia en algunos casos de psicosis manícodepresivas que manejan un síndrome esquizofrénico, sobre todo cuando se presenta la fase maniaca. Durante el ataque maniaco, el comportamiento del paciente impresiona como extraño y sus procesos de pensamiento pueden estar desorganizados; sin embargo, las alteraciones tanto de la conducta como de los procesos del pensamiento son mucho más marcados en la esquizofrenia. Las ideas paranoicas, si acaso las hay son mínimas.

Después de haber confirmado que el paciente sufre de una depresión y no de una enfermedad imitadora (depresión somatogena de acuerdo a la clasificación de Kielholz), el segundo paso consiste en determinar si se trata de una depresión leve (psicógena o neurótica) o profunda (endógena o psicótica).

De acuerdo al DSM IV, la diferencia entre depresión endógena (psicótica) y depresión neurótica (psicógena), “depende de que la reacción haya deteriorado al prueba de realidad o la adecuación funcional lo suficiente, como para ser considerada psicosis”. La prueba de realidad en este caso se refleja en el estado animico. ¿Cree el paciente que su depresión está justificada? ¿Trata de que persista? ¿Ha cambiado radicalmente su modo de apreciar la vida por afecto de la depresión? Si las respuestas son afirmativas, hay buenas razones para diagnosticar una depresión profunda (endógena o psicótica) o una psicosis maniaco-depresiva. Un antecedente de ataques maniacos o por lo menos de una personalidad ciclotímica, conduce al diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Las características fundamentales de la depresión profunda se manifiestan por: una agobiante vivencia de melancolía; un desarreglo de los procesos de pensamiento caracterizados por el retardo en las percepciones y el contenido poco usual (ideas muy sombrías, males incurables, pobreza, culpa, pecado y condenación) y retardo psicomotor (disminuye la actividad, y se manifiesta gran lentitud); y por último ideas suicidas.

En la depresión leve, se presentan comúnmente las siguientes características que hacen posible su diferenciación de la depresión profunda: la depresión no es tan intensa como para afectar la personalidad total del paciente; el paciente se esfuerza por liberarse de su depresión; las ideas suicidas no son un rasgo sobresaliente; el paciente responde aunque con moderación, a las circunstancias alegres que se viven a su alrededor y a los intentos por ayudarlo; los síntomas somáticos difieren en que: el apetito no disminuye demasiado, por lo general no hay demasiada ansiedad, el insomnio es moderado (a veces requiere más horas de sueño), la constipación es menos marcada, no tiene la piel seca y no hay hipomenorrea ni amenorrea.

En los últimos tiempos, se ha venido manifestando una forma de depresión conocida como “depresión enmascarada”, se trata de un estado depresivo que puede ser de origen endógeno o psicógeno, en el que los síntomas físicos predominan de tal manera que cubren u opacan a los síntomas psíquicos. Existen una gran tendencia a la somatización en

la sintomatología de la depresión, que ha dado como resultado que casi un 50% de los estados depresivos, se presentan en la actualidad disfrazados o enmascarados por manifestaciones físicas.

La depresión enmascarada es una enfermedad imitativa en la que la gran variedad de molestias físicas que el paciente experimenta induce en la mayoría de las veces a pensar que se trata de una enfermedad orgánica y equivocando el diagnóstico.

Cabe señalar que descubrir la depresión oculta tras el disfraz de los síntomas físicos, es una tarea lenta que toma bastante tiempo y para la que el factor más importante es la empatía y comprensión del paciente. Aunque, por descontado, se hace indispensable un análisis físico minucioso del paciente, conviene advertir que la búsqueda, infructuosa de pruebas de enfermedad orgánica da como resultado muchas veces en el enfermo depresivo, una intensificación de la sensación de enfermedad y el fortalecimiento de sus temores hipocondríacos.

En definitiva, cuando se presente una paciente aquejado de síntomas físicos para los que no se encuentran causas orgánicas, siempre debe considerarse la posibilidad de que no sean sino un disfraz de la depresión.

I.5 Depresión y comorbilidad

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizó un Escrutinio Nacional de Comorbilidad evaluado por el Dr. Kessler y publicado en 1994. En un periodo de seis meses previos al estudio, se encontró que los trastornos mentales más frecuentes en la población, eran: la fobia social, 11%; la depresión mayor, 10%; la fobia específica, 9%; y la dependencia al alcohol, 7%. Cuando se interrogó acerca de trastornos recurrentes, las frecuencias fueron: depresión mayor, 17%; dependencia al alcohol, 14%; fobia social 13% y fobia específica 8%.

Tanto en el Escrutinio Nacional de Comorbilidad, como otro estudio previo publicado en 1992, se encontró que del 56% al 60% de las personas que cursan con un trastorno mental, han tenido por lo menos una vez, dos o más trastornos simultáneos.

Dos trastornos mentales que se asocian con frecuencia son la depresión mayor, ansiedad generalizada y la crisis de angustia. Esta asociación, llamada "comorbilidad", se da en un 60% de los pacientes. Cuando ambos trastornos, depresión y ansiedad, se presentan al mismo tiempo en un paciente, se sabe que: la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos es mayor, el funcionamiento psicosocial es deficiente, los pacientes tardan más para responder al tratamiento, tanto farmacológico como psicoterapéutico, por lo que con gran frecuencia tienden a abandonar el tratamiento. Por lo tanto se debe seleccionar el tratamiento que haya demostrado mayor efectividad en los dos trastornos.

Otro estudio importante fue realizado en cinco comunidades de Estados Unidos en 1992, en el que se entrevistó a 18,000 sujetos adultos. Este estudio permitió conocer la frecuencia con la que los pacientes con distintos trastornos mentales utilizan los servicios de urgencias de los hospitales generales: 28% con crisis de angustia; 11% con depresión mayor; y 2% con otro tipo de trastornos emocionales.

También se demostró que entre los pacientes que abusan del alcohol, el 27% presentaban crisis de angustia, el 18% depresión y 11% sin ningún trastorno mental.

Con respecto a los intentos de suicidio, el 20% manifestaban crisis de angustia, 15% depresión y el 2% sin ningún trastorno. Estos resultados son de gran importancia; ya que siempre se consideró que la mayoría de los pacientes que intentan suicidarse son los deprimidos. Probablemente, se debe a que experimentan las crisis de angustia: 1.-en forma frecuente (una o varias durante el mismo día); 2.-en forma amenazante (el paciente experimenta súbitamente una sensación de angustia o miedo intensa, acompañada de taquicardias, dificultad para respirar, sensación de ahogo o asfixia, mareo, sensación de desmayo, náusea, temblor, sudoración, miedo a morir o a perder el control.); 3.-les resultan incapacitantes, dado que por temor a experimentar una crisis los pacientes evitan lugares en los que consideran que si llegan a ponerse mal no habría forma de que alguien los ayude; por ejemplo, un congestionamiento de tráfico, el transporte colectivo, un lugar concurrido; por todo esto, van restringiendo sus actividades cotidianas, hasta el punto de no querer salir de su casa a menos de que alguien los acompañe; 4.-y las crisis se presentan en forma inesperada, el paciente no las puede controlar, son involuntarias; estas complicaciones son las que llevan al individuo con crisis de angustia a experimentar desesperanza, deseos de muerte e intentos de suicidio. De esto se desprende la gran importancia que tiene la elección cuidadosa del tratamiento, para que éste sea exitoso y evite todas las complicaciones mencionadas.

La farmacoterapia es actualmente el tratamiento más efectivo para los pacientes que cursan con comorbilidad de trastorno de ansiedad y depresión. Hay varios fármacos que pueden ser utilizados:

- 1.-Los antidepresivos tricíclicos. La desventaja es que tienen efectos secundarios, como sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión, visión borrosa, y que empiezan a actuar entre la segunda y tercera semana de tratamiento.
- 2.-Las benzodiacepinas. Su ventaja sobre los antidepresivos tricíclicos es que empiezan a actuar a las 24 horas de empezar a tomarlas. Pero fundamentalmente su efecto es ansiolítico, es decir son tranquilizantes menores y no tienen un buen efecto antidepresivo. El efecto secundario más común de estos fármacos es la somnolencia.
- 3.-Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina que son considerados antidepresivos a diferencia de los tricíclicos, no producen los efectos secundarios

mencionados, pero los pacientes pueden experimentar náusea, dolor de cabeza, mareo, disminución del interés sexual y retraso para alcanzar el orgasmo.

4.-Se puede dar tratamiento combinado de un ansiolítico o tranquilizante mayor en los pacientes que cursan con depresión mayor y trastornos de ansiedad.

Con respecto a la comorbilidad o asociación entre depresión mayor y condición o enfermedad médica general se detectan síntomas depresivos en un 30% o más de los pacientes con alguna enfermedad o condición médica general, y de éstos el 10 o 20% requieren de intervención psiquiátrica. Es importante hacer patente acerca del error frecuente del especialista no psiquiatra, cuando piensa que es “normal” que un paciente que se encuentra médicamente enfermo, se deprima; sin embargo, si esto fuera normal todos los pacientes con alguna enfermedad médica estarían deprimidos y no es así. Además si un paciente con algún trastorno médico está deprimido, esa depresión es un trastorno que se puede “curar”, el paciente puede mejorar de su estado depresivo aunque persista la enfermedad médica; por lo tanto es importante detectar si la depresión está presente y tratarla.

Cassem realizó un estudio en 1990, en el que se puntualiza la frecuencia con que la depresión se asocia a las siguientes enfermedades médicas: enfermedad de Cushing, 83%; epilepsia, 55%; enfermedad de Parkinson, 51%; enfermedad de Huntington, 41%; accidente vascular cerebral, 27%; cáncer, 20 a 25%; SIDA, 4 a 18% y enfermedad de Alzheimer, 11%.

Para hacer el diagnóstico de depresión en pacientes médicamente enfermos es importante considerar que algunos síntomas que habitualmente están presentes en pacientes deprimidos sin enfermedad médica, pueden estar presentes en los pacientes con condición médica general, no como parte del cuadro depresivo, sino como síntomas de la enfermedad médica, tal sería el caso de la disminución del apetito y del peso, alteraciones del sueño como el insomnio, la pérdida de energía y la dificultad para concentrarse, por lo que es mejor sustituir los síntomas mencionados por la apariencia depresiva del enfermo (callado, con facés de tristeza, llanto); con aislamiento social, es decir retraído, poco comunicativo; externando pensamientos pesimistas y de autocompasión y sin reactividad emocional, aunque se les comunique una noticia agradable, los enfermos no

experimentan, ni externalan, alegría. Además de dichos síntomas los pacientes dicen sentirse tristes, sin experimentar interés o placer al realizar sus actividades habituales, externalan sentimientos de culpa, e ideas de muerte o suicidas. Si un paciente con enfermedad o condición médica general presenta 4 ó más de los síntomas mencionados, nos encontramos ante un paciente que, además de la enfermedad médica, está cursando una depresión mayor.

Los pacientes ancianos, mayores de 60 ó 65 años que cursan con depresión deben ser tratados para reducir su morbilidad y mortalidad; ya que los pacientes deprimidos que intentan suicidarse son varones de más de 60 años que viven solos y abusan del alcohol o de alguna otra sustancia. Además de que en el momento se deben tratar de un cuadro agudo de depresión mayor, que les esté generando malestar y alteración del funcionamiento psicosocial. Se les debe dar tratamiento de sostén o mantenimiento para reducir el riesgo de recaídas.

El paciente anciano con depresión mayor puede ser tratado en la consulta externa, pero se debe valorar la hospitalización cuando el paciente presenta ideación o intento suicida, debilidad física debida a la disminución del apetito y de peso, propias del cuadro depresivo, depresión mayor con síntomas psicóticos como alucinaciones o ideas delirantes, agitación psicomotora, demencia o problemas médicos asociados. El paciente anciano con depresión, debe contar con una valoración inicial completa, que detecte cualquiera de las complicaciones mencionadas.

Los pacientes deprimidos con comorbilidad, con trastornos de ansiedad o con enfermedad médica general y los pacientes ancianos con depresión mayor, representan un reto para la habilidad terapéutica, tanto farmacológica como psicoterapéutica del psiquiatra. Afortunadamente se sabe más acerca de las causas de la depresión mayor y se cuenta con más y mejores recursos farmacológicos y psicoterapéuticos para enfrentarla.

L.6 Tratamiento Utilizado en las Depresiones

Antecedentes

Las dolencias depresivas se trataban en el siglo XVIII con Belladona, en el siglo XIX se utilizó el opio en forma de laudano se empleaba también la hidroterapia (una silla que se balanceaba, en la que se ataba al enfermo, en medio de una tina llena de agua fría), las pociones calmantes de todo tipo, el bromuro, las palabras agradables, la sugestión, las distracciones, las aguas termales y principalmente el tiempo.

No fue sino hasta este siglo, en la década de los treinta, cuando se dio el primer hallazgo para el tratamiento de la depresión y en particular de la psicosis maniaco-depresiva, a partir de la terapia electroconvulsiva (electrochoque). Posteriormente, en los años cincuenta, se dio el inicio de la farmacoterapia antidepresiva, que ha permitido en los años recientes, progresos importantes en el tratamiento de las depresiones y en el estudio de los mecanismos químicos del funcionamiento del sistema nervioso.

También en este siglo XX, se ha avanzado en la psicoterapia de las depresiones, primero, con el advenimiento del psicoanálisis y luego, con las terapias cognitivas y las humanístico-existencialista.

Existen en la actualidad cuatro enfoques terapéuticos que solos o en combinación, se aplican al tratamiento de la depresión y en particular de la depresión profunda (endógena o psicótica) que son: electrochoque, terapia con psicofármacos, psicoterapia e internación (hospitalización).

Terapia Electroconvulsiva: durante los años veinte eran muchos los que pensaban que se daba un antagonismo entre la esquizofrénica y la epilepsia. Se había por tanto formulado la hipótesis, según la cual, provocando artificialmente una crisis de epilepsia, se podría tratar la esquizofrenia. Se intentó primeramente, provocar las crisis por medio de la utilización de agentes químicos como el alcanfor o el cardizol.

En 1930, dos psiquiatras italianos Cerletti y Bini, sometieron por primera vez a un esquizofrénico a la terapia electroconvulsiva. Esta terapia se reveló parcialmente eficaz, pero pronto se dieron cuenta de que era notablemente activa en las formas depresivas y en particular en sus formas psicóticas graves. Esta terapia fue usada ampliamente para los enfermos depresivos graves con singular éxito, aproximadamente entre un 70 y 80% de los casos, la cura era completa. De hecho, hasta años muy recientes, era el método más divulgado para enfermos depresivos hospitalizados.

Se recurre todavía al procedimiento básico tradicional que consiste en aplicar un electródo a ambos lados de la frente, dejando pasar una corriente de entre 70 a 130 voltios a través de los lóbulos frontales del cerebro, durante un periodo de tiempo de alrededor de medio segundo. Hoy en día se suministra a los pacientes un anestésico y un relajante muscular, a fin de suprimir el efecto doloroso de la iniciación de la crisis y de las contracciones musculares que podrían ser causa de fractura ósea. De esta manera, el paciente experimenta menos molestias físicas y se elimina considerablemente el peligro de complicaciones.

La cantidad de tratamientos y su frecuencia varía de paciente a paciente. Las implicaciones de la conducta que suelen ocurrir con la terapia electroconvulsiva son la pérdida de la memoria (anterior como posterior al tratamiento), la dificultad en concentrarse y la confusión mental.

No se han demostrado efectos psicológicos persistentes en pacientes a los que se ha suministrado este tipo de terapia. El electrochoque está indicado en los casos de depresiones profundas (endógenas) en las cuales la terapia con psicofármacos resulta totalmente ineficaz o bien cuando se presenta un alto riesgo de suicidio.

Con el advenimiento de los psicofármacos antidepresivos, la utilización de la terapia electroconvulsiva ha visto reducida considerablemente su utilización.

Hospitalización: la hospitalización del enfermo depresivo profundo debe contemplarse cuando hay un alto riesgo de suicidio, principalmente y cuando se trata de pacientes que viven solos, carecen de parientes y amigos cercanos y que no están en condiciones de cuidar de sí mismos. Hay que considerar que en el paciente depresivo la internación no

ofrece un ambiente terapéutico propicio, su única ventaja es que disminuye el riesgo de suicidio y garantiza el adecuado suministro de psicofármacos o de la terapia electro-convulsiva. También debería pensarse en la hospitalización de pacientes depresivos profundos asociados con toxicomanía o alcohol.

Farmacología antidepresiva: medicamentos antidepresivos o timolépticos; este término se usa en sentido amplio para designar a todo fármaco cuya acción es antidepresiva. Estos medicamentos son capaces de mejorar el humor deprimido y de normalizar el estado de ánimo. Cabe señalar que estos fármacos no son estimulantes y que no originan dependencia de ningún tipo.

Puede decirse que la farmacoterapia antidepresiva no comenzó verdaderamente sino hasta el año de 1957, en el que Roland Kuhn introdujo la imipramina, un antidepresivo tricíclico. Los medicamentos antidepresivos se dividen en tres grupos: los tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los tetracíclicos.

Como ya se mencionó, la imipramina fue el primer antidepresivo tricíclico que se descubrió y sigue siendo uno de los de mayor potencia terapéutica, además de este tricíclico, existen la desimipramina y la butriptilina, todas ellas en diferentes presentaciones, nombres y laboratorios productivos.

Los tricíclicos sufren una transformación metabólica casi total. Los efectos de los tricíclicos tardan en aparecer entre 3 y 4 semanas. Estos medicamentos producen efectos secundarios en buen número de casos, dentro de estos cabe destacar: sequedad de boca, estreñimiento, mareo, sobre todo al ponerse de pie y visión borrosa. Todos estos efectos, cesan completamente al poco tiempo de dejar de ingerir estos fármacos.

También en 1957, gracias a las observaciones de Nathan S. Kline se descubrió un segundo tipo de antidepresivos, inhibidores de la monoaminoxidasa designados con las iniciales IMAO.

Estos fármacos aumentan directamente la concentración de las catecolaminas en el cerebro al inhibir la enzima amitriptilina que es la responsable de su degradación. Tienen una transformación metabólica más larga que los tricíclicos, pueden tardar hasta diez días

en eliminarse totalmente. Presentan también efectos colaterales como: vértigos, mareos o insomnio. Durante el tratamiento con estos fármacos al paciente no le es permitido comer quesos añejos, vísceras, arenque y otros alimentos que tengan tirosina, pues pueden causar un aumento repentino de presión arterial.

Por estas contraindicaciones los IMAO son los antidepresivos de menor uso. Los dos inhibidores más conocidos son la fenelcina y la isocarboxacida.

Por último, los antidepresivos tetracíclicos presentan efectos secundarios menores, sin embargo, su utilización aún es menor que la de los tricíclicos. Dentro de estos antidepresivos se encuentran la maprotilina, nomifensin, mianserina y trazodona.

Es muy importante que la receta de los fármacos antidepresivos, por su delicado manejo y control deba ser realizada por médicos especialistas (psiquiatras). Con cierta frecuencia, la medicación de estos productos la realizan médicos generales, no especialistas en la materia, con el consiguiente riesgo involucrado.

Las sales de litio como fármacos antimaniacos fueron presentados por John Cade en 1949, pero fue hasta los años 60's cuando Morgan Chow encontró que tenía efecto sobre la psicosis manícodepresiva, controlando las alternancias de humor. El litio se administra en forma de sales de diferentes tipos (carbonato, citrato, sulfato y cloruro).

El litio se excreta por los riñones y su nivel en el cuerpo se establece por la diferencia entre su ingestión y su excreción. Existe un equilibrio entre la eliminación de litio y de sodio, de lo que resulta que una pérdida de sodio puede inducir una mayor retención de litio.

La dosificación tiene que ser individual y por tratarse de un elemento de elevada toxicidad en concentraciones mayores, hay que controlar minuciosamente sus niveles en las sangre. Se deduce por tanto que su prescripción y suministro, debe llevarse a cabo por un especialista que controle su dosificación; ya que una intoxicación por litio es una enfermedad gravísima.

Se ha visto que el litio es útil en casos de maniacodepresión o de depresión profunda con recurrencia, pues elimina buena parte de la tendencia a las recaídas. Se ha comprobado su especial utilidad en el tratamiento del episodio maniaco agudo.

Psicoterapia: hacia fines de 1930, Gero (1936) y Lorand (1937) realizaron las primeras descripciones de la terapia psicoanalítica de la depresión leve (psicógenas, bien sean neuróticas o reactivas), que hoy en día es quizás el trastorno que con más frecuencia ven los psiquiatras.

La confrontación farmacoterapia-psicoterapia en las depresiones leves, sigue siendo objeto de debate. De todas maneras, las investigaciones pertinentes confirman que ambas modalidades no se obstaculizan en cuanto a su efectividad. Parecería incluso que las drogas y la psicoterapia, operan sobre aspectos diferentes del complejo sintomático de la enfermedad. Se tiene la impresión de que los medicamentos mejoran los síntomas somáticos y vegetativos, mientras que la psicoterapia es más efectiva para ayudar al paciente a establecer mejores vínculos sociales, adaptarse de mejor manera a su ambiente y elevar su autoestima.

Silvano Arieti en su libro *Psicoterapia de la Depresión* dice: "Considero que la psicoterapia es el tratamiento más eficaz para la depresión leve, asociada o no con farmacoterapia. Sin embargo, estos pacientes son muy difíciles de tratar por la naturaleza misma de su enfermedad, oponen una obstinada resistencia al cambio y utilizan sus síntomas para manejar el curso de la terapia. Como resultado de su dependencia, el individuo depresivo queda a menudo aprisionado en una red de relaciones patológicas con otras personas que tratan de impedir que modifiquen su personalidad. Estas fuerzas internas y externas se combinan para producir un curso terapéutico con frecuencia prolongado y laborioso.

A pesar de la atención que cada día se da en mayor medida a los desórdenes depresivos, la bibliografía sobre la psicoterapia de la depresión y en particular de la relativa a la depresión profunda (endógena o psicótica) se halla en etapa inicial. La mayoría de los textos sobre la depresión omiten por completo el tema o le dan un tratamiento muy superficial. Ello se debe principalmente a dos factores: primero la búsqueda de resultados inmediatos que hace que los psiquiatras y otros profesionales que atienden a enfermos

depresivos recurran inmediatamente a la terapia medicamentosa y al curar los síntomas dejen de lado el tratamiento psicoterapéutico y segundo, las depresiones leves son más fáciles de tratar por medio de la psicoterapia y han recibido la atención preferente de los psicoterapeutas.

No obstante, empieza a existir la convicción entre los profesionales que atienden a pacientes con depresión profunda, de la conveniencia de combinar la terapia medicamentosa con la psicoterapia para el mejor tratamiento de tales enfermos. Silvano Arieti apunta en este sentido, lo siguiente: la psicoterapia está indicada para prácticamente todos los casos de depresión profunda, combinada con la terapia medicamentosa o electroconvulsiva; la intensidad de la depresión no debiera ser obstáculo para que el terapeuta lleva adelante la terapia; la terapia medicamentosa suele tener efectos mucho más rápidos que la psicoterapia en lo que concierne a la mejoría de síntomas, pero no modifica las estructuras básicas de la personalidad; tampoco la terapia electroconvulsiva previa, dificulta la psicoterapia pero ésta debe limitarse a una función de apoyo mientras persistan la falta de memoria y la confusión; la psicoterapia es especialmente necesaria para los pacientes que se hallan internados (hospitalizados).

Es indudable que a partir de los años 30's el tipo de psicoterapia más utilizado para el tratamiento de las depresiones ha sido el psicoanálisis; sin embargo en los últimos años han empezado a tomar importancia en la atención de pacientes deprimidos, los enfoques conductistas, la terapia cognoscitiva y las terapias humanistas o existencialistas. No existen a la fecha, pruebas fehacientes que demuestren la superioridad de un método psicoterapéutico sobre otro, sin embargo, se ha visto la conveniencia de emplear para los enfermos con depresión, psicoterapias breves que no tengan una duración tan largo como el psicoanálisis.

En la mayoría de los casos, el tratamiento de la depresión infantil debiera enfocarse hacia el marco familiar, y es tanto más efectivo, cuanto más temprano se realice el diagnóstico. Esta relación familiar puede ir desde una psicoterapia familiar intensiva con la participación de todos los miembros de la familia, hasta una orientación periódica de los padres con o sin contacto directo con el niño. El tipo de tratamiento que se siga dependerá de la severidad y duración de la depresión, de la edad del niño y de la colaboración de los padres. En muchos casos el tratamiento debe ser reforzado por un

terapia individual del niño (Calderón,1984). La mayoría de los autores, coinciden en que el mejor tratamiento para la depresión en la ancianidad, es la combinación de medicación antidepressiva y psicoterapia. Parecen preferibles las terapias breves con la involucración de los familiares cercanos del paciente.

Independientemente del enfoque psicoterapéutico utilizado en el tratamiento de pacientes con depresión, existen una serie de puntos básicos señalados por la mayoría de los autores consultados que, deben tenerse en cuenta:

-La etapa inicial del tratamiento es la más difícil y la más importante, es necesario desde el principio establecer una buena relación con el paciente. El depresivo presupone que será repudiado le será pues necesario saber que el terapeuta lo acepta y se interesa por él.

-Desde los primeros momentos es necesario que el paciente comprenda (para depresivos leves) que su mejoría no depende del terapeuta sino de él mismo. El depresivo debe reconocer desde el principio que tiene el poder de ayudarse a sí mismo y que el terapeuta lo apoyará.

-Con los pacientes depresivos las llamadas entre sesiones y los pedidos de horas adicionales son frecuentes. Las primeras sesiones deben servir para establecer los límites precisos es inaplicable para depresivos profundos. Las normas del terapeuta en cuanto a llamadas telefónicas, no asistencia a sesiones, etc.. deben ser expuestas con claridad.

-En las sesiones con pacientes depresivos es de vital importancia el escuchar atentamente lo que diga, observar su aspecto y comportamiento gestual y postural. Pero la atención no debe significar silencio absoluto pues, el paciente depresivo suele interpretar el silencio excesivo como desaprobación, rechazo, indiferencia o conformación de su desesperanza o culpa.

-El terapeuta debe ser cuidadoso en su trato con pacientes depresivos de no mostrar ansiedad o angustia que éstos pacientes captan e interpretan como la no solución de su problema.

-Los pacientes depresivos utilizan con mucha frecuencia maniobras manipulativas, el terapeuta debe cuidar de no hacer suyos los juicios del depresivo acerca de su indefensión o ineptitud.

En otro orden de ideas, frente a un paciente depresivo el terapeuta no debe dejar de indagar minuciosamente acerca del entorno familiar y de trabajo de éste. En muchos casos, probablemente lo mejor para el paciente sea que se le deje permanecer en su ambiente habitual, mientras que en otros, será preferible alejarlo de su puesto de trabajo y en algunos casos extremos de su familia.

Cuando se trata a un enfermo con depresión, con mucha frecuencia no se presta atención a la necesidad de que el terapeuta mantenga contacto con la familia o el cónyuge del paciente. Este contacto es importante para hacerles ver las características de la enfermedad, además de aconsejarles la mejor forma de acercarse al paciente y tratar con él. En tal sentido, es útil explicarles lo que la enfermedad significa en cuanto a sufrimiento real y sensación profunda de inadecuación personal. Así como, multitud de síntomas físicos que conlleva esta dolencia.

En muchos casos, los parientes o cónyuges se inclinan a considerar como defectos de carácter, debilidad moral o mera cobardía la depresión del paciente. En cuantas ocasiones hemos escuchado las siguientes recomendaciones que se hacen a un deprimido: animate, levanta ese ánimo; tienes que poner de tu parte; si tu quisieras de verdad curarte; no tienes nada, todos tus temores son irreales; ya se te pasará solo; en estos casos no hay nada pero que ir con un médico. Es importante no presionar al paciente tratando de convencerle de ir de viaje, ir de visita o salir a cualquier espectáculo. La disminución del apetito sexual que exhibe el paciente y la permanente concentración en sí mismo, pueden trastornar las relaciones afectivas con su cónyuge y con sus familiares. Hay que hacerles ver también, que el contacto con un deprimido suele ser aplastante, no deja respiro, no tolera alegría a su alrededor, los intentos de animarle son un fracaso o duran sólo unos instantes.

Recordarles que todo desaparecerá curarse la enfermedad y por tanto, la ayuda más valiosa consiste en inducir al paciente para que procure auxilio profesional. La clave del manejo del deprimido está en la muestra permanente de cariño e interés, pero sin dejarse esclavizar por él, y al mismo tiempo sin acorralarlo.

Hay que advertir al cónyuge o a la familia de la posibilidad de intentos suicidas que pueden originarse, para que estén atentos a los síntomas que en tal sentido perciban.

Por último, la importancia que en tiempos recientes ha venido teniendo la incorporación de la psicoterapia sola o vinculada con medicamentos para el tratamiento de los deprimidos, se debe entre otros, a los siguientes hechos:

-Ciertas depresiones pueden ser provocadas por factores psicológicos (Akiskal, 1978) factores cuya importancia etiológica variará según actúen como desencadenantes, precipitantes o mantenedores del cuadro depresivo. (Blaney, 1977).

-Se ha observado que la conducta depresiva es sensible y por tanto modificable en función de los cambios que, deliberadamente o no, se introduzcan en el flujo estimulador ambiental (Paykel, 1975).

-La conducta depresiva puede ser modificada mediante una oportuna intervención sobre el sistema de reforzadores de los que depende (Shiple, 1973).

El comportamiento de los deprimidos se modifica en mayor o menor grado cuando experimentan, operativa y funcionalmente, su capacidad de ejercer un cierto control sobre el medio (Lewinsohn, 1974).

I.7 Estudios Anteriores

Han sido muchos y muy variados los estudios realizados acerca de depresión. Dentro de la división de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Facultad de Psicología. Se han llevado a cabo diversas mediciones de depresión utilizando la Escala EAMD de Zung. Gracias a estos estudios se han obtenido varios hallazgos.

Dentro de una población de 60 mujeres con un diagnóstico de Depresión Mayor con el criterio del DSM IV durante la época del climaterio. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: el primero con síntomas menopáusicos y el segundo sin estos. Ambos grupos reunieron los criterios del DSM IV y tuvieron puntajes similares en la Escala EAMD de Zung, no obstante difirieron significativamente en los perfiles del MMPI, siendo el grupo climatérico similar a los perfiles de histeria, habiendo tensión premenstrual significativamente en sus antecedentes, y teniendo una alta correlación con los niveles de estrógenos en la etapa menopáusica y la presencia agregada de síntomas vasomotores. Estos elementos facilitaron el diagnóstico diferencial y la indicación para el tratamiento sustitutivo hormonal aunado al antidepresivo.

Estos resultados son más claros si se observa la tabla en donde se encuentran los datos demográficos de la muestra estudiada.

TABLA. DATOS SOCIOECONÓMICOS

Variable	Grupo Climaterio	Depresión Mayor	"t"
No. de Casos	30	30	
Edad: Rango	44-80 años	43-54 años	
Promedio	52.8	48.2	2.169
Desviación Estándar	4.8	4.7	
Ocupación: Labores del hogar	100%	70%	
Trabajo remunerado	0	30	
Estado Civil: Casadas	80%	50%	
Solteras	0	20	
Divorciadas	10	0	
Unión Libre	0	20	
Viudas	10	10	
Escolaridad: Promedio	7.8 años	6.1 años	
Desviación Estándar	3.2	3.8	

Ante estos resultados podemos ver que todas las mujeres estudiadas llenan los requisitos para el diagnóstico de Depresión Mayor del DSM IV, al igual que corresponden a puntajes similares en las escalas médicas autoadministradas. No obstante los perfiles del MMPI muestran características diferentes. Otro aspecto importante son los aspectos socioeconómicos, que difieren en las variables que mostraron peso en los estudios, es decir, que existen aspectos socioculturales relacionados con la psicopatología y los trastornos psicobiológicos, como es el hecho de encontrar más amas de casa, casadas en las pacientes climáticas, y más depresión sin alteraciones endócrinas en mujeres trabajadoras, con mayor número de divorcios o viviendo en unión libre, al igual que se ha encontrado en estudios analizando estas variables relacionadas con la psicopatología de la

mujer. Este aspecto se refuerza por la evidencia de que los eventos de la vida cotidiana y las condiciones en que se desarrollan éstos pueden ser factores causales de psicopatología incluyendo estados depresivos reactivos.

TABLA. DATOS CLINICOS

Variable	Grupo Climaterio	Depresión Mayor	t ^{**}
Edad de inicio: Rango	39-58 años	35-57 años	
Promedio	46.55	47.15	0.39*
Desviación Estándar	6.26	5.57	
Tiempo de Evolución: Rango	1-8 años	0.75-8 años	
Promedio	3.8 años	3.1 años	2.00*
Desviación Estándar	2.2 años	2.4 años	

Puntajes en las Escalas Clínicas

1.-Registro DSM IV

Rango	7-10	6-10	
Promedio	8.6	7.8	1.49*
Desviación Estándar	1.2	1.2	

2.-Escala EAMD-Zung

Rango	41-79	48-66	
Promedio	61.75	59.3	1.17*
Desviación Estándar	9.94	12.56	

*p= No significativa

La identificación clínica más adecuada, que no es permitida por el uso del DSM IV es muy importante también para el tratamiento, toda vez que incluir a todas las mujeres dentro del rubro de Depresión Mayor, omitiría la necesidad o la indicación tan solo del tratamiento hormonal sustitutivo, que incluso ha mostrado su eficacia antidepressiva en estudios experimentales recientes surgido de estas investigaciones antes mencionadas, o en su caso, la combinación de ambas terapias. (Héctor Lara Tapia)

En un segundo estudio, durante el análisis epidemiológico de los trastornos del estado de ánimo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía durante tres años (1996-1998) se estudiaron los Trastornos del Animo. En la hospitalización psiquiátrica se internaron 938 pacientes, correspondiendo 273 a Trastornos del Animo, el 29% del total de enfermos hospitalizados, predominando el Trastorno Bipolar I, 41.76% de trastornos afectivos y la Depresión Mayor en segundo lugar, 32.23%. Esta ocupa el primer lugar en pacientes ambulatorios, donde se atendieron 485 enfermos en un año, afectando el 57.63% de los Trastornos del Animo. Predomina en ambos casos el sexo femenino, y afecta principalmente adultos jóvenes y en la época del climaterio. Los puntajes de depresión corresponden a depresiones severas en la hospitalización y moderadas en pacientes ambulatorios.

De estos estudios se derivaron diversas conclusiones: 1) El principal trastorno del ánimo que necesita hospitalización corresponde al trastorno Bipolar, principalmente en periodo de manía, correspondiendo cerca del 48% del total, y en segundo lugar la Depresión Mayor, sin síntomas psicóticos y en tercero a la forma asociada a psicosis. Desde el punto de vista de la clasificación clínica europea, corresponde a Manía, Depresión Mayor y Depresión Mayor con síntomas psicóticos, comprendiendo cerca de la tercera parte de enfermos psiquiátricos. 2) Los cuadros de Trastorno bipolar corresponden principalmente a adultos jóvenes, tanto del tipo I (Manía) como del tipo II, mientras que los cuadros de Depresión Mayor comprenden un período de edad correspondientes a adultos mayores y los trastornos tipo Distimia se muestran más frecuentemente en la edad adulta joven. Sin embargo, debemos llamar la atención a que la mayoría de los pacientes depresivos llenan el rubro de Depresión Mayor del DSM IV, por lo cual deben discriminarse otros subtipos de depresión de acuerdo a la etiología y al periodo evolutivo donde se presentan. 3) Existen claras diferencias respecto a los pacientes ambulatorios, donde la Depresión Mayor y la Distimia ocupan los primeros lugares, en proporción similar a otras

poblaciones psiquiátricas atendidas institucionalmente, respecto a la cual existen diferencias cualitativas importantes, *v gr.* en un sistema de seguridad social, las principales patologías del estado de ánimo corresponden en los enfermos ambulatorios a trastornos neuróticos depresivos, ansiosos e histeria. Para la obtención de estos datos se utilizaron las escalas de Depresión de Hamilton y la Escala Autoadministrada de Zung, clasificándose de acuerdo a las normalizaciones para nuestro país.

En otro estudio realizado dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía entre el mes de julio de 1994 y al mes de diciembre de 1998, se realizaron 170 interconsultas psiquiátricas a los diversos servicios de hospitalización, en promedio tres mensualmente, de las cuales más del 52% fueron al Servicio de Neurocirugía. En el año de 1998 se realizaron 13 interconsultas, de las cuales la mayor frecuencia por Depresión de diversa etiología, incluyéndose estados psicóticos transitorios y adicciones. En el mismo periodo fueron referidos de la hospitalización quirúrgica por su patología psíquica. En la consulta externa el 80% fue por problemas depresivos con y sin relación con la intervención quirúrgica.

Debe considerarse que el bajo número obtenido, puede ser debido a que la interconsulta es solicitada por problemas mayores, dado que el personal médico residente está capacitado por su preparación para resolver problemas de índole menor, sin solicitar el apoyo más especializado para ello, o simplemente el problema es omitido. No obstante, los datos obtenidos proporcionan indicadores de factores de riesgo de problemas psiquiátricos en pacientes con alteraciones cerebrales frontotemporales producidas por el problema que amerita la cirugía o como secuela de la intervención. Los principales problemas son : excitación psicomotriz y conducta agresiva, síndromes depresivos, psicosis alucinatorias y/o delirantes, incluyendo delirium. Una comunicación posterior incluye el análisis de todos los casos referidos a los servicios psiquiátricos en el total de interconsultas durante cinco años.

1.8 El Zung como herramienta de evaluación de la depresión

Hay una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica. En la mayor parte de las investigaciones clínicas de hoy en día se incluye la aplicación de una o varias escalas, y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigaciones. Por el contrario, la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica no las usan y algunos las consideran artificiales y engañosas.

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, aún en uso, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología, y su aplicación seguramente fue estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas.

Estas escalas de evaluación fueron de un tipo muy general, debido a que se utilizaban para estudiar síntomas de enfermos ambulatorios y hospitalizados, sin tratar de encontrar la naturaleza del padecimiento que los originaban.

Hoy en día podemos considerar que el uso de las escalas de medición apenas se inicia en la práctica clínica, ya que éstas simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad de la información acerca de los enfermos; sin embargo es preciso recalcar que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de autoevaluación no puede suplir jamás a un buen estudio clínico efectuado por un médico competente. Por tanto, las escalas de evaluación deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado.

El uso amplio de estas escalas corresponde, pues, al campo de la investigación psicosocial (determinación de tasas de prevalencia en población general o en grupos de riesgo específico) y clínica (valoración del efecto terapéutico de nuevos antidepressivos). Por lo menos esa sería la situación actual para un medio como el nuestro en el que la automatización se encuentra apenas en sus inicios. La posibilidad de que la automatización aumente a tal grado, las computadoras pudieran elaborar la historia clínica -al respecto se

han dado ya los primeros pasos en algunos países- en nuestra opinión carecería de validez, ya que, desde el punto de vista técnico, esta forma de recabar los datos upone la capacidad del enfermo para dar una inforamción coherente y consistente de su propia enfermedad, lo que muchas veces es imposible para el deprimido.

Primeras escalas de evaluación

A pesar de que en 1915 Kempf describió la primera escala de depresión de que se tiene notica, y en 1917 Woodworth publicó el primer cuestionario de autoevaluación (Personal Data Sheet), no fue sino hasta muchos años después cuando este tipo de estudios se aplicó al problema específico de la depresión.

En 1930, Moore con base en observaciones clínicas, escogió 41 síntomas y signos entre 367 enfermos psicóticos, y sometió los resultados a un análisis factorial. Así, pudo distinguir dos grupos de síntomas que le permitieron medir al depresión retardada y la depresión agitada. Ese mismo años, Jasper publicó un cuestionario sobre depresión-elación.

Por varias razones estos estudios fueron descartados como una ayuda práctica para medir la depresión, ya que Moore se interesó sólo en consideraciones teóricas, y el cuestionario de Jasper sólo se utilizó en personas normales.

Uso de escalas de evaluación

El tipo más común de escalas registra únicamente síntomas, y se utiliza para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que podrían presentarse, por ejemplo, durante un tratamiento farmacológico. Otras escalas tienen por objeto ayudar a establecer el diagnóstico del enfermo, por lo que toman en cuenta además de los síntomas, otros aspectos, como pueden ser los antecedentes personales y familiares. Algunas escalas se utilizan para evaluar solamente resultados terapéuticos; por tanto, admeás de los síntomas, incluyen apartados que se relacionan con la respuesta a tratamientos anteriores. Otras, finalemtne están destinadas a determinar el tipo de personalidad del paciente y tienen ítems que no cambian en presencia o en ausencia de enfermedad.

Tipos de escalas

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos, y otras por personas sin entrenamiento especial. Algunas pueden ser aplicadas por el mismo enfermo o por la persona que hace la entrevista. Las escalas de autoaplicación ahorran tiempo al médico, pero tienen algunas limitaciones ya que el paciente debe tener la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está muy deprimido. En ocasiones le cuesta trabajo comprender alguna de las preguntas, o en lugar de seleccionar alguna de las opciones que se le ofrecen, escribe lo que él considera pertinente.

Cuando personal entrenado realiza la entrevista, el rendimiento mejora y se evitan errores. El resultado es óptimo cuando el propio médico aplica la prueba, y es breve el tiempo que emplea en las nuevas escalas. Esto permite no sólo obtener un buen reporte que ayudará al médico en el diagnóstico y en la valoración de la evaluación del caso, sino al mismo tiempo efectuar una observación colateral de la capacidad y seguridad del enfermo para realizar la prueba.

Análisis de los resultados

Cuando las escalas se utilizan en población general, o en población de mayor riesgo, los resultados permiten establecer grupos de posibles deprimidos en tres o cuatro categorías, de acuerdo con las indicaciones de quien diseñó la prueba y con la experiencia de la persona que dirige la encuesta. Obviamente estos resultados sólo dan una orientación, compriera etapa, sobre la probable existencia de un cuadro depresivo en determinadas personas; la segunda etapa consiste una entrevista psiquiátrica directa, que corroborará o descartará el cuadro.

Cuando las escalas se utilizan para valorar la respuesta terapéutica con antidepresivos, el estudio comparativo de los resultados previos y posteriores al tratamiento permite encontrar el nivel de "cambio". Este estudio puede detectar mejoría, estancamiento o empeoramiento del cuadro, pero de ninguna manera se puede comparar el estado de un paciente con el otro.

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión, y en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta ese entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotres y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por tanto, Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

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

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Grinker, Overall y Friedman, Zung y Durham concluyeron que estos síntomas deberían abarcar: alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos, después de un estudio cuidadoso consideraron que deberían incluir:

I. Talante bajo:

- A. Deprimido triste
- B. Accesos de llanto

II. Equivalentes fisiológicos:

- A. Alteraciones de los hábitos:
 1. Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
 2. Despertar del sueño temprano y frecuente.

3. Pérdida de apetito
4. Pérdida de peso
5. Disminución de la libido

B. Otras alteraciones:

1. Constipación (estreñimiento)
2. Taquicardia
3. Fatiga

III. Equivalentes psicológicos:

A. Actividades psicomotoras:

1. Agitación
2. Lentificación

B. Ideacionales:

1. Confusión
2. Sensación de vacío
3. Desesperanza
4. Indecisión
5. Irritabilidad
6. Insatisfacción
7. Devaluación personal
8. Ideación suicida

La Escala de Autoevaluación de Zung reúne síntomas de alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos. La escala incluye 20 reactivos, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo, a fin de evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en la escala. Para cada reactivo sintomático se plantean cuatro categorías, a saber: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificándose con un valor 1,2,3,4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Para la aplicación de la prueba se da al paciente la lista de reactivos y se le pide que marque cual de las cuatro categorías es la más aplicable en su

caso. Aunque la escala está diseñada para ser autoaplicada por el enfermo, durante su resolución, el médico u otra persona entrenada debe asistirlo para resolver las dudas que se puedan presentar. Por lo general no es común que el paciente haga preguntas, pero cuando las hace, demuestra su deseo de cooperar con el médico. Con el objeto de hacer más válida la prueba, se tomaron algunas medidas de precaución, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. El paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas, pues la mitad de las declaraciones está redactada de manera sintomáticamente positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativa. La escala terminada se suma y ésta calificación básica se convierte en un índice (EAMD) basado en cien, tal y como aparece en el siguiente cuadro:

Conversión de la calificación básica al índice EAMD

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

La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión significativa.

Un análisis estadístico de la aplicación en el tiempo de esta escala, arroja los siguientes resultados: el índice promedio de pacientes hospitalizados fue de 70 puntos hacia arriba, en los ambulatorios alrededor de 60 puntos y calificaciones inferiores a 40 puntos, indicaban que no había depresión o que ésta era no significativa.

La aplicación de esta escala permite una manera fácil y rápida, corroborar el diagnóstico elaborado como resultado de las entrevistas llevadas a cabo con el paciente.

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

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

Es importante recordar que cualquier escala para medir depresión es un auxiliar en el diagnóstico de la depresión, por lo tanto nunca suplirá el estudio clínico efectuado por el profesional calificado.

Capítulo II

Metodología

II.1 Justificación

En los últimos años la depresión se ha convertido en una enfermedad de gran importancia, ya que por un lado un gran número de personas la padecen y por otro ha repercutido en la economía nacional. Son muchos los trabajadores que debido a una depresión faltan continuamente a sus trabajos y no sólo eso; sino que también se vuelven menos productivos. El entorno familiar se ha visto enormemente alterado por este padecimiento. Es por esto que surge la necesidad de un buen diagnóstico para que a partir de ellos se pueda hacer una mejor intervención. ¿A qué me refiero con un buen diagnóstico? El hecho de diagnosticar una depresión no es suficiente; ya que también es importante hallar la comorbilidad con la que pueda presentarse. Al hacerse este diagnóstico más completo pueden hallarse mejores formas de intervención terapéuticas para un óptimo pronóstico, evitando que la depresión se convierta en un problema crónico.

II.2 Planteamiento del Problema

En el ámbito clínico se ha venido utilizando el DSM IV para el diagnóstico, lo cual ha dejado a un lado la etiología de la depresión. Por otro lado se ha olvidado la comorbilidad con la que ésta se pueda presentar. Lo anterior provoca que no se logre una buena intervención clínica.

II.3 Procedimiento

La presente investigación se llevó al cabo mediante la aplicación de la EAMD de Zung a una muestra representativa obtenida al azar de pacientes atendidos en la Clínica de Trastornos del Ánimo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de acuerdo al estudio epidemiológico obtenido para tal fin, correlacionando estos datos obtenidos con

variables demográficas (edad, sexo, escolaridad y ocupación) y clínicas (diagnóstico de acuerdo al DSM IV, trastorno psicopatológico u orgánicos como comorbilidad de la depresión, vgr trastornos de la personalidad, climaterio, etc., tratamiento farmacológico y el tiempo de evolución y tratamiento).

Los pacientes fueron seleccionados conjuntamente con el psiquiatra y divididos en tres grupos el primer grupo esta constituido por pacientes controlados, el segundo grupo por pacientes no controlados y el tercer grupo por pacientes sin tratamiento. Los datos demográficos y clínicos se extrajeron de los expedientes de cada paciente. Al ser aplicada las pruebas se calificaron con la plantilla correspondiente y los datos obtenidos fueron convertidos a los índices EAMD. Tanto los datos clínicos, demográficos y las puntuaciones fueron ingresados al programa SPSS para hacer su correspondiente análisis estadístico. A los datos se les extrajo una chi cuadrado (datos no paramétricos) y "t" de student (datos paramétricos). Los resultados se interpretaron y a partir de esto se obtuvieron conclusiones.

II.4 Variables

Variable independiente: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, diagnóstico primario o variables clínicas y diagnóstico secundario o comorbilidad y tiempo de evolución.

El diagnóstico primario o variables clínicas se refieren a la clasificación de la depresión de acuerdo al DSM IV y la clasificación de la depresión de Kielholz.

El diagnóstico secundario o la comorbilidad hallada como un trastorno de personalidad que se refiere al conjunto de signos y síntomas que provocan en el paciente una conducta desadaptativa. Dentro de este diagnóstico secundario hallamos cualquier alteración orgánica.

Variable dependiente: trastorno del estado de ánimo.

Definición conceptual del trastorno del estado de ánimo. El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o de estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. (Sarason, 1996).

Definición operacional. Son todas las respuestas que el paciente dió a la prueba de depresión de Zung.

II.5 Hipótesis

H1.-Existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung respecto a las variables demográficas.

Ho1.-No existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung respecto a las variables demográficas.

H2.-Existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung respecto a las variables clínicas.

Ho2.-No existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung respecto a las variables clínicas.

H3.-Existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento farmacológico.

Ho3.-No existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento farmacológico.

H4.-Existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung y la comorbilidad del estado depresivo con otra patología.

Ho4.-No existe correlación estadísticamente significativa de las puntuaciones de depresión obtenidos a través de la EAMD de Zung y la comorbilidad del estado depresivo con otra patología.

II.6 Tipo de Estudio

Este es un estudio descriptivo epidemiológico dentro del marco de referencia de la psicología de la salud.

II.7 Características de la Muestra

La muestra esta constituida por 77 pacientes de la consulta externa de la clínica de trastornos del estado de ánimo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La muestra fue seleccionada con supervisión del responsable y titular de la clínica antes mencionada. La muestra es aleatoria y representativa de la población que se atiende en la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Al año son atendidos 458 pacientes dentro de la clínica de trastornos del estado de ánimo. Los pacientes fueron divididos en dos grupos principalmente; es decir en controlados y no controlados. De acuerdo al estado en el que el paciente fue encontrado por el psiquiatra el día en que se le aplicó la prueba de depresión se le clasificó en el grupo controlado o no controlado y aquellos que asistieron por primera vez fueron ingresados en un tercer grupo sin tratamiento.

Los pacientes controlados son aquellos que respondieron correctamente al tratamiento farmacológico y los pacientes no controlados son aquellos que siguen manifestando síntomas depresivos a pesar de un tratamiento farmacológico adecuado y de su administración durante el tiempo apropiado.

Capítulo III

Resultados

A continuación son presentados los resultados a partir de las pruebas aplicadas. Estos son presentados en tablas de frecuencias divididas en el grupo controlado y el grupo no controlado. Los datos demográficos como el sexo, la edad, la ocupación, la escolaridad y el estado civil se hallan en la Tabla 1. El diagnóstico primario (tabla 2) fue dividido en la clasificación de los trastornos del estado de ánimo de acuerdo al DSM IV y la clasificación de la depresión de acuerdo a Kielholz, en donde se presenta una correlación entre estos dos diagnósticos. En la tabla 3 se presenta la comorbilidad hallada en los pacientes entrevistados. En las tablas 4 y 5 se presentan de igual manera divididos los resultados obtenidos en la EAMD de Zung. La primera tabla corresponde a los puntajes crudos, mientras que la segunda tabla corresponde a los puntajes convertidos. En la tabla 6 se presentan los tiempos de evolución de ambos grupos.

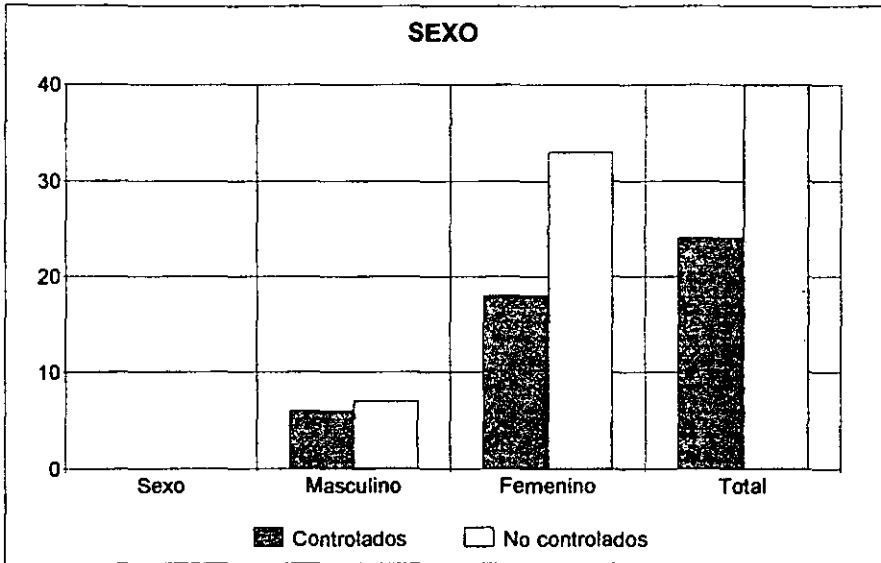
Bajo cada tabla se presentan las gráficas de las frecuencias de cada grupo incluido en la investigación.

Tabla 1

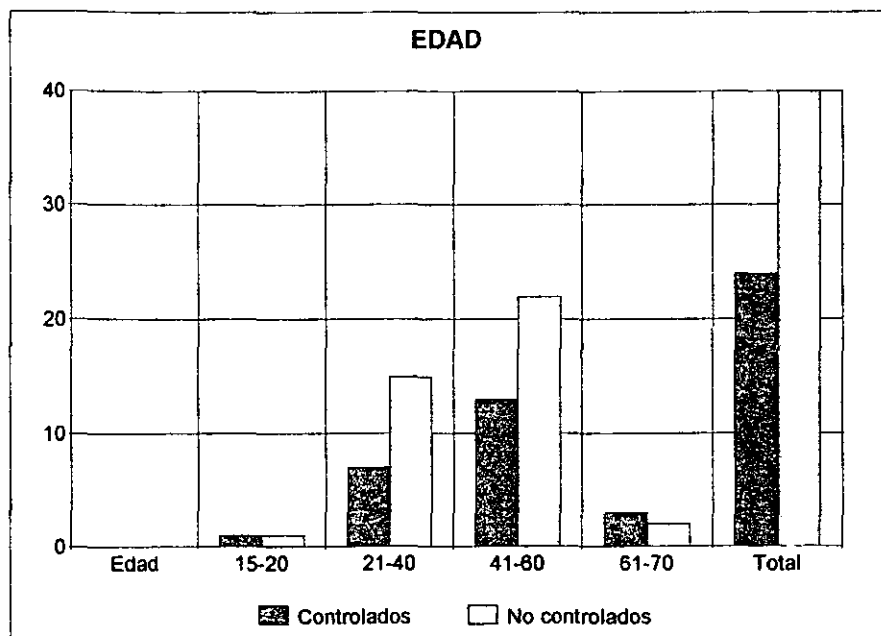
Datos Demográficos

Variable	Controlados		No controlados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo				
Masculino	6	25%	7	17.5%
Femenino	18	75%	33	82.5%
Total	24	100%	40	100%
$\chi^2= .521$	$\bar{x}=1.750$	DE=.442	$\bar{x}=1.825$	DE=.385
Edad	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15-20	1	4.2%	1	2.5%
21-40	7	29.2%	15	37.5%
41-60	13	54.2%	22	55.0%
61-70	3	12.5%	2	5.0%
Total	24	100%	40	100%
$t^*=1.058$	$\bar{x}=46.792$	DE=12.666	$\bar{x}=43.500$	DE=11.671
Escolaridad	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna	0	0.0%	1	2.5%
Primaria	8	33.3%	17	42.5%
Secundaria	5	20.8%	6	15.0%
Preparatoria	3	12.5%	5	12.5%
Licenciatura	6	25%	5	13%
Estudios Técnicos	2	8.30%	6	15%
Total	24	100%	40	100%
	$\bar{x}= 3.542$	DE=1.414	$\bar{x}=3.350$	DE=1.562
Ocupación	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hogar	11	45.8%	24	60.0%
Comerciante	4	16.7%	1	2.5%
Empleado	3	12.5%	6	15.0%
Desempleado	2	8.3%	1	2.5%
Estudiante	1	4%	1	3%
Profesor	1	4.20%	1	3%
Chofer	1	4%	1	3%
Trabajador independiente	0	0%	2	5%
Religiosa	1	4.20%	0	0%
Ninguna	0	0%	3	7.50%
Total	24	100%	40	100%
$\chi^2=1.451$	$\bar{x}= 2.583$	DE=2.083	$\bar{x}=2.850$	DE=2.975
Estado Civil	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	6	25.0%	10	25.0%
Casado	14	58.3%	28	70.0%
Divorciado	2	8.3%	2	5.0%
Viudo	2	8.3%	0	0.0%
Total	24	100%	40	100%
	$\bar{x}=2$	DE=.834	$\bar{x}=1.800$	DE=.516

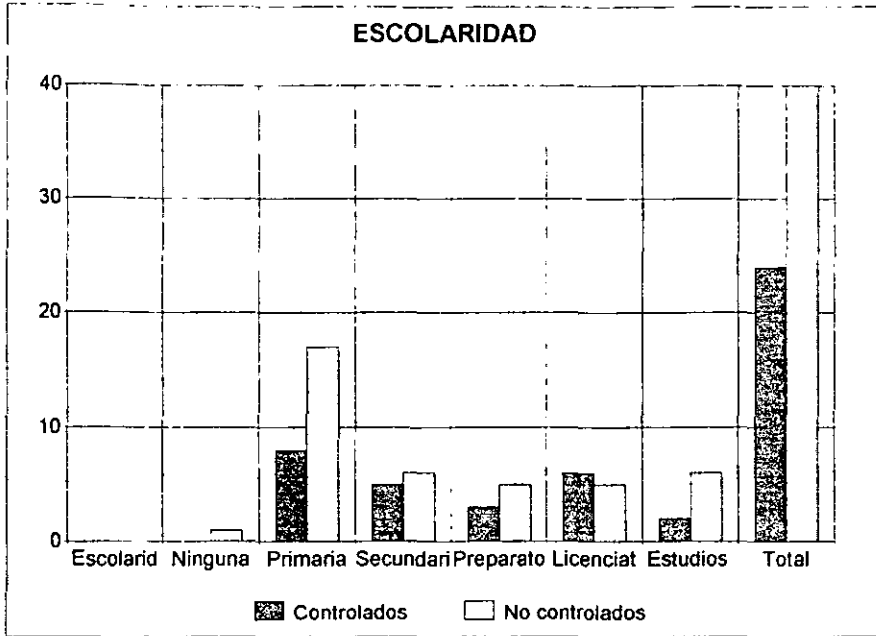
En esta tabla podemos ver que el resultado obtenido en la chi cuadrada que fue de .521 relacionada con la edad no nos arroja diferencias significativas entre hombres y mujeres diagnosticados con depresión mayor; así como tampoco la escolaridad del paciente es un indicativo importante en la incidencia del diagnóstico. Al correlacionar la variable ocupación con la de sexo encontramos que obtenemos una chi cuadrada de 1.451, la cual no es estadísticamente significativa en relación a las mujeres que se dedican al hogar. También quedó comprobado que el estado civil no es estadísticamente significativo como variable que intervenga directamente con la depresión mayor. Por lo anterior queda aceptada mi hipótesis nula.



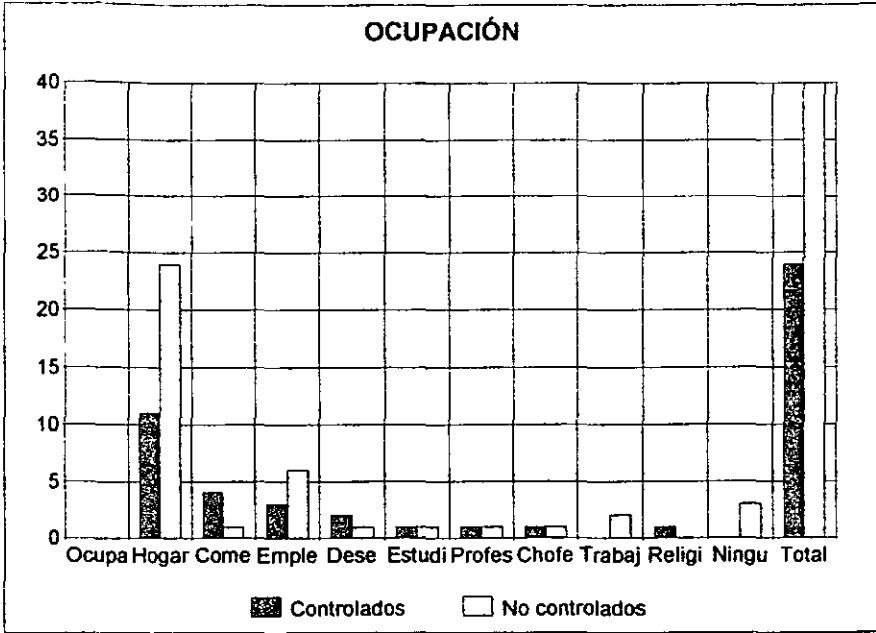
En esta gráfica vemos que la frecuencia de mujeres que padecen de algún síndrome depresivo es mayor que la que se presenta en hombres. Aunque si retomamos la tabla 1 vemos que proporcionalmente el número de varones y mujeres en los que la depresión tiene incidencia es proporcional.



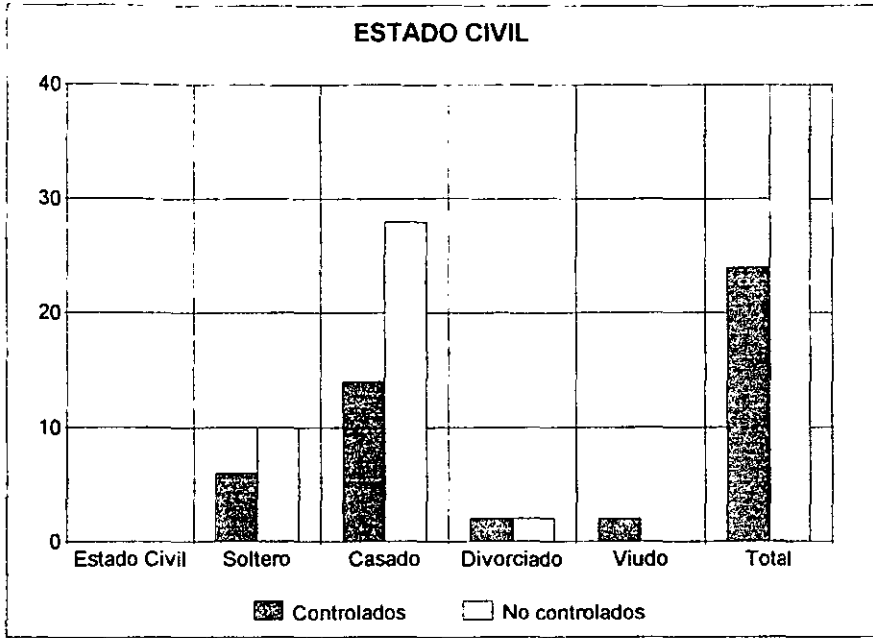
En esta gráfica podemos apreciar como la incidencia de los síndromes depresivos se exacerban entre los 41-60 años. Y aquellos casos que no están controlados se elevan entre los rangos de 21-40 a 41-60.



En esta gráfica podemos ver como la mayor incidencia de algún síndrome depresivo se da en pacientes que cursaron hasta la primaria. Aunque es notable que en ambos grupos la depresión es muy patente muy a pesar del nivel de estudios.



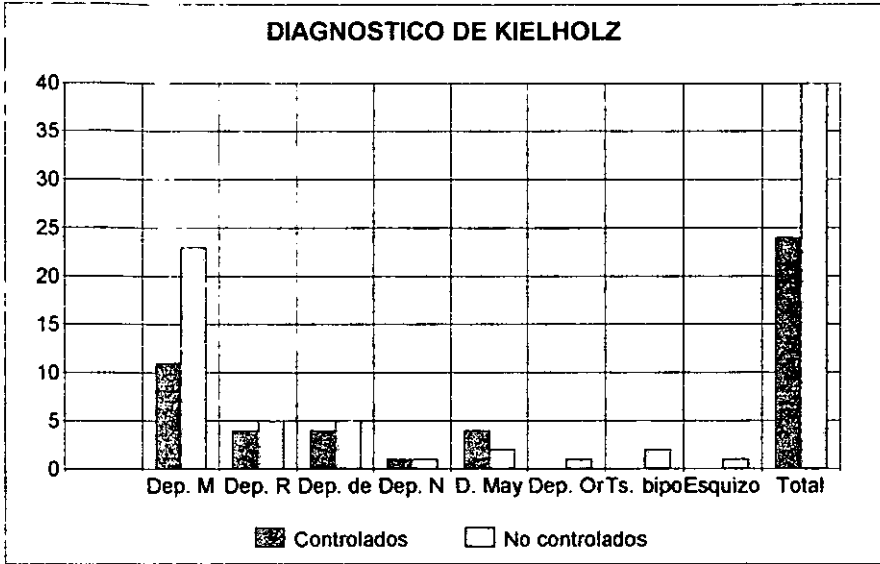
En esta gráfica podemos ver como es patente la depresión en personas dedicadas al hogar, mientras que en otras profesiones la frecuencia de la depresión es muy baja.



En esta gráfica podemos ver como la mayor incidencia de la depresión se da con pacientes casados. Aunque en los demás rubros encontramos también cierta incidencia.

Tabla 2				
Diagnóstico Primario del DSM IV				
Variable	Controlados		No controlados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Depresión Mayor	24	100.0%	40	100.0%
Diagnóstico Primario de Kielholz				
Variable	Controlados		No controlados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Depresión Mayor	11	45.8%	23	57.5%
Depresión Reactiva	4	16.7%	5	12.5%
Depresión del Climaterio	4	17%	5	13%
Depresión Neurótica	1	4.20%	1	3%
Depresión Mayor Psicótica	4	17%	2	5%
Depresión Orgánica	0	0%	1	3%
Trastorno bipolar	0	0%	2	5%
Esquizofrenia	0	0%	1	2.50%
Total	24	100%	40	100%
$\chi^2=.819$	$\bar{x}=2.667$	DE=1.971	$\bar{x}=2.375$	DE=2.059

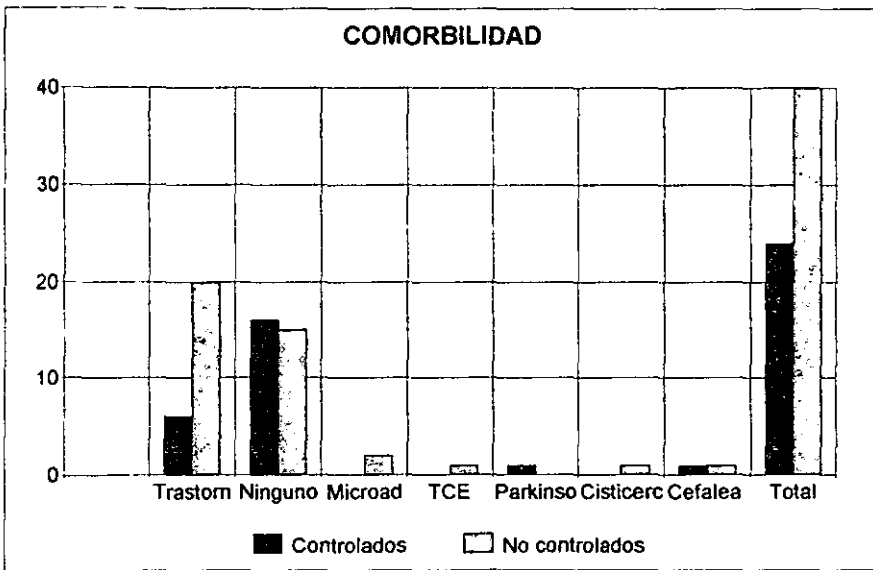
La tabla fue dividida en dos diagnósticos. El primero fue tomado del DSM IV y el segundo fue tomado según Kielholz, tomando en cuenta la etiología de la depresión. Con esto encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre un diagnóstico y el otro.



En este gráfico como en la tabla 2 vemos que el diagnóstico dominante es la depresión mayor, así es que utilizar cualquiera de estas dos clasificaciones nos brinda un mismo diagnóstico.

Comorbilidad				
Variable	Controlados		No controlados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trastorno de Personalidad	6	25.0%	20	50.0%
Ninguno	16	66.7%	15	37.5%
Microadenoma Hipofisiario	0	0	2	5.0%
TCE	0	0.0%	1	2.5%
Parkinson	1	4%	0	0%
Cisticercosis	0	0.00%	1	2.50%
Cefalea de Tensión	1	4%	1	2.50%
Total	24	100%	40	100%
$\chi^2=5.109$	$\bar{x}=2$	DE=1.180	$\bar{x}=1.900$	DE=1.411

En esta tabla vemos como la depresión mayor está fuertemente correlacionada con una comorbilidad, principalmente con un trastorno de personalidad. Si se observa la chi cuadrada de 5.109 encontramos que es altamente significativa. Esto es que aquellos pacientes quienes fueron diagnosticados con un trastorno de personalidad o alguna otra comorbilidad obtuvieron puntuaciones más elevadas en la EAMD de Zung. Con esto comprobamos nuestra segunda hipótesis.

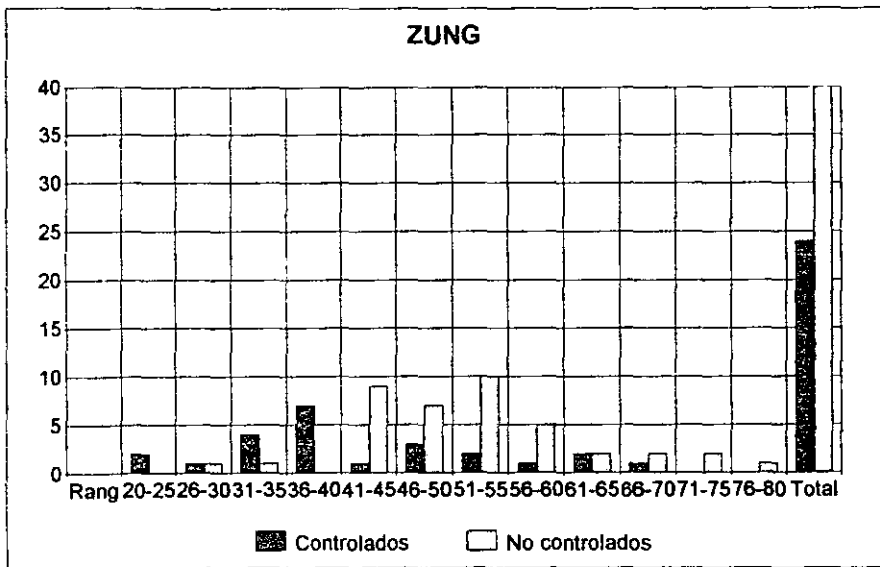


En este gráfico constatamos lo que los resultados de la tabla 1 referentes a la correlación de las diferentes variable. Aquí vemos como en el grupo de los pacientes no controlados la frecuencia de la incidencia de un trastorno de personalidad es muy alto, mientras que en los pacientes controlados esta frecuencia es muy baja.

Tabla 4

Zung

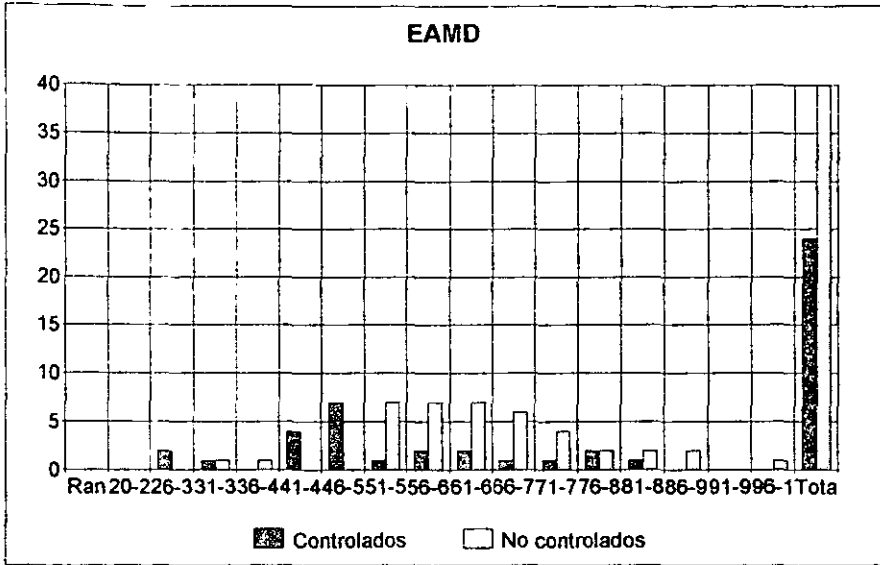
Variable	Controlados		No controlados		
	Rango	Frecuencia	%	Frecuencia	%
20-25		2	8.3%	0	0.0%
26-30		1	4.2%	1	2.5%
31-35		4	16.7%	1	2.5%
36-40		7	29.2%	0	0.0%
41-45		1	4%	9	23%
46-50		3	12.60%	7	18%
51-55		2	8%	10	3%
56-60		1	4%	5	13%
61-65		2	8%	2	5%
66-70		1	4%	2	5.00%
71-75		0	0%	2	5%
76-80		0	0%	1	2.50%
Total		24	100%	40	78%
n=3.314		$\bar{x}=42.417$	DE=12.566	$\bar{x}=52.025$	DE=10.347



Esta gráfica nos muestra como la incidencia mayor del grupo de pacientes no controlados es mayor entre los rangos más altos de la prueba de Zung que son 41-45, 46-50, 51-55 y 56-60.

Tabla 5				
EAMD				
Variable	Controlados		No controlados	
Rango	Frecuencia	%	Frecuencia	%
20-25	0	0%	0	0.0%
26-30	2	8.3%	0	0.0%
31-35	1	4.2%	1	2.5%
36-40	0	0.0%	1	2.5%
41-45	4	17%	0	0%
46-50	7	29.20%	0	0%
51-55	1	4%	7	18%
56-60	2	8%	7	18%
61-65	2	8%	7	18%
66-70	1	4%	6	15.00%
71-75	1	4%	4	10%
76-80	2	8%	2	5.00%
81-85	1	4%	2	5%
86-90	0	0%	2	5%
91-95	0	0%	0	0%
96-100	0	0%	1	2.50%
Total	24	100%	40	100%
$t^* = 3.152$	$\bar{x} = 53.167$	$DE = 15.681$	$\bar{x} = 65.150$	$DE = 12.969$

En las tablas anteriores podemos ver como de acuerdo a la t de student extraída encontramos que existen puntuaciones estadísticamente significativas al .005 entre el grupo de controlados y no controlados. Esto es que los pacientes dentro del grupo de controlados obtuvieron calificaciones más bajas en relación con aquellos que fueron agrupados dentro del grupo de los no controlados.



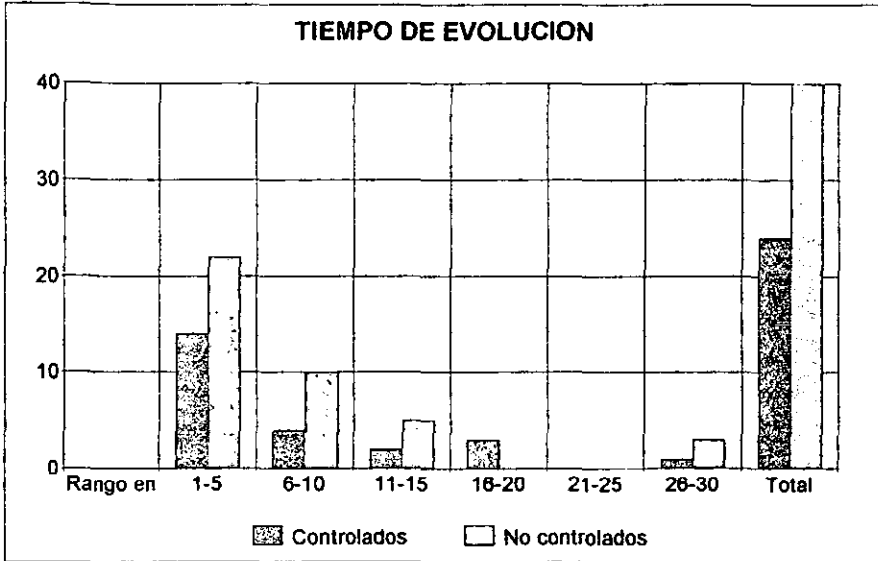
En esta gráfica apreciamos como nuevamente los pacientes no controlados arrojan puntuaciones más elevadas en los datos ya convertidos de la prueba de Zung.

Tabla 6
Tiempo de Evolución

Variable	Controlados		No controlados	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1-5	14	58.30%	22	55%
6-10	4	16.70%	10	25%
11-15	2	8.40%	5	12.50%
16-20	3	12.60%	0	0%
21-25	0	0%	0	0%
26-30	1	4.20%	3	7.50%
Total	24	100%	40	100%
	$\bar{x}=7.042$	DE=7.788	$\bar{x}=7.125$	DE=7.425

Esta tabla nos arroja datos interesantes; ya que vemos que ambos grupos llegan a la atención hospitalaria cuando ya tienen una cronicidad de 7 años con depresión mayor.

Con esto comprobamos nuestra hipótesis nula viendo que no es el tratamiento farmacológico lo que interviene en la evolución de la enfermedad; sino que es la comorbilidad que muchas veces no es detectada lo que contribuye a que el tiempo de evolución se vuelva mayor y con esto crónico el padecimiento.



En este gráfico vemos como los pacientes que llegan a consulta son aquellos en quienes el síndrome depresivo se ha vuelto crónico.

Capítulo IV

IV.1 Discusión

El presente estudio corrobora lo encontrado por Melero y Ledesma (1989), en donde el grupo conformado por mujeres que se ocupan al hogar sufren de depresiones que se ocultan bajo la máscara de autoagresiones o síntomas somáticos. Este punto se considera de gran importancia; ya que en muchos casos estos síntomas conforman la comorbilidad con la que el síndrome depresivo se presenta. Es por ello que esta investigación arroja datos de suma importancia. Dentro de la tabla 1, aunque son más las mujeres que fueron atendidas no existe ninguna diferencia significativa entre el número de mujeres y hombres que padecen de un cuadro depresivo. Analizando esta variable se obtuvo una chi cuadrada de .521, lo cual nos dice que en realidad no es que haya más mujeres depresivas que hombres. Lo anterior se refiere a que existen más mujeres que acuden a un centro de salud a atenderse cualquier alteración psicológica que hombres. Todo esto se basa en premisas socioculturales que influyen en el comportamiento de la población.

Así como Melero y Ledesma (1989) mencionan, la sintomatología y la etiología de la depresión pueden ser muy diversos. Para evaluar éstos se ha utilizado la EAMD de Zung, la cual contempla las características físicas que se presentan en todos los tipos de depresión. Aunque de acuerdo a esta investigación podemos ver que dependiendo de la comorbilidad y la etiología de la depresión, serán predominantes los síntomas que ésta presente.

Respecto a la variable edad, se observa una exacerbación del cuadro depresivo dentro de los rangos 21-40 y 41-60 años. En este rango observamos como el 92.5% de los pacientes no controlados no lograron una evolución positiva. Así como Melero y Ledesma (1989) mencionan acerca de síntomas enmascarados, se puede ver como dentro de rangos anteriores de edad, el paciente difícilmente se da cuenta de que necesita atención con respecto a lo que en ese momento experimenta. Debido a esto en edades posteriores el cuadro depresivo se habrá ya hecho más severo y si además de esto no se da un buen manejo, el paciente se volverá crónico.

Si se observan las variables de escolaridad, ocupación y estado civil se concluye que la mayor incidencia de algún síndrome depresivo se da en pacientes que cursaron hasta la primaria, esto es el 42.5% de los pacientes del grupo de no controlados y el 33.3% de los pacientes del grupo de controlados. Mientras que el 60% de los pacientes del grupo de no controlados y el 45.8% de los pacientes del grupo de controlados se dedican al hogar. Aunque el hecho de dedicarse a uno u otra profesión no es significativamente importante para la incidencia en algún síndrome depresivo. Esto lo constatamos al observar en la tabla 1 que la chi cuadrada obtenida es de 1.451. Es el mismo resultados que se observa con respecto al estado civil. En el grupo de controlados se observa que un 70% de los pacientes son casados, mientras el grupo de controlados un 58.3% lo son. Todo esto basado en premisas socioculturales. Todas estas variables son de gran importancia para ser retomadas en estudios posteriores para investigar acerca de la manera en que las premisas socioculturales hacen que el individuo incida en cuadros depresivos.

La media encontrada en el tiempo de evolución (7 años) en ambos grupos tanto controlados como no controlados en la presente investigación corrobora que mucho se debe al hecho de que el individuo se aísla cuando su entorno no le es agradable, además de que no recibe recompensas ni estímulos. Esto está muy relacionado con la falta de una buena atención al paciente. Esto es; que si el paciente ya se le diagnosticó un síndrome depresivo, pero no se revisa si había una comorbilidad adyacente, la evolución del paciente no será la óptima. Debido a esto el paciente no presentará una mejoría significativa; por lo que éste conforme pasa el tiempo se le formará un estilo de vida del cual difícilmente saldrá para buscar ayuda. Este acontecimiento hará que el paciente confirme sus sensaciones de inutilidad, pérdida de control y deformación de la realidad.

Cabe mencionar la importancia de la detección temprana en los grupos de riesgo involucrados, sobre todo considerando la importante asociación con problemas psicopatológicos severos como ocurre con la conducta suicida, donde la depresión es el principal factor involucrado, y la significativa diferencia encontrada en nuestros servicios comparativamente con los datos de los E.U., donde existe una frecuencia sumamente elevada de adicciones en las cuales la depresión actúa como un factor de comorbilidad importante.

Esto es patente si se observan los resultados de la tabla 3, en la cual se hace énfasis en la importancia de la comorbilidad en la evolución del paciente. El 50% de los pacientes del grupo de no controlados, presentaba un trastorno de personalidad; mientras que el resto presentaba otro tipo de comorbilidad.

A pesar del mejoramiento del diagnóstico en los últimos 50 años, existe todavía una condición depresiva: depresión encubierta, la cual se esconde, bajo una gran variedad de síntomas nerviosos somáticos y automáticos. Es por ello que para el éxito de los tratamientos depresivos es esencial un diagnóstico nosológico y fenomenológico exacto. Para lograr esto, es importante identificar los elementos más importantes que constituyen a cada tipo de depresión.

Esto lo observamos en la tabla 2, en donde se presentan tanto el diagnóstico de acuerdo a la clasificación propuesta por Kielholz y el DSM IV. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (χ^2 cuadrada = .819) entre una clasificación y otra para el tratamiento médico, para una intervención psicoterapéutica es importante el conocer la etiología del síndrome depresivo a tratar. Esto apoya lo que Calderón (1996) menciona acerca del diagnóstico de la depresión; ya que para ello es importante ver al individuo como una unidad biopsicosocial. Además de lo anterior es necesario tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla: el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes.

Esta importancia radica en la manera que se hará la intervención correspondiente. No es lo mismo manejar una depresión del climaterio que aquella que es reactiva. El tipo de psicoterapia y los medicamentos prescritos variarán de acuerdo a las características etiológicas del síndrome depresivo en cuestión.

Cualquier tipo de depresión puede tener una causa psicológica pero especialmente esto se da en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. Es por ello

que la clasificación de Kielholz de acuerdo a la tabla 2 nos brinda una mayor información para poder hacer una intervención más acertada.

A partir de lo anterior comprobamos la importancia que tiene una reclasificación de la depresión; ya que como observamos en los resultados el 100% de los casos fueron diagnosticados con una depresión mayor. Todos estos casos cumplieron los criterios de diagnóstico propuesto por el DSM IV. Pero este diagnóstico no nos aporta la información suficiente como para realizar una buena intervención psicológica. Es por ello que se propone la utilización de la clasificación hecha por Kielholz, el cual toma en cuenta la etiología de este síndrome. La ventaja que esta clasificación ofrece es que a partir del diagnóstico la psicoterapia a utilizar será más precisa y tendrá un mejor pronóstico.

Si observamos los resultados obtenidos, tenemos que el diagnóstico de depresión mayor hecha en el 100% de los casos, únicamente nos es útil para el tratamiento farmacológico. El problema de esto radica en la intervención psicoterapéutica que se hará. Si se revisan los diagnósticos hechos de acuerdo a Kielholz, se observa que nos brinda mayor información acerca de la etiología. El saber si una depresión es reactiva, del climaterio, neurótica u orgánica nos permite realizar una mejor intervención. Aunque en realidad en el presente estudio el diagnóstico preciso de una depresión no presentó una diferencia significativa como el hecho de únicamente hacer el diagnóstico de una depresión mayor. Esto es que al hacer una correlación entre el diagnóstico de acuerdo al DSM IV y Kielholz se observa una χ^2 cuadrada de .819 (no significativa).

Antes de diagnosticar un síndrome depresivo es primordial cuestionar acerca de los síntomas y signos que el paciente presenta; ya que muchas veces el síndrome depresivo puede ser únicamente una consecuencia de alguna enfermedad. Es por ello que se hace imprescindible descartar cualquier enfermedad imitadora que provoque de manera secundaria una serie de síntomas que pudieran diagnosticarse erróneamente como depresión. Para ello, se hace necesario una evaluación médica calificada que incluya un examen médico minucioso y que considere las pruebas de laboratorio y estudios del caso. Las enfermedades imitadoras más comunes son: la reacción a las drogas (ilícitas, recetadas y de venta libre) marihuana, anfetaminas, cocaína, heroína, sedantes e hipnóticos, etc., y el alcohol; trastornos endocrinos como el hipotiroidismo y diabetes; trastornos del sistema nervioso central como la narcolepsia, epilepsia, convulsiones, hidrocefalia, encefalitis,

corea de Huntington, esclerosis múltiple, Parkinson, tumores, enfermedad de Alzheimer, etc.; enfermedades infecciosas como sífilis, mononucleosis, neumonía, brucelosis, tuberculosis; cáncer y trastornos tóxicos y nutricionales.

También es necesario descartar el diagnóstico de esquizofrenia en algunos casos de psicosis maniacodepresivas que manejan un síndrome esquizofrénico, sobre todo cuando se presenta la fase maniaca. Durante el ataque maniaco, el comportamiento del paciente impresiona como extraño y sus procesos de pensamiento pueden estar desorganizados; sin embargo, las alteraciones tanto de la conducta como de los procesos del pensamiento son mucho más marcados en la esquizofrenia. Las ideas paranoicas, si acaso las hay son mínimas.

Otro aspecto importante a considerar es si el síndrome depresivo se presenta como el diagnóstico primario o como comorbilidad y aunado a este diagnóstico primario se presenta alguna comorbilidad. De acuerdo al artículo publicado por el Dr. Kessler en 1994 se corroboran los resultados obtenidos a lo largo de la presente investigación. Se observa como un porcentaje mayor del 55% que han cursado con un trastorno mental, en este caso un síndrome depresivo, han tenido por lo menos una vez, dos o más trastornos simultáneos. En esta investigación se encuentra que al menos el 51.56% de los pacientes presentaron algún tipo de comorbilidad. Al observar los resultados de esta investigación tenemos que un diagnóstico tan específico no es tan trascendental en el curso del síndrome depresivo como es la detección temprana de la comorbilidad con la que se presenta. Con esto me refiero a que si la comorbilidad no es detectada, el pronóstico del síndrome no es positivo; ya que cualquier trastorno aunado a una depresión trunca la evolución de ésta. Es por ello que observamos dentro de esta investigación que los tiempos de evolución que presentan los pacientes son en promedio de 7 años sin importar al grupo que éstos pertenecen, lo cual denota un mal diagnóstico institucional.

Con los resultados anteriores podemos ver que más que las variables demográficas como sería el sexo, la escolaridad, la ocupación y el estado civil es la comorbilidad lo que está en relación directa con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento farmacológico. Si se observa la tabla 3, se encuentra que la depresión mayor está fuertemente correlacionada con una comorbilidad, principalmente con un trastorno de personalidad. Esto se corrobora al obtener una chi cuadrada altamente significativa de 5.109 que se

obtuvo al correlacionar tanto el grupo de pacientes controlados como aquel de no controlados. Esto es que aquellos pacientes quienes fueron diagnosticados con un trastorno de personalidad o alguna otra comorbilidad obtuvieron puntuaciones más elevadas en la EAMD de Zung. Inclusive esta correlación se hace patente al ver que el 50% del grupo de pacientes no controlados contaba con un trastorno de personalidad; mientras que un 13.5% contaba con alguna otra comorbilidad. Con esto surgen dos puntos importantes. Ante esta investigación vemos que en el ambiente hospitalario se está dando un mal manejo de los pacientes; ya que primeramente hace falta un buen diagnóstico psicopatológico. Es decir, que con el simple diagnóstico de una depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM IV, no es suficiente para tratar al paciente. La depresión mayor es tratada a través de psicofármacos, pero sin una buena intervención psicológica para la óptima evolución de la comorbilidad hallada en el paciente no se puede lograr que éste responda como es esperado.

Esto se ve sustentado con los datos aportados a lo largo del marco teórica acerca de la importancia de un buen diagnóstico secundario (comorbilidad) para un mejor pronóstico del paciente. Punto que no se había considerado como importante sino hasta hace pocos años en los que se ha venido encontrando que los pacientes a pesar de que toman los fármacos prescritos por los psiquiatras no superaban el estado depresivo en el que se encontraban. Al hacer una revisión de estos pacientes se observó que aunada a la depresión se encontraba una psicopatología que al ser tratada por un psicólogo a través de un proceso terapéutico se veía una notable mejoría en el paciente.

Por otro lado con el simple hecho de diagnosticar una depresión mayor a nosotros los psicólogos no nos dice nada; ya que sin saber la etiología de la depresión y esto es con la clasificación propuesta a lo largo de esta tesis, no podríamos hacer una buena intervención psicoterapéutica. La etiología se vuelve de gran importancia; ya que de primera instancia se puede elegir el tipo de terapia que conviene al paciente y por otro lado a lo que actualmente se le hace gran énfasis es el trabajo interdisciplinario como sería en una depresión del climaterio en la cual tanto psicólogo, psiquiatra y ginecólogo laborarían para que la paciente obtenga un beneficio en un lapso de tiempo más corto.

Al referirme al tiempo de evolución (7 años promedio en ambos grupos) quiero hacer un énfasis en el estado en que el paciente llega a la consulta; ya que no son pacientes que han

que han tenido uno o dos episodios depresivos a lo largo de su vida, sino que durante ésta han experimentado varios. Al hacerse una mala intervención y diagnóstico el paciente continua con el estado depresivo, el cual después de un largo lapso de tiempo se vuelve un padecimiento crónico al cual el paciente hace caso omiso. Entonces podemos decir que este síndrome se ha vuelto ya un estilo de vida del paciente, por lo cual difícilmente buscará ayuda; ya que cree que esta es la forma en que se vive.

Lo anterior es de gran importancia; ya que los pacientes al estar expuestos a un mal manejo se vuelven más crónicos y esto lo constatamos en la última tabla expuesta en la que sin importar el grupo en el que se encuentran los pacientes, llevan ya varios años de presentar esta enfermedad que no sólo afecta al individuo sino también a todo aquel que le rodea como la familia, amigos y el ambiente laboral.

Al evaluar las tablas 4 y 5 observamos que aquellos pacientes que se consideraron dentro del grupo de controlados, dentro de la EAMD de Zung obtuvieron una calificación promedio de 42 puntos. Esta puntuación es considerada dentro de niveles bajos de depresión. Una vez convertidas las calificaciones se obtuvo un promedio de 53 puntos, lo cual denota índices intermedios de depresión. Si se retoma el grupo de no controlados, dentro de la EAMD de Zung obtuvieron una calificación promedio de 52 puntos. Esta puntuación es considerada dentro de niveles altos de depresión. Una vez convertidas las calificaciones se obtuvo un promedio de 65 puntos lo que confirma el elevado índice de depresión en el que estos pacientes se hallaban.

A partir de lo anterior quisiera hacer una reflexión acerca de la clasificación que se encuentra dentro del DSM IV que no es indicativa para una intervención; ya que si revisamos los criterios antes planteados para el diagnóstico de la Depresión Mayor vemos que el 99% de los casos serían diagnosticados como tales. ¿Cuál sería la ventaja de ocupar una clasificación distinta? La clasificación de Kielholz nos brinda la oportunidad de conocer la etiología de la depresión y a partir de ello decidir el tipo de intervención que se realizará. Al referirnos a una depresión reactiva o a una depresión del climaterio estamos hablando de dos etiologías totalmente distintas y es por ello que no podríamos utilizar el mismo enfoque terapéutico con estos dos casos. Si seguimos la línea psicoanalítica, el objeto perdido en estos dos casos es diferente. Además en ambos casos sería conveniente investigar más acerca de lo aunado al padecimiento.

De no hacernos conscientes de lo anterior provocaríamos que el número de pacientes depresivos, aunque ya elevado, se incrementara aún más con lo que ya anteriormente mencioné representaría un gasto elevadísimo a la nación el que cada día más y más personas continúen con un padecimiento de esta magnitud. Cosa que es de alarmarse; ya que si lo vemos desde el punto de vista estadístico si la mayoría de la población padece un tipo de depresión se convertiría como algo estadísticamente normal. Y ¿qué sucedería con los rubros del DSM IV, el cual está reclasificado a través de técnicas estadísticas?

IV.2 Conclusiones

De esta investigación se concluye de acuerdo a los datos obtenidos que aquellos pacientes con un cuadro depresivo a quienes no se les diagnosticó a tiempo cualquier tipo de comorbilidad y en particular un trastorno de personalidad, el tiempo de evolución con el que se presentaban a la atención hospitalaria era de 7 años en promedio. Por otro lado no mostraron ninguna mejoría al estar bajo un buen tratamiento farmacológico debido a que ante la comorbilidad no se había realizado ningún tipo de intervención psicológica. Al 50% de los pacientes no controlados se les diagnosticó un trastorno de personalidad; mientras que el 13.5% fue diagnosticado con alguna enfermedad orgánica. Si comparamos con el grupo de pacientes no controlados vemos que tan sólo el 33% de los pacientes presentó algún tipo de comorbilidad.

Si se toman en cuenta estos resultados, tanto psiquiatras como psicólogos podrán trabajar conjuntamente para así lograr que los pacientes evolucionen de una manera positiva y evitar que estos cuadros se vuelvan crónicos. Por un lado los psiquiatras brindan al paciente un adecuado tratamiento farmacológico y por otro lado los psicólogos intervienen de manera oportuna con psicoterapia.

IV.3 Aportaciones y Limitaciones

En las últimas décadas el manejo de los cuadros depresivos se ha hecho de manera deficiente. Es por ello que es necesaria una reestructuración de la forma en que estos pacientes son atendidos en el ámbito hospitalario; ya que de otra manera la depresión se convertirá en un estilo de vida y tenderá a la cronicidad. Debido a esto, es importante que este trabajo se comience a hacer de manera interdisciplinaria para poder obtener mejores resultados. Es por ello que debe darse atención al momento de realizar un diagnóstico y rastrear para descartar cualquier tipo de comorbilidad. A causa de que este trabajo de investigación es una tesis no fue posible implantar un sistema en el que expertos de la salud en el ámbito hospitalario pudiesen trabajar juntos con el fin de lograr prestar un mejor servicio y atención a los pacientes de esta dependencia.

ANEXO

EAMD de Zung

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

Bibliografía

Aguilera Gómez, A.: Un estudio clínico y sociocultural sobre la depresión y la histeria. Tesis Recepcional. Fac. de Psicología UNAM, 1977.

Angold, A., Costello, EJ: Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. Am.J.Psychiat., 1993;150:1779-1791.

Angst, J: The course of affective disorders. Psychopathology, 1986; (Suppl 2):47-52.

Anthony, WA: Understanding and advocating for psychosocial rehabilitation: the use of a metaphor. Bull. WAPR, 5:5-6, 1993.

Anthony, WA, Cohen, MR, Cohen, BF: Philosophy, Treatment process and principles of Psychiatric Rehabilitation approach, en Bachrach, LL (Ed.): Desinstitutionalization, New Directions of Mental Health Service 17, San Francisco, 1983.

APA: DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995.

Arenas Rodríguez, C., Martínez Ramírez, A y Lara Tapia H. Correlatos electrofisiológicos y psicopatología en trastornos mentales orgánicos y epilepsia del Lóbulo Temporal. Arc. Inst. Nal. Neurol. Neurocir., 10:149,1995.

Baldesarini, R, (1986). Las Bases Biomédicas de la Depresión y su Tratamiento. México: La Prensa Médica Mexicana.

Bebbington, PE and Jonsson, B: The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. Brit.J.Psychiat., 1994;164:665-673.

Beck, A. (1967) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión. México: MSD.

Beck, AT (1967) Depression Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. Harper & Row, New York, Evanston, London.

Beck, A. y Steer, R.A. (1987). Beck Depression Inventory, Manual. San Antonio: The Psychological Corp.

Beck, A. y Steer R.A. y Gabin, M. (1988) Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evolution. Clinical Psychology Review, Vol. 8, pp. 77-100.

Belasso, G y Lara Tapia H. (1971) La conducta suicida en pacientes del INNyN MVS. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía 5:2, 38-43.

Brown, F. (1980) Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno.

Calderón, G. (1990) Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México: Trillas.

Calderón Narváez, G. La Psiquiatría en México. Década de los 50 y principios de los 60. 1950-1965, Arch. Neuroc. (Mex), 1(4): 303-310, 1996.

Caraveo, AJ, Medina Mora, ME, Rascón, M: et al: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta de la ciudad de México. Salud Mental, 1996; 19 (3):14-21

Caraveo Anduaga, JJ: Epidemiología de los trastornos depresivos. Psiquiatría, 1997; 13 (Supl): 2-5

Cardoso, M., Ocampo, M.T., Velásquez, A.M. y Lara Tapia, H.: Aspectos psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos para un programa de rehabilitación psicosocial. Arch.Neuroc. (Mex), 1997;2(4):242-246.

Carlson, GA, Kashani, JH: Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies, Am.J.Psychiat., 145:1222-1225, 1988.

Clyde, D. J.: Construction and validation of emotional association test. Cit. en Zung, A.: Self rating depression scale. Arch. Gen. Psychiat., 12: 63-70.

Córdova, A., Duarte, D., Rodríguez, M., Puertas, G. Rehabilitación de esquizofrénicos crónicos sometidos a un triple empuje: Psicofármacos, psicoterapia de grupo y ergoterapia, en Cordova Castro, A.: (Ed): Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social, De Científica Técnica, La Habana, 1976. Pp. 89-99.

Coronado Garcia, N., Aguirre Villagrán, L: Actitudes de las enfermeras hacia el enfermo mental hospitalizado en el INNN. Arch. Inst. Nal. Neurol. Neurocir. 10:148, 1995.

Costello, EJ, Burns, BJ, Angold, A., Leaf, PJ: How can epidemiology improve mental health service for children and adolescents? J.AmAcadChildAdolescPsychiat., 1993; 32:1106-1113.

Cózatl Rivero, MA: Evaluación conductual de las técnicas de rehabilitación psicosocial en enfermos psiquiátricos hospitalizados en el INNN. Tesis Recepcional, Facultad de Psicología, UNAM, 1998.

Dávila Alpizar, AG. y Del Río Balmori, EJ: Evaluación de un Programa para mejorar la relación Trabajador de la Salud-derechohabiente en el ISSSTE. Tesis Recepcional, Facultad de Psicología, UNAM, 1990.

Díaz-Guerrero R. (1990) Psicología del Mexicano. Cap. dos, Edit. Trillas. México, D.F. 5ta. edición.

Dowling R. H. y Knox, S.J. (1964) Somatic Syndromes in depressive illness: a problem of referral for general practitioners. British Journal of Psychiatry. 110, 720-722.

Downes, JJ, Davies, ADM, Copeland, JRM: Organization of depressive symptoms in the elderly population: Hierarchical patterns and Guttman scales. Psychol.Aging, 3:367-374, 1988.

Universidad Nacional Autónoma de México

Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor

Espinosa, G. y Lara Tapia, H. La filosofía de la vida en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Memorias del XV Congreso Nacional de la Asoc.Psiqu.Mex., Tuxtla Gutiérrez, Chis., Nov. 1997.

Fleming, JE, Offord, DR Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. J.Acad.Child.Adolesc.Psychiat., 29:571-580,1990.

Friedman, RC, Hurt, SW, Clarkin, JF, Corn, R, Arnoff, MS Symptoms of depression among adolescents and young adults. J.AffectiveDisord, 5:37-43, 1983.

Friedman, RC, Hurt, SW, Clarkin, JF et al. Symptoms of depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Compr.Psychiat., 1988;145:1222-1225.

Fuxe, K, Hockfelt, T, Nolson, O Castration, sex hormones and tuberoinfundibular dopamine nerves. Neuroendocrinology, 1969;5:107.

González Puente H. M. (1999) Trastornos Menstruales y Conducta Laboral en una Empresa Bancaria. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Goodwin, FK and Jamison, KR Maniac-Depressive Illness. Oxford University Press, New York, 1990.

Gutiérrez Campos E. y Melendez Montiel J. D. (1999) Correlatos Biopsicosociales de la Depresión durante el Climaterio. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología, UNAM.

Hamilton, M. (1960): A Rating Scale for Depression. Journal Neurology-Neurosurgery-Psychiatry. 23:56

Hamilton, M.: Development of a rating scale for primary depressive illness. Brit.J.Soc.Clin.Psychol., 1967;6:278-296.

Hauser, PM. Aging and increasing longevity of world population, en Hafner, H, Moschel, G, Sartorius, N. (Eds): Mental Health in the Elderly, Berlin, Springer-Verlag, 1986. pp.9-14.

Universidad Nacional Autónoma de México

Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor

Hermann, BP, Wylt, Ar, Somes, G Language function following anterior temporal lobectomy. J. Neurosurg., 1991;74(4):560-566.

Hermann, BP, Wyler, AR, VanderZwagg, R, et al.: Predictors of neuropsychological change following anterior temporal lobectomy: Role of regression toward the mean. J. Epilepsy, 1991;4(3):139-148.

Hernández Berber, I. y Lara Tapia, H. Actitudes de la familia hacia sus enfermos psiquiátricos hospitalizados. Arch. Neuroc.(Mex): 1998;2(3):32.

Horwarth, E and Weissman, MM Epidemiology of Bipolar Disorder, En Tsuang, M., Tohen M. Zahner, G. (Eds): Textbook of Psychiatric Epidemiology. John Wiley and Sons, New York, 1995.

Judd, LL Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. Int. Clin. Psychopharmacol., 1995;10 (Suppl 4) 5-10.

Kashani, J, McGee, R, Clarkson, S, Anderson, J et al. Depression in a sample of 9-year-old children. Prevalence and associated characteristics. Arch. Gen. Psychiat., 40:1217-1223, 1983.

Kay, DWK, Henderson, AS, Scott, R. et al : Dementia and depression among the elderly living in the Hobart Community: The effect of the diagnostic criteria in the prevalence rates. Arch. Gen. Psychiat., 40:1217-1223, 1983.

Keller, MB, Shapiro, RW, Lavori, PW et al : Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life table. Arch. Gen. Psychiat., 1982;39:911-915.

Keller, MB, Shapiro, RW, Lavori, PW, Coryell, W. et al Long term outcome of episodes of major depression: clinical and public health significance. JAMA, 1984;252:788-792.

Kessler, RC, McGonagle, KA, Zhao, S, Nelson, CB et al. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiat., 51:8-19, 1994.

Kielholz, P. (1972) Depressive Illness. Hans Huber Pubs. Berna. 1972. pp 11-12

Lara Morales H. (1991) Interacción del Receptor Serotoninérgico con la Vía Catecolaminérgica Septal en la Prueba de Nado Forzado en la Rata. Tesis de Maestría en Psicobiología. Facultad de Psicología, UNAM.

Lara Morales, H. Un modelo animal experimental sobre la depresión del Climaterio. Memorias del XV Congreso Nacional de la Asoc. Psiq. Mex. Tuxtla Gutiérrez, Chis., Nov. 1997.

Lara Tapia, H y Trejo Magaña, M (1988) Motivación Laboral, estilo cognoscitivo y enfermedad. Revista Mexicana de Psicología, 5(1):37-44.

Lara Tapia, H, Ramírez de Lara, L, Lara Tapia, L: (1971) Eventos cotidianos, percepción del stress y enfermedad psiquiátrica. Un estudio en cuatro grupos de sujetos en una población económicamente activa. Psiquiatría social en América Latina. Clovis Martins, E, Marqués de Assis, L: (Eds), referencia Ltda. Sao Paulo. Pp 296-306.

Lara Tapia H., Ramírez de Lara L., Lara Tapia L.,: (1972) Algunas Normas para la Medición de la Depresión. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. 17(1): 5-15.

Lara Tapia H., Ramírez de Lara, L.: (1976) Un estudio controlado de las alteraciones mentales iatrogénicas en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista del Instituto Nacional de Neurología. 10:119-203.

Lara Tapia, H., Ramírez de Lara, L.: (1979) Un estudio controlado de las alteraciones mentales en pacientes tratados con L-Dopa. Revista Médica del ISSSTE. 2:29-34

Lara Tapia H., Ramírez Ramírez L., (1996) Alteraciones psiquiátricas en la enfermedad vascular cerebral. Archivos de Neurociencias. (México):1(4): 292-297.

Lara Tapia H., Ramírez de Lara, L.: Estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un régimen de seguridad social (ISSSTE). Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, 16(2): 225-241,1975.

Lara Tapia H., Ramírez de Lara, L., y Vargas, M. E. Índices de depresión en enfermos con tuberculosis pulmonar. En prensa, Salud Pub. Mex., 1973.

Lara Tapia H., Aspectos psicobiológicos de la histeria. Rev.Inst.Nal.Neurol., 1979;13:28-33.

Lara Tapia H., y Puente, H. Trastornos menstruales y conducta laboral. Un estudio en una población económicamente activa. Memorias del IV Congreso Nacional de Psicología Social. Oaxtepec, Mor., 1985.

Lara Tapia H., El suicidio en México. Epidemiología, clínica y sociología. Enseñanza e Investigación en Psicología. 1984;10.

Lara Tapia H., Ramírez de Lara, L.,: Premisas socioculturales, planificación familiar y aborto, en la Psicología Social en México. Ed. AMEPSO, México, vol. 2:263-270,1986.

Lara Tapia H. Premisas socioculturales y psicopatología. Arch.Neuroc.(Mex), 1997;2(3):171-176.

Lara Tapia H., Ramírez Ramirez L., Alteraciones psiquiátricas en la insuficiencia vascular cerebral. Arch. Neuroc., 1996;1(4):292-297.

Lara Tapia H., and Torres-Ruiz, A. A comprehensive approach to psychosocial rehabilitation of psychiatric patients. Int. J. Psychol., 1996;31(4):97-98.

Lara Tapia H., Gutiérrez Campos, E. y Meléndez Montiel, JD Depresión Mayor y climaterio. Un estudio controlado. Memorias de las I Jornadas Médico-Quirúrgicas del INNN MVS., 1998.

Lara Tapia H., H, Grajales, A y Lara Tapia, L. Modificaciones de la depresión con Corimipramina. en Psiquiatría social en América Latina. Martins, C. e Marques de Assis, L, eds., Rerenga Ltda., Sao Paulo, 1971. pp. 385-391.

Universidad Nacional Autónoma de México

Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor

Lilienfeld, AM, and Lilienfeld, AM Foundations of Epidemiology. Oxford University Press, New York, 1980. 2nd ed.

Marván ML: (1987) Efecto fisiológico sobre los núcleos septales de la rata bajo tratamiento crónico con tres terapias antidepressivas. Tesis Maestría en Psicobiología. Facultad de Psicología. UNAM.

Marván ML: (1990) Acción de diversos tratamientos antidepressivos sobre la actividad eléctrica de los núcleos septales de la rata. Tesis Doctorado en Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina. UNAM.

Mendizábal Paoletti, L.M y Lara Tapia, H. Objetivos y metas para un Programa de educación para la Salud en Rehabilitación Psicosocial. Arch.Neuroc. (Mex), 1998;2 (3):33-34.

Miranda, G., García Díaz de León y Lara Tapia, H. Deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos crónicos. Arch. INNN, 1995;10(3):147-148

Moreno Padilla M. E., Krinsky Strygler E., Suárez Ruiz M. C. y García González E. L. (1972) Control Perceptual: Un estudio Experimental en Cuatro Muestras de Sujetos. Tesis Recepcional. Colegio de Psicología, Facultad de Filosofía y Letras. UNAM.

Moreno Ramos M. T. y Ramos Silva T. del N.J. (1999) La Depresión como Factor Determinante en el Rendimiento Escolar. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.

Morfin Nuñez, A. y Lara Tapia, H. Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNN MVS. Arch. INNN, 1995;10(3):149.

Ocampo, M.T. y Cardoso, MA Variables psicosociales en pacientes psiquiátricos crónicos. Arch.INNN, 1995;10(3):148.

Overall, J.E. Dimensions of manifest Depression. Psychiat. Res., 1:239-245, 1962.

Pacheco Morales, L.A. y Lara Tapia, H. Dinámica familiar y conflicto en pacientes psiquiátricos rehospitalizados en el INNN MVS. Arch.Neuroc. (Mex), 1998;2(3):35.

Perrine, K, Dogall, M, Fazzini, E et al Cognitive functioning after pallidotomy for refractory Parkinson's disease. J. Neurol.Neurosurg.Psychiat., 1998;65(2):150-154.

Pichot P.: (1972) The Problem of Quantifying the Symptomatology and Depression, en Kielholz, P. (1972) Depressive Illness. Hans Huber Pubs, Berna. Pp 74-81.

Polaino-Lorente, A, Domenech, E Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. J.Child. Psychol.Psychiat.,34(6):1007-1017,1993.

Ramírez de Lara L., Quintal Velasco E., Lara Tapia H., Vargas ME. (1972) Aspectos Psicofisiológicos de la Enfermedad Psiquiátrica. Neurocirugía 1(1):45-56

Ramírez de Lara L., Lara Tapia H. y Vargas, ME (1972) Eventos cotidianos, percepción del stress y enfermedad mental. Revista Médica del ISSSTE. 7:489-510

Ramírez de Lara L., Lara Tapia H. Índices de depresión enfermos tratados con L-dopa. Proceedings of the Xth International Congress of Neurology, Barcelona, España, 1973.

Ramírez de Lara L., Lara Tapia H. y Vargas M. E. Eventos cotidianos, percepción del stress y enfermedad mental. Rev. Méd. ISSSTE, 7:489-510, 1972.

Ramírez de Lara L., Lara Tapia H. y Vargas M. E. Factores de trastornos menstruales en pacientes psiquiátricos y controles. Rev.Med.ISSSTe, 1972;7:124-131

Regier, DA, Narrow, WE, Rae, DS, Manderscheid, RW et al The de facto US mental and addictive disorders service system: epidemiological catchment prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch.Gen.Psychiat., 1993;50:85-94.

Robins, LN, Helzer, JE, Weissman, MM et al Lifetime prevalence of sepecific psychiatric disorders in three sites. Arch.Gen.Psychiat., 41:949-958, 1984.

Rodríguez Sagayo A.F. (1999) Validez Concurrente de los Inventarios de Depresión de Beck y Zung en Personas Deprimidas. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.

Rubio Mohedano L., Brito Nápoles R., (1997) Análisis de la relación entre la Agresión-Frustración y la estimación del tiempo en pacientes con cefalea. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.

Strober, M, Green, J., Carlson, G. Phenomenology and subtypes of major affective disorder in adolescence. J.Affective Disorder, 1981;3:281-290.

Suárez, G. (1988). Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en Adolescentes estudiantes de Secundaria Mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Tohen, M, Shulman, KI, Satlin, A. First Episode of Mania in late life. Am.J.Psychiat, 151:130-132,1994.

Trejo Magaña MAM: (1984) La Agresión-Frustración en dos grupos de enfermos: Psicofisiológicos y cardiopatas y neuróticos. Tesis Recepcional. Facultad de Psicología. UNAM.

Vallejo, R. (1990) Trastornos Afectivos: ansiedad y depresión. España: Salvat.

Vásquez Aguilar, C. Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento. Tesis recepcional. Facultad de Psicología, UNAM, 1980.

Vingerhoets, G, Van-Nooten, G, Vermassen, F et al Short-term and long-term neuropsychological consequences of cardiac surgery with extracorporeal circulation. Eur.J.Cardio.Thorac.Surg., 1997;11(3):424-431

Young, JG, O'Brien, JD, Gutterman, EM, Cohen, P Research on the clinical interview. J.Am.Child.Adolesc.Psychiat., 26:613-620,1987.

Universidad Nacional Autónoma de México

Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor

Young, RC, Lerman, GL Mania In late Life: focus on age and onset. Am.J.Psychiat., 149:867-876,1992.

Zarate Jr., CA and Tohen, M. Epidemiology of Mood Disorders throughout the Life Cycle. en Mood Disorders Across the Life Span (Shulman, Tohen and Kutcher, eds), Wiley-Liss, Inc., New York, 1996.

Zung, W.W.K. A self-rating depression scale. Arch.Gen.Psychiat., 1965;12:63-70.