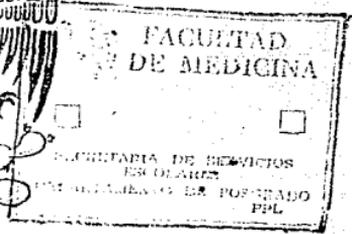


11226

94
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Departamento de Medicina General
Familiar y Comunitaria



DEPRESION ENMASCARADA TESIS DE POST-GRADO

Que para obtener el Diploma Universitario
de Especialidad en Medicina
General Familiar

PRESENTA:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dra. María Silvia Soria López

MEXICO, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- MARCO TEÓRICO

- PROBLEMA

-JUSTIFICACION

-OBJETIVOS

- TIPO DE ESTUDIO

- GRUPO DE ESTUDIO

- METODOLOGIA

- ANEXO I

- RESULTADOS

-DISCUSION

- BIBLIOGRAFIA

MARCO TEORICO

La depresión es un estado de ánimo disfórico en la que -- hay pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales, relativamente persistentes y que se acompaña de síntomas que incluyen alteraciones del apetito, cambio en el peso, alteración del sueño agitación o enlentecimiento, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad de concentración o pensamiento, ideas de muerte e ideas o intentos de suicidio. Cubriendo una amplia gama de cambios afectivos la cual tiene implicación biopsicosocial (1) (2).

En cuanto a la depresión enmascarada el Dr. Tomás Hakett afirma que esta debe entenderse como una variante común -- ya sea primaria o secundaria, cuyos pacientes se quejarán de síntomas físicos, en forma característica de dolor -- crónico que no responde a los analgésicos. En general los hallazgos clínicos y de laboratorio son negativos o no -- concluyentes, y la descripción del paciente sobre su molestia tiende a ser vaga (3).

Por su parte Stanley Lesse, (4) comenta que la depresión-- enmascarada ha sido referida como una "depresión sin de-- presión" o como un equivalente afectivo, o depresión latente o como un tipo de depresión incompleta, muchos pacientes han sido considerados portadores de un síndrome -- "borderline", y que el término de depresión "común" solo se ha referido al estado de ánimo o talante con predominio de tristeza o abatimiento, melancolía o aduste y si está talante no es dominante en la expresión clínica, el paciente no era considerado ser deprimido.

Así mismo subraya que la apariencia de enmascaramiento -- puede variar dependiendo de muchos factores incluyendo : -- cultura, edad, sexo, nivel socioeconómico, proceso --

congénito o hereditario y desarrollo ontogénico.

Jiri Modestin(5), refiere a la depresión enmascarada, como un estado depresivo en el que predominan los síntomas somáticos o en el que los síntomas psíquicos se encuentran en segundo plano, es decir una depresión de particular matiz sintomatológico. Estos pacientes acuden a consulta aquejando molestias vagas, como manifestaciones principales de padecimientos cuya génesis no puede ser determinada a nivel somático, porque no es a ese nivel donde se origina la alteración que desvía al paciente del estado de salud. Otra de las definiciones considera que el síndrome depresivo puede permanecer encubierto por padecimientos orgánicos de evolución crónica, con escasa o nula respuesta favorable a los esquemas terapéuticos denominado "depresión enmascarada" y en la mayor parte de los casos pasa inavertida por el médico, que no tiene conocimiento de este cuadro clínico dificultando su manejo. (6) (7).

Hipócrates en el siglo IV a. c. observó alteraciones del estado mental, corporal y espiritual que se designaban con el nombre de "MELANCOLIA" relacionado con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: Sangre, Bilis negra, Bilis amarilla y flema. La melancolía era producida por la Bilis negra o Atrabilis.

En Roma tanto, Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia.

Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable, las buenas convivencias como medios para aliviar la depresión.

Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades recreativas en grupo (8).

Santo Tomás de Aquino en la edad media sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales (9).

El fundador de la escuela de Medicina de Salerno, Constantino Africano sostuvo la teoría de que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía: uno estaba localizado en el cerebro, el otro en el estómago, Constantino fue también el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad (9).

En el renacimiento la melancolía designaba a una especie de locura parcial que se oponía a los trastornos generales de la inteligencia pero no implicaba forzosamente la tristeza, Esquivel (1800) distinguía en el grupo de las locuras parciales o monomanías una con un elemento expansivo y una monomanía triste o lipemia, pero esta representaba un grupo muy heterógeno puesto que sucesivamente fueron aislandose el estupor y la confusión mental y las manifestaciones que más adelante constituirían las psiconeurosis obsesiva, el estupor catatónico y los delirios crónicos de persecución (10).

La primera compilación sobre los conceptos psicodinámicos y etiológicos de la depresión en "The anatomy of melancholy", la establece el médico inglés Robert Burton (1652). Con el estado melancólico así aislado se integró una psicosis bien caracterizada por su evolución, la locura de doble forma (Billanger 1854), locura circular (J.P. Flret - 1854) o psicosis maniaco depresiva (Kraepelin 1899) después de esta última entidad diagnóstica se discutió la amplitud de ese concepto y se incluyeron posteriormente-

étiquetas diagnósticas adicionales como la de la reacción depresiva psiconeurótica y la de melancolia involutiva, - los debates se resolvieron parcialmente cuando Bleures - creó el grupo general de los llamados Transtornos Afectivos con lo que se obtuvo muchas ventajas, permitiendo la creación de múltiples subcategorías con causas posiblemente diferentes proporcionando más flexibilidad teórica que la entidad maniaco depresiva destacando el papel del afecto como facultad normal (IO).

En 1896 Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrénica, después con el advenimiento de los estudios genéticos en psiquiatría, se pensó que todos los - síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco depresiva. En consecuencia era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (II).

El mismo, en 1904, fue quien subdivide la enfermedad en endógena, condicionada por factores genéticos y constitucionales, y en la exógena por influencia de factores externos (II).

En México en la época prehispánica fue descrita la depresión en 1552 por el médico indígena Martín de la Cruz (I2) en el que recomienda como tratamiento un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugiere como indicadores generales las siguientes:

"Ha de andar en lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo beba, sino es como medicina. Dedíquese a cosas alegres como el canto, la música, el tocar instrumentos con que acostumbramos acompañar nuestras danzas públicas (I2). Los estudios más avanzados y completos se inician posteriormente a la Segunda Guerra Mundial en los E.U. (estado de -

New York, realizados por Cohen y Struening)(II).

Los dos motivos más importantes de las investigaciones fueron:

-El rechazo hacia el enfermo mental y a su familia.

-El incremento de los trastornos mentales

Los estudios que se han realizado en latinoamérica son muy escasos. Destacan principalmente los de Colombo 1967(I), Steffani, 1977, en Argentina: León y Mackiln, 1971 en Colombia, (I4). En México se han desarrollado alguna tesis sobre el tema, y algunos trabajos como el de Padilla G.P. Ezban en 1984 (I5).

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes - según el cuadro.

A continuación se mencionarán en forma global en el siguiente cuadro sinóptico.

CUADRO SINOPTICO.

TIPO	CAUSAS	ELEMENTO PRIMORDIAL SEGUN CAUSA
Depresión Simple	ECOLOGICAS	Contaminación atmosférica problemas de tránsito Ruido excesivo
	SOCIALES	Desintegración familiar Disminución del apoyo espiritual Falta de vínculos con vecinos Encarecimiento económico Desempleo
Depresión Neurótica	→ PSICOLOGICAS	Transtorno afectivo primario ó Transtorno cognóscitivo primario
Depresión Psicótica	GENETICAS →	Frecuencias familiares altas
	BIOLOGICAS	Neuroquímico { aminas biógenas electrolitos Neurofisiológico

el tipo de depresión más comúnmente observada según estas es la Depresión Simple que se considera como un síntoma - transitorio sin mucha complejidad o una depresión neurótica que ya implica un síndrome más profundo con mayor compromiso y manifestaciones más floridas, y la más severa - de las formas es la depresión psicótica constituida por - transtornos más complejos.

Las causas genéticas son más importantes en las depresiones psicóticas, las causas psicológicas en las depresiones neuróticas, las ecológicas y sociales son más frecuentes en las depresiones simples. A saber en una breve - descripción de cada causa tendremos:

Kallman (16) refiere causas genéticas en el desarrollo de la depresión. La tendencia de dos gemelos a presentar este cuadro, si uno de ellos lo hace recibe el nombre de -- proporción de concordancia.

En un estudio con 46I gemelos reportó las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en psicosis - maniaco depresivas:

- 0.4 % en población general
- 16.7 % en medios hermanos
- 23.0 % en hermanos
- 23.5 % en padres
- 26.3 % en gemelos dicigóticos
- 100.0 % en gemelos monocigóticos

Da Fonseca (17) investigó 60 pares de gemelos y reportó - un 60% de proporción de concordancia con relación a los - gemelos idénticos y un 21% en los no idénticos.

Shields (17) en 1962 comparó el estado psicológico de 44 gemelos idénticos, tempranamente distanciados unos de otros en la vida y educados por separado, con 44 gemelos - idénticos que no habían sido separados. Descubrió que el grado de concordancia era el mismo que en los no separados.

aseverando que la aparición de dichos factores estaban - más influenciados por la genética que por las circunstancias ambientales.

Para Anost 1966 (18) inicia la investigación sobre factores hereditarios teniendo validez la transmisión hereditaria dominante con escasa penetración en las depresiones según el mismo investigador sucede algo semejante pero - con una notoria prevalencia femenina. Para Anost se trata de una herencia dominante cromosomal X con penetrancia menor que la depresión cíclica o psicótica.

Otro de los aspectos estudiados son las causas biológicas donde se pueden considerar aspectos neurofisiológicos y neuroquímicos. De los primeros se han realizado estudios electroencefalográficos con diferentes variables tendientes a encontrar algún patrón común, entre estos - estudios se debe mencionar a los de Denber, Paulson, y - Gottlieb (19). Con respecto a los aspectos neuroquímicos se han analizado dos en especial: las aminas biógenas, y los electrolitos.

En el análisis de los cambios de las aminas biógenas se observó que en los pacientes con tratamiento a base de - reserpina, como reacción secundaria se presentaron cuadros depresivos, encontrándose en ellos disminución de las catecolaminas, principalmente norepinefrina, así como en - las observaciones hechas en los pacientes con tratamiento antituberculoso con inhibidores de la monoaminoxidasa, se observó efecto euforizante, debido al aumento de la presencia de un metabolito de la norepinefrina y de la normetanefrina el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHFG), - considerándose el principal metabolito urinario indicador de la actividad noradrenérgica proveniente del cerebro,

Que ha sido reportado con excreción urinaria baja en deprimidos y con un aumento cuando se presenta mejoría del padecimiento. (20) (21) (22) (23).

Algunos otros estudios realizados con aminas biógenas - como la serotonina, origina un metabolito, el óxido - 5-hidroxi-indolacético-(A5HIA) el cual se reportado concentraciones bajas en el líquido cefalorraquídeo de enfermos deprimidos. (24).

Y con respecto a lo referente a los cambios electrolíticos cabe mencionar los estudios de Coppen y Shaw (25), - reportando aumento del sodio intracelular y las alteraciones del calcio, respectivamente en pacientes deprimidos.

En cuanto a las teorías psicológicas tendientes a explicar la etiología de la depresión, éstas se pueden englobar en dos grupos:

Las que consideran a la enfermedad primariamente como un trastorno afectivo, y las que la considerarán primariamente una perturbación en el proceso mental, es decir un trastorno cognoscitivo (26).

Según las investigaciones 60% de los cuadros depresivos tienen un desencadenamiento ambiental asociándose aspectos de tipo psicológico que se han relacionado con situaciones tensionantes como son las pérdidas objetales, como puede ser la pérdida de un familiar, situación económica, estado de salud etc... siendo estos factores más frecuentes en las depresiones neuróticas.

Los factores ambientales han favorecido a la aparición del síndrome depresivo debido a la severa contaminación ambiental, los problemas de tránsito y el ruido desmedido debiéndose tomar en cuenta también los aspectos sociales entre los que se destacan la desintegración familiar

La Organización Mundial de la Salud considera un aumento notable en la prevalencia del síndrome depresivo, calculando que en un 5% de la población mundial presenta el cuadro representado de 100 a 200 millones de enfermos deprimidos en el mundo y que además el problema tiende a incrementarse en los años venideros (6). En la población de Europa aproximadamente el 18% al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o han tenido un período depresivo, y que aproximadamente el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un período depresivo mayor requiriendo, manejo psiquiátrico. Alec - Coppen realizó estudios en Gran Bretaña y en países Escandinavos encontrando que un 8% de los hombres y el 16% de las mujeres de la población general padecen un cuadro depresivo. En un estudio realizado por Sorenson y - - - Strongren (1981) encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una época determinada de la vida (28) (29). Nathan Kline considera que hoy en día, la depresión es - el padecimiento que más trastornos causa a la humanidad (29) con excepción de las formas más graves la atención del paciente deprimido no es cubierta por el psiquiatra en los países desarrollados se calcula que existe un psiquiatra por cada 10 a 20 mil habitantes, en países subdesarrollados como México se cuenta con un psiquiatra por cada 500 mil habitantes, considerándose que del 60 al 70% de los pacientes que ve un psiquiatra presentan cuadros depresivos de intensidad, variable sin embargo un buen número de casos suelen pasar inadvertidos por el médico no especializado en psiquiatría, se considera que en la consulta del médico familiar del 33 al 40% de pacientes mayores de 30 años presentan un cuadro depresivo de los

cuales uno de cada 5 recibe tratamiento, uno de cada 50 se llega a hospitalizar y uno de cada 200 tiene intento de suicidio (6) (7). En México en 1981 se efectuó un estudio con el fin de conocer el perfil epidemiológico de este padecimiento en la Ciudad de México seleccionando una comunidad de Tlalpan, teniendo como objetivo investigar la relación del síndrome depresivo con la edad, sexo, estado civil, ambiente familiar, nivel educativo y socioeconómico. Se realizaron 928 encuestas que correspondió al 15.6% de viviendas de la Unidad habitacional, Narciso Méndez en Villa Coapa encontrándose que el 11.66% correspondían a depresiones medias y solo 2.47% a depresiones severas dando un total de 14.1% de enfermos deprimidos de la población general de la Unidad en estudio. Se concluye que la relación entre depresión y sexo correspondió a 11.8% al masculino y 15.1% al femenino, con respecto a la edad se encontró que la presentación es mayor en personas de 60 años en adelante, en relación con el estado civil se hizo evidente que es mayor en los viudos 30.7% en cuanto al ingreso económico el porcentaje mayor fue en personas de escasos recursos 19.4% con respecto a la escolaridad presentó el 40% en personas sin estudios el 38.2% tenían primaria incompleta y 6.8% con carrera Universitaria completa.

Con respecto a la depresión enmascarada, en el año de 1983 el Dr. Stanley Lesse, realizó una revisión de 17 años de su experiencia con 1465 pacientes con depresión enmascarada, (4), en este estudio entre otros aspectos manifiesta características de sus pacientes, de las que se consideran las siguientes: edad, sexo duración de la enfermedad antes de ser diagnosticada como depresión enmascarada. En cuanto al factor edad en la siguiente tabla se resumen

Los resultados:

Edad en años	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
No. pacientes	29	264	588	363	168	53
Porcentaje	2%	18%	40%	24.8%	11.5%	3.6%

Por lo que consideró que 951, es decir 64.9% del total de pacientes con depresión enmascarada, tuvieron el inicio de sus manifestaciones entre los 40 y 59 años de edad. Con respecto a la distribución por sexo, esta fué y solamente 419 fueron hombres, esto representa una razón - mujer-hombre de 2.5:1, por lo que considera que la depresión es primeramente vista en mujeres de la edad media. Tocante al tiempo transcurrido para que se pudiera establecer en los pacientes el diagnóstico de depresión enmascarada, desde el inicio de sus molestias, el autor reporta 319 pacientes, es decir 21.8% realizado a lo largo del primer año, y 1146, es decir 78.2% en quienes se realizó en tiempo mayor de un año, de este total, -- (1146 pacientes), un 60% corresponde a más de dos años, un 30% mayor a 5 años, y un 10% a más de 10 años, por lo que podemos considerar que el diagnóstico de depresión enmascarada se hace generalmente en forma tardía. En el año de 1983 el Dr. William Zung realiza un estudio para la identificación y tratamiento de la depresión enmascarada, en la práctica de la medicina general, (30), aplicó el estudio en 499 pacientes, en quienes encontró en 60 de ellos, es decir en un 12% índices AMD - mayores a 55, (considerados con depresión). de estos 49 cumplen los criterios del DSM III, para desorden depresivo mayor, es decir 10% de la población total estudiada, lo que demuestra la utilidad del test de Zung. (12%

(12% por test y 10% por criterios de DSM III). Las edades - promedio fuerón de 59.6 \pm 14.7.

En el año de 1981 el Dr. Guillermo Calderón realizó un estudio en la ciudad de México, (7), para conocer la prevalencia de la depresión entre la población general, utilizó el test de Zung, por considerarlo un instrumento confiable y - de fácil aplicación. Por motivos de adaptación a nuestro - medio le realizó los cambios que a continuación se mencionan: "En primer lugar, aunque la escala fué diseñada para - ser aplicada por el propio paciente, en esta investigación - pareció más confiable que la aplicará el investigador. En - segundo lugar el mencionar los resultados se cambió el concepto de Depresión que amerita hospitalización, por el de -- Depresión severa ya que Zung utilizó este término por haber efectuado su primer estudio, (31) en un hospital psiquiátrico, y el de Depresión ambulatoria, por el de Depresión media, ya que su segundo estudio (32), lo realizó en el Departamento de consulta externa del mismo hospital, - motivo por el que lo consideró complementario del anterior. Realizó un total de 928 encuestas, reportando una prevalencia de 11.63% de depresiones medias y de 2.47% de depresiones severas, o sea un total de 14.1% de enfermos deprimidos. Con la siguiente tabla de resultados.

Clasificación	Número	Porcentaje.
Controles normales	159	17.13
Reacciones de ansiedad	638	68.77
Depresión media	108	11.63
Depresión severa	23	2.47
Total	928	100.00

La relación que reporta entre depresión y sexo fué de -
II.8% al masculino y 15.1% al femenino.

Con respecto a la relación entre edad y depresión, presen
ta un mayor porcentaje en mayores de 60 años con 27.8%, -
seguida por el grupo de 55 a 59 años con 25.5%, y después
el grupo de los 45 a los 49 años con 17.8%.

Tocante a depresión y estado civil consigna una mayor pre
valencia en los viudos con 30.7%, seguida por los solte--
ros con 14.2%.

Referente a escolaridad y depresión encontró el porcenta-
je mayor correspondiente a las personas que nunca habían
ido a la escuela con 40%, seguido con un 38.2% en los que
solohabía estudiado primaria incompleta, con una diferen-
cia notable al porcentaje más bajo correspondiente al - -
6.8% perteneciente a los que tenían carrera universitaria
completa.

Finalmente la relación entre ocupación y depresión, repor-
tó la tasa mayor con 28.6% a las personas ocupadas en ofi
cios, que consideró las personas de menor ingreso económi-
co de su universo.

Si se pretendiera tener un concepto global de la depresión
enmascarada, este sería, considerando los estudios anteri
ores: un padecimiento con prevalencia de entre 12 y 14% -
de la población global, visto más frecuentemente (más del
doble), en mujeres con edades que fluctúan de los 40 a -
los 59 años, sin un compañero con quien compartir la vida
diaria, es decir generalmente viudas o solteras, además -
con un nivel bajo de preparación, congruente con un bajo
nivel socioeconómico y finalmente es un padecimiento de
diagnóstico tardío, pues en la mayoría este fué considera
do después de dos años de evolución.

La clasificación del síndrome depresivo ha sido cambiante y objeto de múltiples investigaciones y controversias. En la actualidad los síntomas de los pacientes están notablemente alejados de los síndromes psicopatológicos clásicos-aceptándose que el sistema clasificatorio debe ser lo bastante amplio para incluir todas las formas de trastorno afectivo. (7).

La clasificación del DSM III divide a los trastornos afectivos en las siguientes categorías (33).

Trastornos Depresivos Mayores, que pueden estar conformados por una fase maníaca y otra depresiva, lo cual constituye el llamado trastorno bipolar, o bien el trastorno monopolar o depresión mayor, ambos tipos de enfermedad pueden ser el primer episodio o recurrentes y presentar o no síntomas psicóticos. La duración de un trastorno depresivo mayor debe ser cuando menos de dos años de evolución (33).

Los trastornos afectivos específicos, son síndromes parciales, con menos de 2 años de evolución, en este grupo se encuentra el trastorno ciclotímico en el cual se presentan síntomas depresivos y maníacos, pero sin la intensidad y duración que el trastorno maníaco-depresivo y el trastorno distímico caracterizado por síntomas puramente depresivos- también sin la intensidad y duración que el episodio depresivo mayor. Ninguno de estos trastornos cursa con síntomas psicóticos.

Los Trastornos Afectivos Atípicos, no entran en las dos categorías anteriores, se considera aquí el síndrome depresivo completo que se presenta sin una activación de los síntomas psicóticos en los pacientes esquizofrénicos, el trastorno distímico con períodos intermitentes de normalidad- y que persiste por tres meses, que no cumple con los criterios para ser un trastorno depresivo mayor y no es resul-

tado de un stress psicosocial y por tanto no es un trans--
torno adaptativo.

La clasificación más conocida es la de Kraepelin, que esta-
bleció la existencia de dos tipos de depresión. (34).

La Endógena, también conocida como psicótica o bipolar, ésta
se refiere a que no existen factores desencadenantes evi-
dentes además, tiene elementos genéticos en su etiología -
que desempeñan un papel importante, que se caracteriza por-
la seria alteración de la personalidad, pérdida de la auto-
crítica y choque importante con el medio. (13).

La Exógena, también conocida como neurótica o unipolar, es -
la depresión en la cual, por medio de la Historia Clínica--
se pueden encontrar causas ambientales y psicológicas como
factores determinantes, aparentemente obvios como puede ser
la muerte de un familiar, pérdida de un empleo, etc. (13).
Ver cuadro I:

CUADRO I

SINTOMAS	ENDOGENA	REACTIVA
Hipoquinesia/aquinesia	++++	++
Bradipsiquia	++++	++
Insomnio	tardío	conciliación
Ritmo de sintomatología	matutino	sin ritmo
Disminución de peso	+++	+ a ++
Sentimientos de culpa	autorreproche	reproche a otros
	autodevaluación	devaluación del
	despersonalización	mundo
Reacción al medio	incapacitados	buena
Ideas delirantes	++++	no hay
Factor precipitante	+ a ++	++++
Contacto con la realidad	se pierde	se conserva
Ideas suicidas	++++	+ a ++
Intentos de suicidio	++++	no hay
Psicoterapia	no indicada	indicada
Farmacoterapia	indicada	coadyuvante
Pronóstico	malo	bueno

En el cuadro clínico de la Depresión puede presentarse en dos formas:

Una con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro.

Otro en el cual éstas se encuentran enmascaradas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente detectados por el médico, como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Para hacer más explícita la enumeración de los síntomas, considero necesario dividirlos en : (7).

a) Transtornos afectivos.

b) Transtornos intelectuales.

c) Transtornos conductuales.

d) Transtornos somáticos.

TRASTORNOS AFECTIVOS.

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
Indiferencia afectiva	disminución o pérdida de interés.
Tristeza	Con o sin tendencia al llanto
Inseguridad.	Dificultad para tomar decisiones
Pesimismo	Derretista, dependiente hacia la familia.
Ansiedad	Más intensa por la mañana
Miedo	En ocasiones absurdas.

TRASTORNOS DE ESPERA INTELECTUAL

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
Sensopersepción disminuida	mala captación de estímulos
Trastornos de memoria	dificultad para evocación
Disminución atención	mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
Disminución comprensión	dificultad de comunicación
Ideas de culpa o fracaso	autoevaluación, incapacidad de enfrentamiento
Pensamiento obsesivo	ideas o recuerdos repetitivos molestos

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
Actividad disminuida	descuido de obligaciones y aseo personal
Productividad disminuida	mal rendimiento trabajo
Impulsos suicidas	ideas e intentos de privarse de la vida
Impulsos a la ingestión	tendencia a beber o utilizar drogas como mecanismo escape a la ansiedad

TRASTORNOS SOMATICOS

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
Trastornos del sueño	insomnio inicial o terminal dormir inquieto, hipersomnia
Trastornos apetito	Anorexia (perdida peso), hambre compulsiva
Disminución libido	debilidad o desaparición del deseo sexual
Cefalea tensional	musculos nuca y temporales
trastornos digestivos	dispepsia, aerofagia, meteorismo nauseas
Trastornos cardiovasculares	frecuencia, ritmo, disnea, suspiros, etc.

Con respecto a la sintomatología del paciente con Depresión enmascarada debemos considerar que el origen de esta se encuentra en el área afectiva. Principalmente en épocas actuales en que por situaciones problemáticas sociales, (encarecimiento económico, altas tasas de desempleo, devaluación monetaria, catástrofes naturales, y los cambios conductuales, principalmente los relacionados con las crisis familiares - todos estos sucesos originan, así como una serie de circunstancias que ocasionan un medio ambiente nocivo que también afectan a la salud mental. (7), suscitan amenaza a la integridad personal, debido a la obstaculización del desarrollo íntegro de la personalidad, siendo esta génesis de depresión que en la clínica la observamos como problemas de somatización. Debido a esto los pacientes acuden a consulta aquejando una amplia gama de molestias, para las cuales reciben tratamiento medicamentoso, que en la mayoría de las ocasiones, cuando mucho disminuyen dicha sintomatología, pero en forma transitoria, lo que origina atención repetida por el mismo motivo, y que además puede ser causa de canalización inadecuada a un segundo y hasta un tercer nivel de atención médica. Algunos autores como Kirchoff, (35), Hertrich, (36), - Sattes, (37), Busfield, (38), Kenyon, (39), Frollich, (39), han estudiado estas manifestaciones .

ver cuadro II.

CUADRO II

Molestias somáticas de pacientes depresivos

AUTORES	Kirchoff	Hertrich	Sattes	Busfield	Kenyon	Frolich
No. pacientes	203	195	100	97	211	24
SINTOMAS Y PORCENTAJE.						
transtorno del sueño	80%	68%	61%	-	-	100%
cansancio diurno	32	11	25	28	20	83%
perdida de peso	19	5	-	-	-	63%
perturbación del apetito	10	22	49	65	-	71%
transtornos de la libido	II	3	-	58	-	42%
diaforesis	17	12	-	41	-	33%
cefaleas	66	36	51	47	50	42%
acufenos	1	5	-	43	-	13%
sensación de globo	20	16	-	-	10	25%
dificultad respiratoria	-	-	30	-	31	50%
molestias cardiacas	-	17	26	65	18	25%
vértigo	22	13	13	63	-	38%
dolores vertebrales	17	9	-	-	11	42%
molestias abdominales	18	14	15	63	32	21%
nauseas y vomito-	-	4	-	36	-	25%
constipación	-	2	-	-	-	67%

Se cuenta con otras formas o instrumentos clínicos auxiliares como ayuda para realizar el diagnóstico de depresión y el grado de depresión en pacientes con tratamiento anti depresivo, como son la escala de Hamilton el test de Zung, Minesona y Beck, cuestionarios de fácil y rápida aplicación con una confiabilidad del 80% y que han sido utilizados por diversos investigadores clínicos y que permiten una valoración sobre el estrés social y la enfermedad depresiva evaluando las áreas básicas de trastornos de la esfera afectiva, intelectual, adaptativa y somática.

En este estudio se utilizará la escala de Hamilton para medir el diagnóstico de severidad de la depresión y la sintomatología que más predomine en sexo y edad de los pacientes estudiados, la escala consta de 21 reactivos, esta escala ha sido modificada de su original la cual constaba con 17 reactivos, donde solo podía ser calificada por expertos en esta materia, en su modificación actual puede ser usada por médicos generales, y personal con cierta adistracción inicial, de los 21 reactivos algunos se definen como categorías de interés creciente, otras por términos equivalentes, la forma como se cuantifica su registro incluye cuatro variables adicionales, variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, las variables se miden con una escala de 5-3 puntos. Cuando la cuantificación es difícil no se establece distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas y la persona que califica debe de tomar en cuenta ambos elementos al hacer su valoración.

El presente cuadro muestra la sintomatología mas común en los pacientes deprimidos, señala que los trastornos del sueño, las perturbaciones del apetito, las cefaleas, los trastornos de la potencia y la libido y algunas molestias cardiacas son los síntomas mas frecuentemente encontrados, también nos muestra como algunos autores como Frolich, reportan los porcentajes mas altos, probablemente por buscarlos en forma mas propositiva.

Con estos estudios se puede conocer la amplia gama de síntomas bajo los cuales se puede manifestar o encubrir la depresión enmascarada.

Existen criterios diagnósticos establecidos como lo es el propuesto por el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM III y que a continuación se menciona:

Según D S M III

A) Animo disfórico

1) irritabilidad y/o desinterés.

2) pérdida de interés o placer en la actividad.

B) mínimo 2 semanas de duración

1) alteración del apetito y/o de peso

2) alteración del sueño

3) agitación o enlentecimiento psicomotor

4) desinterés

5) fatiga

6) ideas de irritabilidad o culpa excesiva.

7) alteración en la concentración

8) pensamiento repetidos de muerte

Criterios diagnósticos de depresión cuando presenta un síntoma (A) y cuatro del (B).

PROBLEMA

La depresión es un trastorno de la afectividad y una -
respuesta desmesurada, en intensidad y duración, que tiende -
a mantenerse con repercusiones disfuncionales a nivel -
orgánico, es frecuente observar que aquellos pacientes que -
cursan con una enfermedad crónica manifiestan fluctuacio-
nes importantes del estado de ánimo exacerbando la sin -
tomatología de su enfermedad, motivando que el paciente -
acuda repetidamente a la consulta al no obtener mejora--
de su cuadro clínico. La depresión enmascarada es una enti-
dad que acompaña a las enfermedades crónicas en donde en-
pocas ocasiones es diagnosticada por el médico. Cuando se-
diagnostica un estado depresivo en un paciente crónico, -
no se lleva a cabo un seguimiento en la respuesta al tra-
tamiento, originando que el paciente reciba, medicación a -
dosis y tiempo inadecuados, Esto permite que los pacientes
acudan frecuentemente a la consulta.

El uso de la escala de Hamilton, es un instrumento que -
permite identificar el grado de depresión y evolución en-
el tratamiento.

JUSTIFICACION

Dado el aumento de los reportes del síndrome depresivo - en la clínica de primer nivel y teniendo en cuenta, que - la depresión enmascarada en la población general es del - I2-I4% (3I). Se ha observado que los pacientes con enfer- medad crónica son los que cursan con esta entidad más -- frecuente, así mismo las fluctuaciones del estado de ánimo ocasionan que la sintomatología disminuya poco, con - los tratamientos instituidos, tal vez debido al desconocimiento de esta entidad por el médico, dando lugar a que sean enviados a un segundo o tercer nivel de atención.

OBJETIVOS .

- Identificar grado de depresión en pacientes con enfermedad crónica mediante el uso de la escala de Hamilton.
- Identificar la sintomatología más frecuente en los pacientes con depresión.
- Identificar los síntomas por aparatos y sistemas
- Proponer el uso de la escala de Hamilton para la evaluación del tratamiento de los pacientes con depresión.

TIPO DE ESTUDIO .

Descriptivo

Transversal.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Se estudiarán a los pacientes que acuden a la clínica Gustavo A. Madero ISSSTE durante los meses de octubre y noviembre 1988.

Los cuales seran seleccionados de los 8 consultorios - de la clínica reuniendo los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 35 a 70 años
- ambos sexos
- que presenten sintomatología crónica (síntomas por aparatos y sistemas en los últimos 6 meses).
- Que tengan diagnóstico de depresión clínica

CRITERIOS DE EXCLUSION

- menores de 35 años y mayores de 70 años
- que estén recibiendo tratamiento con antidepresivos.

METODOLOGIA

De cada uno de los consultorios (8c) se investigara con el médico adscrito si hay pacientes con sintomatología crónica o que acudan por el mismo problema en los últimos 6 meses. Se identificarán a los pacientes, revisando el expediente los que tengan el diagnóstico de depresión previo se les evaluará mediante el esquema del DSM III, y a los pacientes que clínicamente cursen con depresión, en ese momento se le incluirá en el estudio.

Acada uno de los pacientes se les aplicará la escala de Hamilton (anexo I).

La escala de Hamilton se evaluará de acuerdo a los criterios siguientes, el porcentaje se ajusto al promedio más alto y al más bajo para obtener el grado de depresión.

Se manejo con una X de 21.03 y una $D_s \pm 6.50$ (40).

Dando:

DEPRESION LEVE	22.02 a 28.15
DEPRESION MODERADA	28.16 a 34.28
DEPRESION SEVERA	34.29 a 40.41

Asegurando que el 100% de los pacientes se incluyan en las tres observaciones.

2. Despierta durante toda la noche

6.-INSOMNIO TERMINAL

0. Ausente

1. Despierta en la madrugada pero vuelve a dormirse

2. Si se levanta no puede volver a dormirse.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES

0. No tiene problemas

1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga, o debilidad en relación con las actividades de trabajo o diversiones.

2. Pérdida del interés por las actividades, diversiones o -- trabajo, ya sea reportado directamente por el paciente o indirectamente por mostrarse desatento, indeciso y vacilante (siente que tiene que forzarse para iniciar su trabajo).

3. Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución de la productividad.

4. Dejó de trabajar a causa del padecimiento actual.

8. RETARDO (lentitud en el pensamiento y la palabra, dificultad para concentrarse actividad motora disminuida).

0. Pensamientos y palabras normales

1. Retardo ligero durante la entrevista.

2. Retardo obvio durante la entrevista

3. Entrevista difícil

4. Imposibilidad de diálogo.

9. AGITACION

0. Ninguna

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

10. ANSIEDAD PSIQUICA

0. Ausente

1. Tensión subjetiva o irritabilidad

2. Preocupación por cosas triviales

3. Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara.

4. habla espontáneamente de sus temores

II. ANSIEDAD SOMATICA (ANGUSTIA)

0. Ausente

Signos fisiológicos concomitantes de ansiedad:

1. Ligera

Gastrointestinales: boca → seca, flatulencia, indigestión, retortijones, eructos

2. Moderada

Cardiovasculares: palpitaciones cefalalgias, Respirato

3. Severa

rios: hiperventilación suspiros, frecuencia urinaria

4. Incapacitante

sudación.

I2. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES

0. Ninguno

I. Pérdida de apetito, pero come si se le insiste. Pide o necesita laxantes u otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

I3. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES

0. Ninguno

I. Pesantez de extremidades espalda o nuca. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares Pérdida de energía y fatigabilidad.

2. Cualquier síntoma bien definido

I4. SINTOMAS GENITALES

0. Ausentes

(síntomas como: Pérdida de libido y trastornos menstruales)

1. Débil

2. Grave

3. Incapacitante

I5. HIPOCONDRIA.

0. Ausentes

1. Atención excesiva de su cuerpo

2. Preocupación por su salud.

3. Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.

4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16. PERDIDA DE PESO (calificar A o B):

A. Valorado por interrogatorio.

0. No ha perdido peso

1. Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual.

2. Pérdida de peso indudable.

B. Valorado semanalmente por el médico al pesar al enfermo.

0. Pérdida menor de 500g en una semana por término

1. Pérdida de más de 500g en una semana. medio

2. Pérdida de más de 1Kg en una semana.

17. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (insight):

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

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

2. Niega por completo estar enfermo.

18. VARIACION DIURNA:

0. Ausente. Indicar si los síntomas son más severos

1. Ligera. en la mañana (M) o por la tarde (T)

2. Grave

19. DESPERSONALIZACION Y SENSACION DE IRREALIDAD:

0. Ausente.

1. Ligera sensación de irrealidad.

2. Moderada. Ideas nihilistas o de negación

3. Severa.

4. Incapacitante.

20. SINTOMAS PARANOIDES:

0. Ausentes.

1. Susplicacia leve.

2. Susplicacia moderada.

3. Ideas de referencia.

4. Delirios de referencia y de persecución.

ESCALA DE HAMILTON

I.-ANIMO DEPRIMIDO(tristeza,desesperanza,impotencia desamparo).

0.Ausentes

I.Acepta los síntomas sólo cuando se le preguntan.

2.Comunica estos síntomas no en forma verbal,sino por la expresión facial,postura,voz y tendencia al llanto.

3.El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal.

2.-SENTIMIENTOS DE CULPA

0. Ausentes

I.Autorreproche;siente que le ha fallado a los demás.

2.Numiación de errores pasados o de malas acciones.

3.La enfermedad actual es un castigo.Ideas delirantes de culpa.

4.Oye voces que lo acusan o lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3.-SUICIDIO

0.Ausente

I.Siente que la vida no vale la pena.

2.Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse

3.Ideas o amagos suicidas

4.Intentos de suicidio

4.INSOMNIO INICIAL

0.nunca tarda en conciliar el sueño

I.Se queja de dificultad inicial u ocasional para conciliar el sueño.

2.Diariamente tarda en conciliar el sueño

5.-INSOMNIO INTERMEDIO

0.Ausente

I.Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche.

2I. SINTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS

0. Ausentes

1. Leves

2. Severos.

RESULTADOS

Se estudiaron a 80 pacientes de la consulta externa de la clínica Gustavo A. Madero. Durante los meses de octubre y nov. de 1988, la edad promedio fue de 35 a 70 años siendo - 40 pacientes del sexo masculino y 40 pacientes del sexo - femenino sumando un total de 80 pacientes.

CUADRO I
PACIENTES DEPRIMIDOS
Y NO DEPRIMIDOS DE ACUERDO AL SEXO .

SEXO	DEPRIMIDOS	%	NO/ DEPRIMIDOS	%	TOTAL	%
MASCULINO	11	14	29	36	40	50
FEMENINO	29	36	11	14	40	50
TOTAL	40	50	40	50	80	100

Fuente: cédula de recolección de datos

El cuadro I muestra la relación de pacientes con depresión y sin depresión de acuerdo al sexo, encontrando que el 14% del sexo masculino presento depresión y el 36% del sexo - femenino presento depresión siendo éste el que predomino.

El cuadro II muestra la relación por grupo de edad y -
 sexo en pacientes masculinos. De los que presentarán -
 depresión y los que no la presentarán

CUADRO II
 RELACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS
 POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES MASCULINOS

EDAD	DEPRIMIDOS	%	NO/ DEPRIMIDOS	%	TOTAL
35 - 42	5	12.5	13	32.5	45
43 - 50	1	2.5	2	5	7.5
51 - 58	0	0	9	22.5	22.5
59 - 66	2	5	3	7.5	12.5
67 - +	3	7.5	2	5	12.5
TOTAL	11	27.5	29	72.5	100 % - 40

Fuente: cédula de recolección de datos.

En donde se encontró que de los 40 pacientes del sexo masculino solo el 12.5% presentarán depresión predominando la edad entre 35 a 42 años, así como los no deprimidos fueron en un 32.5% con predominio de la misma edad.

El cuadro numero III muestra la relación por grupo de edad y sexo en pacientes femeninas, de las que presentaron depresión y las que no la presentarán

CUADRO III
RELACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS
POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES FEMENINAS

EDAD	DEPRIMIDOS	%	NO/ DEPRIMIDOS	%	TOTAL
35 - 42	12	30	6	15	45
43 -50	6	15	1	2.5	17.5
51 -58	4	10	3	7.5	17.5
59 -66	6	15	1	2.5	17.5
67- +	1	2.5	0	0	2.5
TOTAL	29	72.5	11	27.5	100%-40

Fuente: cédula de recolección de datos.

En donde se encontró que de las 40 pacientes femeninas predominó un 30% de depresión en pacientes de 35 a 42 años y de las no deprimidas solo un 6% con predominio de la misma edad de 35 a 42 años.

El cuadro numero Iv muestra el grado de depresión según el sexo , masculino y femenino.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO IV

SEXO	GRADO DE DEPRESION						T	
	D / LEVE		D / MODERADA		D / SEVERA			%
MASCULINO	9	22.5%	2	5%	0	0%	27.5	II
FEMENINO	18	45%	9	22.5%	2	5%	72.5	29
TOTAL	27	67.5	11	27.5%	2	5%	100%	40

Fuente: cédula de recolección de datos.

La depresión leve predomino en ambos sexos.

En la depresión leve fue un 45% en el sexo femenino y en el masculino un 22.5% con depresión moderada tambien predomino el femenino con un 22.5% en el sexo masculino solo un 5% en el caso de depresión severa predomino tambien - el sexo femenino con un 5%, en tanto que para el masculino no se presento ningun caso.

El cuadro número V muestra la relación de la sintomatología que presentarán los pacientes más frecuentemente por aparatos y sistemas en pacientes masculinos .

CUADRO V

RELACION DE LA SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE POR APARATOS Y SISTEMAS EN PACIENTES DEPRIMIDOS .

APARATOS SISTEMAS	SEXO MASCULINO		NO DEPRIMIDOS	
	DEPRIMIDOS	%	DEPRIMIDOS	%
APARATO MUSC.ESQUELT.	6	7.5	7	8.75
APARATO DIGESTIVO	4	4	9	11.25
APARATO RESPIRATORIO	-	-	7	8.75
APARATO CARDIOVASC.	1	1.25	5	6.25
OTROS:INSONMIO	1	1.25	-	-
CEFALEA	2	2.5	5	6.25
VERTIGO	1	1.25	1	1.25

FUENTE :Cédula de recolección de datos .

En este sexo predomino el aparato musculo esquelético en los casos de depresión con un 7,5%, en un segundo lugar el aparato digestivo con 5% y en tercer lugar cefalea con un 2.5% en los casos de no depresión predomino el aparato - digestivo con 11.25% en segundo lugar musculo esqueletico y respiratorio y en tercer lugar cardiovascular y cefalea.

El cuadro número VI muestra la relación de la sintomatología más frecuente por aparatos y sistemas en pacientes femeninas.

CUADRO VI

RELACION DE LA SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE POR APARATOS Y SISTEMAS EN PACIENTES DEPRIMIDOS DEL SEXO FEMENINO .

APARATOS SISTEMAS	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	No	%	No.	%
APARATO MUSC. ESQUELT.	9	11.25	5	6.25
APARATO DIGESTIVO	3	3.75	2	2.5
APARATO RESPIRATORIO	8	10	2	2.5
APARATO CARDIOVASCULAR	6	7.5	1	1.25
APARATO UROGENITAL	4	5	—	—
OTROS :				
INSONMIO	1	1.25	—	—
OBESIDAD	3	3.75	—	—
CEFALEA	5	6.25	—	—
VERTIGO	4	5	—	—
Disminución de la LIBIDO	1	1.25	—	—

FUENTE : Cédula de recolección de datos

En donde se observa predominio del aparato musculoesqueletico ,en pacientes femeninas con depresión, en segundo lugar - el aparato respiratorio y en tercer lugar el aparato cardiovascular .

De los pacientes no deprimidos el primer lugar fué el musculoesqueletico ,en segundo lugar cefalea y en tercer lugar digestivo y respiratorio .

DISCUSION

La depresión enmascarada es un trastorno de la afectividad en el que predominan los síntomas somáticos, o en el que los síntomas psíquicos se encuentran en segundo plano es decir una depresión de particular matiz sintomatológico (5).

Dando una frecuencia del 12%-14% de la población general. En donde los pacientes acuden a consulta aquejando molestias vagas, como manifestaciones principales de padecimientos, cuya génesis no puede ser determinada a nivel somático. Motivando que el paciente acuda repetidamente a la consulta al no obtener mejoría de su cuadro clínico.

La depresión enmascarada es una entidad que puede simular una enfermedad crónica, en donde en pocas ocasiones es diagnosticada por el médico general.

La escala de Hamilton es un medio de apoyo diagnóstico el cual se ha utilizado en diferentes investigaciones para identificar depresiones enmascaradas (40) (41). Y seguimiento de la evolución de la terapia antidepressiva.

En el presente trabajo de investigación se utilizó la escala de Hamilton en pacientes con sintomatología crónica-habiéndose descartado patología orgánica, diagnosticándose en ese momento, un estado depresivo clínico.

En donde de los 80 pacientes de ambos sexos, el 50% fueron deprimidos, 29 del sexo femenino y 11 del sexo masculino dando una razón de 3:1 en relación a la mujer, dato que concuerda con publicaciones mundiales ().

El grupo de edad más afectado para ambos sexos fue de 35 - 42 años.

El 67.5% de los pacientes estudiados presentaron depresión leve, el 27.5% presentó depresión moderada y el 5%

depresión severa, lo cual nos sugiere que los pacientes - que presentaron depresión leve pueden estar cursando con un estado depresivo, y por otro lado los pacientes que se reportaron con depresión severa son los que tal vez estén cursando con un cuadro depresivo.

Los aparatos y sistemas afectados que refirieron más frecuentemente los pacientes deprimidos fue el sistema musculoesquelético en el 18.75%, en segundo lugar el aparato cardiovascular así como el sintoma de cefalea con un 8.75% y en tercer lugar el aparato digestivo con un 7.5%.

Hallazgos similares a los reportados por otros autores (30).

En base a los resultados obtenidos se confirma que la de presión es un cuadro frecuente que se observa principalmente en mujeres, esto tal vez obedezca a mayor sensibilidad o facilidad para expresar sus emociones, cosa que el va rón no se observa, la escala de hamilton debe ser utilizada, en el primer nivel de atención cuando se ha confirmado el diagnóstico clínico de la depresión, y la escalas va a permitir, valorar la evolución y la respuesta al tratamiento.

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

- I.- Revista de la Facultad de Medicina.Vol.XVIII año 18 - No.10,1975 "Depresión".
- 2.- Spitzer,R. DSM III,Manual Diagnóstico y Estadístico - de los Transtornos Mentales.MASSON España 1987.
- 3.- Hackett,T.Principles of Internal Medicine. Harrison.Mc Graw Hill USA. 1986.
- 4.- Lesse,S. The Masked Depression.Syndrome-Results of a - seventeen year clinical study.Am Journal of Psychother - rapy XXXVII,(4),october.1983.
- 5.- Modestin,J. Policlínica Psiquiátrica. CIBA GEYGY Limited Base Swtzerlam 1976.
- 6.- Uriarte Victor,Psicofarmacología México Ed.trillas 2Ed. 1983. 384p.p.
- 7.- Calderón Narvaez G.Depresión Causas Manifestaciones y Tratamiento.Mex. Ed.Trillas 1985.p.p. 252.
- 8.- Ackericnecht E. H. Una Historia Breve de la Psiquiátria Hafwer Publisning C. Londres 1959.
- 9.- Hill,D. La Depresión en la Historia MEDCOM.New York - 1970.
- 10.- Henri E. y P. Beenard. Tratado de Psiquiátria Editorial Toney Masson Barcelona 8a Edicion 1978.
- II.-Cohen y Strueening: Diagnosis y Statiscal Manual of - Mental Disorders. VOL. III pag. 315-324.
- 12.- Calderón N.G. Conceptos Psiquiatricos en la medicina- Azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el - siglo XVI.Rev. Fac Mex. Vol.VII Núm.4 p.p.229 abril - de 1905.

- 14.- Campillo C. Medina-Mora ME, Martinez LP Caraveo.
Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección --
de posibles casos psiquiátricos en la comunidad 1980.
- 15.- Padilla G.P. Ezban, El Médico General en la detección
de trastornos emocionales, Salud Pública, Méx. 26, --
138, 145, 1984.
- 16.- Kallman, F. Genetic Aspects of Psychosis in Milback Me
morial Pub. Biology of Mental Health and Disease, Hoe-
ber, New York p.p. 283, 1950.
- 17.- Mendels J. La Depresión Herder Barcelona España 1982.
- 18.- Calderon Narvaez G. Salud Mental Comunitaria. Un nue-
vo enfoque psiquiátrico. Ed. Trillas Mex. 1981.
- 19.- Paulsan, G.W. y Gothieb, G.A. Longitudinal Study of the
electroencephalographic arousal response in depressed
patients, Journal of Nervous and Mental Diseases, 133 -
p.p. 524-528 1961.
- 20.- Everett, G.M. et al Mode of activa of rauwalfia alkaloi
de and motor activity Masserman, Biological Psychia -
try Vol. I p.p. 75 Grune and Stralton, Londres 1959.
- 21.- Schildkraut, J.J. ;¿Una etiología bioquímica?;. Depresión
MEDCOM Nueva York, 1970.
- 22.- Schildkraut, J.J. The catecholamine hipotesis of -
ffective disorδες: a review of supporting evidence -
Amer J. Psychiat, 122:502, 1965.
- 23.- .Bney, W. Et al Norepinephrine in depressive reaction s
Arch. Gen Psychiat, 13, 483, 1965.
- 24.- Matussek, N. Biochemical aspects of depression.
depressive, ;lines, Diagnostic, assesment, treatment. edita
do por Kielholz, Basle, Hans Hober Publishers, Born 1972.

- 39.- Kenyon F.E. Hypochondriasis Clinical study, Brit.J ,
Psychiat 110-478 1964.
- 40.- Hamilton Max . A Rating Scale For Depression: J. -
Neurol. Neurosurg Psychiat 1960 23-56.
- 41.- P. Bech,P.Allerup.The Hamilton Depression Scale ,Eva-
luation of Objectivity Using Logistic Models.Acta Psychiat.
Scand 1981 290-299.

- 25.- Copeen, A. The Biochemistry of affective disorders. --
British Journal of Psychiatry 113, p.p. 1237-1264, 1967.
- 26.- Klein, M. Contributions to the psychogenesis of the, -
manic depresstates .Contributions to psychoanalysis.
p.p. 1921-1945. Hogart Bess, Londres 1948.
- 27.- Werski Abraham, Depresión Relativa no absoluta Tribuna
Médica No. 392:33; 1977.
- 28.- Kalb L.C. Psiquiatria. Clínica Ed. Interamericana Ioa
edición, Méx. 1985.
- 29.- Coppen A. Cuadro Clínico de la Depresión MEDCOM --
Nueva York 1980.
- 30.- Zung, W. et al .Masked Depresión Identificación and -
treatmen, in the general medicine practice. J. Clin ---
Psychiatry oct. 44, 10 1983.
- 31.- Zung, W. A. Self Rating Depresión Scale in an out pati
ent clinic. Arch. Gen Psychiat. 13:508, 1965.
- 32.- Zung, W, selfrating Scale depresión ; Psychiat.
14 :522, 1965.
- 33.- DSM III, 3a ed. Pág. 223-225 1984.
- 34.- Calderón Narváez G. "Clasificación Internacional de En-
fermedades" Psiquiatria Vol. 7 No. 3 1977.
- 35.- Kirchof S. Poliklinik .Depressiver Strosungen Speiell
endogener Verestinmunger .Neurol. Psychiat. 174-82 1942 .
- 36.- Hertrich O. Beitrag Zun Diagnostik und diferencial dig -
notik den leichtenen depresivas Zustandbilder Forts .
Neurol Psichiat 30-237 1962.
- 37.- Sattes H. Die . Hipochondrisch Depresión , Marhold Halle
1955.
- 38.- Busfiel B.L. et al Depressive symptom of side effect?
A comparative study of synton during pre-treatment and -
treatmen periods of patients on three antidepressant me-
dications J. Nerv. Med. Dis. 134-339 1962.