

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"REACCION DEPRESIVA: REVISION DE CASOS EN LA UNIDAD PILOTO DE REHABILITACION MENTAL DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO"

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

ROMEO LUCAS MEDINA

En el acto de Investidura

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1967

PLAN DE TESIS

TITULO: REACCION DEPRESIVA: REVISION DE CASOS EN LA UNIDAD
PILOTO DE REHABILITACION MENTAL DEL HOSPITAL NEURO-
PSIQUIATRICO.

- I. INTRODUCCION
- II. CONCEPTO:
 - a) Cuadro Clínico
 - b) Psicodinamia
 - c) Tratamiento
 - d) Pronóstico
- III. MATERIAL Y METODOS
 - Revisión de Casos
- IV. RESUMEN
 - Enfermedad Depresiva y
Medicina General
- V. CONCLUSIONES

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene por objeto sintetizar en forma breve los desordens depresivos, en vista de que constituyen unos de los problemas más frecuentes en la práctica médica general, así como en la del Médico Psiquiatra.

Se hace hincapié en que es necesario que el Médico no Psiquiatra tenga un conocimiento, aunque sea somero, de dicha entidad nosológica, para que de esta manera se pueda sospechar en determinado momento.

Agradezco muy especialmente al Dr. Gustavo Martínez Okrassa y al Dr. Enrique Morales Chinchilla, quienes asesoraron y revisaron este trabajo, respectivamente, y sin quienes la realización y presentación del mismo hubiera sido difícil.

Al honorable Tribunal Examinador, someto el presente documento bajo la firme convicción de que mi intención al realizarlo fué poder colaborar en la orientación hacia una mejor comprensión de los problemas mentales que actualmente van tomando mayor importancia en nuestro medio.

Presento a ustedes las muestras de mi mayor respeto y consideración.

HE DICHO

REACCION DEPRESIVA

Los estados depresivos son los disturbios psicológicos más frecuentemente vistos en la práctica psiquiátrica y representan a la vez un gran número de pacientes en la práctica de los médicos no Psiquiatras, donde corrientemente pasa desapercibida. Es frecuente. que muchos de los pacientes que son clasificados como deprimidos, han sido vistos por varios Médicos generales quienes los han tratado por diferentes entidades clínicas.

La depresión es una condición humana por excelencia. El estar deprimido es una reacción corriente que está caracterizada por expresiones de conducta específica, decaimiento general, apatía, desgano, sufrimiento moral, acompañado de mucha y variada sintomatología física como debilidad, cansancio general, dolores musculares de la nuca, espalda, cintura, etc., . calambres, cefaleas, palpitaciones, anorexia e insomnio. Por estas razones se consultará al Médico práctico quien con solo unas preguntas se dara cuenta que hay un profundo sufrimiento.

DEFINICION

Depresión es una sensación de decaimiento general, de tristeza y de vacío. Puede variar desde una ligera decepción o sensación de indiferencia hasta a una desesperación absoluta. En el síndrome depresivo ligero el paciente está callado, inhibido, infeliz, pesimista y despreciándose a sí mismo; se siente insuficiente, incapaz, descorazonado, desanimado y desesperado. Tiene dificultad de hacer decisiones y de realizar las actividades corrientes y se preocupa en demasía en problemas personales.

Algunos llegan a ser petulantes, pleitistas, desconfiados, irritables y

todo les cae mal.

En pacientes con depresiones más severas hay tensión constante e incomodidad; toda actividad es dolorosa; el paciente está absorto en sus preocupaciones pesimistas, su conversación es dificultosa y requiere esfuerzo. Su atención, memoria y actividad mental en general están disminuidas. En su actitud muestra abatimiento, decaimiento casi absoluto; siente así mismo que su ambiente es sin esperanza, sin nada que ofrecer, que no tiene futuro, se siente rechazado y que no lo quieren.

Se asocia al mismo tiempo sensación de angustia, terror, perplejidad, confusión, inhabilidad de pensar, sensación de irrealidad, etc. Quejas físicas como fatiga, anorexia, constipación, cefaleas, dolores musculares de distintas partes del cuerpo. Insomnio es la regla.

El contenido del pensamiento, que está siempre en relación directa con el estado afectivo, encuentra en estas personas ocupado con cosas negativas, morbosas, con ideas de muerte, accidentes o desastres, enfermedades, etc. Ideas delirantes son comunes y revelan fuertes sentimientos de culpa por autodevaluaciones y acusaciones así mismo. Algunos proyectan sus ideas a los demás y sienten que los familiares los acusan, los destruyen y aún las ideas suicidas son proyectadas y sienten así que los demás los quieren ver muertos o envenenados. Las ideas de suicidio están siempre presentes, ya sea en una forma disfrazada, como cuando dice que ruega a Dios que lo llame, o expresados claramente.

Eventos del pasado y pecadillos remotos son motivo de culpa intensa y tema de preocupaciones y se les atribuye como causa del estado actual.

La expresión facial de estos pacientes es de una persona abatida, perpleja, talvez con miedo o desesperanza. Con ojeras, frente ceñida, boca con las comisuras caídas y los ojos dirigidos hacia el suelo. El cuerpo muestra desequilibrio de la tonalidad muscular, los flexores y aductores están más tensos y como resultado, la nuca, el tronco y las extremidades tienen la llamada actitud de "Flexión del Deprimido" Todos los movimientos son ejecutados lentamente y con dificultad.

HISTORIA

Desde Adán se anotan cuadros de depresión severa y el suicidio como una consecuencia lógica. La depresión ha sido mencionado en la leyenda e historia durante todas las épocas.

Hipócrates, el padre de la medicina, alrededor del año 400 A.C. describió una variedad de entidades clínicas en forma muy acertada incluyendo la depresión emocional severa. De acuerdo a las ideas de la era, esa enfermedad se llamó Melancolía, que viene del griego Melas (negro) y Chole (bilis), que se usa aún hasta nuestros días, pero que actualmente en especial en las últimas décadas, tiende a usarse menos.

El reconocimiento científico y el estudio de los distintos cuadros de enfermedad emocional progresó rápidamente en la última mitad del siglo XIX. Como melancolía fue reconocida desde hace mucho tiempo, fué inevitable que esta condición tan llamativa fuera incluida en los primeros esfuerzos de clasificación psiquiátrica.

Emil Kraepelin, (1856-1926), fué un notable Psiquiatra alemán, que ha contribuido sustancialmente a la clasificación de los desórdenes emocionales.

El usó el término de melancolía e incluyó los pacientes con melancolía involucional y también la fase depresiva de la psicosis maniaco depresiva.

Eugen Bleuler (1857-1939) un Psiquiatra suizo muy distinguido y autor de varias obras, también uso los términos de melancolía y depresión en una forma indistinta. Aún en nuestro siglo el conocimiento de la psicogénesis de la depresión emocional era limitado. Los conocimientos psiquiátricos se reducen exclusivamente a datos descriptivos y empíricos. No fué sino hasta 1911, que Karl Abraham (1867-1925) describió más completamente formulaciones psicodinámicas acerca de la depresión; cinco años más tarde, Sigmund Freud publicó su artículo titulado "Lamentaciones y Melancolía" en el que contribuía al conocimiento y comprensión de la depresión. Los dos autores continuaron sus estudios en la psicogénesis de la depresión, y Abraham publicó otros artículos adicionales en 1926 y en 1924. Siguiendo a esas contribuciones clásicas, gran número de trabajos clínicos y teóricos han ayudado a que avancen, los conocimientos teóricos, el tratamiento y los conceptos nuevos de la depresión emocional.

En 1928 Rado interpretó la autodepreciación y la acusación del paciente deprimido como parte de intentos del inconciente para controlar fuertes impulsos agresivos no aceptables. Investigaciones clínicas de los años recientes se han sumado sustancialmente a la fuente de información respecto a depresión y aunque continúa publicándose contribuciones al conocimiento de esta entidad clínica, existen ya datos sólidamente fundamentados y generalmente aceptados, respecto a la psicodinamia de la depresión.

CUADRO CLINICO

Con solo la apariencia general debería ser suficiente para reconocer una depresión sin dificultad en la mayoría de los casos, pues el paciente se le ve cansado y preocupado, es frecuente ver que tristeza es la que se refleja, tanto en su postura como en la lentitud de los movimientos y en la poca expresión facial.

Además el paciente da una historia de un cambio de actitud o de conducta, que es característica y muy de tomar en cuenta. Se ha retirado de sus actividades sociales, evita verse con sus amigos en la calle. Estando en una reunión o en compañía a él se le ve aburrido, no presta atención y le da muy poco interés a los tópicos que usualmente despiertan una respuesta activa. Su actividad y capacidad de trabajo ha disminuido, la vida la encuentra aburrida y sin sentido. Ya no cree en la religión, el estudio o la simple lectura le parece sumamente aburrida y requieren mucho esfuerzo para poder mantener la atención; su correspondencia se les atrasa aún más y hasta ni abrirá sus cartas. Las cosas que tiene que hacer le toman más tiempo que antes y le consumen más energías; la señora ama de casa, le parece que nunca termina a tiempo sus deberes de hogar, deja cosas importantes sin hacer. Es cada vez más despreocupada en su apariencia física y su arreglo personal. Una actitud de indolencia y de carencia de atención a las cosas externas de la vida o que le rodeen es lo que predominan en la vida del paciente. Conciente del cambio que se ha operado en sí mismo, tal vez trata de esconderlo de los demás, y algunas veces con éxito; aún al Médico que consulta sus dolencias físicas le niega que se siente abatido y que actúa con alguna artificialidad de estar contento y chistoso. Algún amigo muy observador o pariente puede notar el cambio, pero lo atribuye a una fatiga o a

alguna enfermedad corporal. El médico es consultado y éste a su vez responde igualmente engañado y comete el error de recomendarle que haga un viaje, que haga mayor actividad social, que viva contento, todo esto no hará más que acentuar los problemas del paciente y sus sentimientos de minusvalía e ineptitud. Algún síntoma corporal, que haya sido el centro de atención por la aumentada tendencia de auto-observación del paciente puede ser el foco de un ataque quirúrgico o médico.

El paciente puede llegar con algunas manifestaciones depresivas como haberse dado cuenta que ha perdido interés y goce en sus actividades ordinarias ó una disminución de su atención y actividades mentales o bien su incapacidad de tomar una decisión en casos triviales, o puede decir que ya no tiene poder de voluntad y que ha aumentado el consumo de cigarrillos o de tazas de café, etc. Los síntomas corporales pueden ser lo primero de que se queje, sentimiento general de fatiga, de dolores de espalda, de nuca, de pesadez en los miembros, de insomnio, de falta de apetito, de constipación y desgano y debilidad general. Aparte de esto puede desarrollar una exagerada hipocondriasis, miedos de tener cáncer u otra enfermedad maligna; es frecuente el miedo a "volverse loco."

El estado inicial de indiferencia en los estados depresivos puede durar tiempo considerable. Se asocia con disminución de la capacidad normal de la respuesta es más que parte de todo el fenómeno de insuficiencia generalizada a todas las actividades vitales. El paciente se da cuenta cada vez más de su incapacidad de apreciar normalmente experiencias que antes eran placenteras.

En cambio muestra gran sensibilidad e ingeniosidad en verle el lado malo

de las cosas; pasado, presente y futuro le parecen oscuros y velados; la vida entera en general le parece indeseable y agonizante.

La profundidad del sufrimiento afectivo no puede ser medido fácilmente por la expresión externa; fuerte necesidad de llanto puede estar reprimida y ser expresada por una facies inmóvil, unos pacientes se harán los payasos aparejando buen humor, llamándose un tonto o falso, acompañándose con una risa sarcónica, en otros actuarán o dirán que están muy contentos y pueden engañar a sus amistades, familiares y al médico, (Ver caso No. 6)

De alguna manera u otra la ansiedad forma parte del estado general y puede manifestarse en forma de ataques de ansiedad que el vulgo conoce como ataques de "histeria" que puede durar horas, durante las cuales el paciente manifiesta tremenda necesidad de apegarse a los que tiene a su alrededor en estado de pánico. Puede haber miedo de menor intensidad pero más prolongado.

Los pacientes con depresión o con estado depresivo intenso se muestran lentos en sus acciones, en su pensamiento y en el hablar hasta el punto de ser considerados estúpidos o dementes si no se les ha conocido anteriormente. En pacientes menos deprimidos que pueden todavía expresarse, manifiestan dificultad para ejercer su voluntad, decisión o tener algún propósito. El paciente siente incapacidad de iniciar o seguir la secuencia de un pensamiento completo. La imaginación, las ideas o las imágenes pierden su carácter real, la memoria no responde como quisieran, disminuye mucho la capacidad de expresarse y aún el habla es pronunciada con esfuerzo.

Se observa frecuentemente que esta lentitud de movimiento y del habla se

asocia a una situación de inquietud interna, en una incesante fluidez de pensamientos morbosos. Esta morbosidad del pensamiento puede ser expresada espontáneamente a los familiares o al médico si la depresión es relativamente fuerte. El paciente se queja de una inhabilidad de sentir; esto es lo que algunos llaman despersonalización del deprimido. En efecto el paciente se queja y parece estar muy molesto, de que no puede sentir placer ni dolor, que ha perdido la capacidad de amar a sus allegados, sus convivientes y a sus hijos, que cualquier circunstancia que antes le despertaba alguna emoción, ahora lo deja indiferente y frío. La despersonalización en casos severos puede extenderse a la voluntad y a sus acciones y aún hasta parecer en su cuerpo como si estuviera muerto o extraño.

Los sentimientos de culpa y las ideas relacionadas con culpabilidad toman un carácter muy exagerado con la depresión dependiendo de su intensidad. Estas son manifestadas por diferentes formas de reproches a sí mismo; el paciente atribuye su fracaso a insuficiente esfuerzo que él haya puesto, o que no hizo esto o lo otro para evitar cualquier cosa. A las cosas que ellos le hechan la culpa, puede ser tan sencillos como el haber jugado cartas u otras mas serios (ver casos No. 3 y 4). La enfermedad es entonces considerada como un castigo de esos pecados; todo el pasado se renueva y repasa continuamente siempre bajo ese punto de vista de haber actuado mal y justificarse así la miseria del estado actual. El paciente sentirá que ninguno lo aprecia y que no quieren estar con él, que todos hablan mal de ellos por su mala conducta, que no merecen ser curados, que no mereren vivir, etc. Todo esto induce a una desesperanza de mayor o menor grado, creyendo que la enfermedad no se curará que nadie se preocupará de ellos, e irán decayendo continuamente mas en salud, que no podrán trabajar nunca mas,

La anorexia está presente en mayor o menor grado en estos pacientes. La queja "no tengo apetito pero tengo que forzarme la comida" es típica en estos pacientes. Hay un estado hipofuncional del sistema metabólico y digestivo en general, la anorexia no es más que un efecto de esto. Es comprensible que no exista apetito cuando no existe interés por vivir ni por absolutamente nada de a su alrededor, Hay desgano para todo y esto incluye a la comida. Algunos pacientes se quejarán de sentir náuseas ante la presencia de la comida; otros se quejarán de dolor abdominal después de haber forzado a tragar la comida, otros de "indigestión"

Es casi regla general que exista constipación intestinal especialmente en estados psicóticos depresivos. En estos pacientes se presenta la llamada "dispepsia nerviosa". Es muy frecuente la pérdida de peso especialmente en los estados psicóticos, y no es proporcional a la disminución de la ingesta. Se dice que una pérdida de más de 10 libras en 2 meses debe ser considerado un estado psicótico. El aspecto general del paciente indica la disminución de todas las actividades físicas y fisiológicas, la piel se seca, la respuesta vasomotora es lenta, el paciente se ve decaído, cansado y avejentado, y así hay muchas otras quejas somáticas relacionadas con esta disminución de funciones metabólicas. La menstruación se trastorna y no es infrecuente que se ausente durante las crisis depresivas. Otras funciones metabólicas han sido estudiadas. Por ejemplo la excreción de agua se encuentra retrasada, el nivel de glucosa postprandial permanece alto por un período de tiempo más prolongado que lo normal, cambios en el colesterol, Na y K han sido también descritos.

El problema del Diagnóstico:

El diagnóstico de depresión ofrece otros problemas. En pocas ocasiones el caso clínico es como se describe clásicamente. Pocos son los pacientes que estando conscientes de sus síntomas los manifiestan al médico y que puedan ser corroborados clínicamente por la apariencia externa de apatía, infelicidad, incluso, talvez, la lentitud de sus movimientos o su actividad vital, pero en la mayoría se presentan problemas de diagnóstico por varias razones, entre ellas:

El paciente mismo no esta consciente de la presencia de su depresión y aún cuando el paciente ya haya reconocido su estado depresivo, trata de negarlo, aparentando lo contrario y va a engañar también a los que lo rodean.

Aún más, hay casos en los que el estado depresivo se encubre con manifestaciones clínicas que incluyen, p.e. sueño excesivo, marcada anorexia, excesiva fatiga, y cuadros clínicos somáticos bien definidos. Sin embargo, si tenemos presente que su frecuencia es tan elevada en la práctica del médico clínico, con hacer algunas preguntas cuidadosas como p.e. "como esta su estado de ánimo?" que es una pregunta que generalmente dá el médico una idea de la condición emocional del paciente. Lo mismo pensar sin temor a equivocarse, que cuando hay insomnio hay depresión.

INCIDENCIA Y CASOS

La depresión es una reacción emocional ampliamente extendida dentro de la humanidad, especialmente con grupos culturales de mas alta civilización. Dentro de las reacciones neuróticas es el tipo de mayor evolución y desarrollo, también hay evidencia de que la reacción depresiva especialmente las depresiones psicóticas existe en los grupos civilizados considerados como pobres.

Se estima que alrededor del 20% de las consultas al médico práctico tienen relación íntima con depresión emocional, de manera pues que la incidencia en la práctica diaria del médico clínico es muy alta. Depresión también es la entidad más frecuente que se ve en la práctica psiquiátrica, tanto privada como hospitalaria.

Según un análisis hecho por Watts un 36% de los desordenes depresivos corresponden a las nuevas admisiones en un hospital. De estas, 24% son endógenas y 12% de tipo Reactivo. Fry (1954) encontró 31% y Leigh (1955) 34% de las consultas hechas a domicilio. La incidencia de admisiones en la Unidad Piloto de Rehabilitación Mental del Hospital Neuropsiquiátrico sobre 363 ingresos revela un 44.9% de distintos cuadros depresivos. En la práctica privada psiquiátrica es de 47% (1) La incidencia de depresión en cualquiera de sus formas es pues muy elevada.

Casos de Unidad Piloto:

1- Cuadros Depresivos:

- Reacción Psicótica Depresiva 130 casos
- Reacción neurótica depresiva 27 casos
- Reacción Maníaca -depresiva, depresiva 5 casos
- Reacción Psicótica Involutiva 1 caso

Total 163 casos= 44.9%

La reacción psicótica depresiva constituye un 79.7% de los cuadros depresivos.

- 2- Esquizofrenia.....26 casos = 7.1%
- 3- Síndrome Cerebral Crónico.....25 casos = 6.8%

- 4- Reacción de Disociación.....17 casos= 4.6%
- 5- Deficiencia Mental.....13 casos = 3.5%
- 6- Reacción Depresiva Mixta.....13 casos = 3.5%
- 7- Otro Diagnóstico..... 29.6%

TOTAL 100%

(1) Contribución personal del Dr. G. Martínez O.

CASO No.1

Mujer de 34 años de edad, que hacía 6 semanas había perdido su esposo después de 1 año de sufrir de cáncer, dejándole 3 hijos de 10 a 14 años y una situación económica holgada. Su madre vive en la misma casa y además atiende el negocio.

Sufre de decaimiento y desgano absoluto, pasa solo quejándose hora tras hora, acostada sin hacer nada. Negaba que el esposo hubiera muerto, gritando que regrese, insistiendo que sus medicinas, libros y objetos personales permanezcan en el mismo lugar "para cuando él regrese". Se pasaba en continuo lloriqueo. "la vida sin él, ya no es posible, ella le ha fallado a él como madre de sus hijos porque no los puede cuidar, no puede ver por ellos, no puede crearlos". Que vá a desesperar a su mamá y a todos con sus quejas y con no poder ser de ninguna ayuda. "Siquiera tuviera energías para matarme, mejor me muriera....Doctor Ud. sabe como hacerlo, se lo suplico, máteme, inyecteme algo...."

En la quinta visita ella dijo "yo creo que odio a todos...se que no debe blasfemar pero El tiene la culpa...para que me lo quitó...", mientras lloraba y sigue "y contra Ud. también porque no me cura...ya no quiero sufrir más; si otras mujeres que les ha pasado lo mismo se han sabido sobreponer, porque yo no...."Que ponga de mi parte, me dicen, que quieren que haga si no puede, si ni puedo..? Se calma algo y sigue "es curioso, tampoco quiero curarme, no quiero aceptar la realidad, etc. A las dos semanas ya había reasumido sus actividades, dormía bien con ayuda de ansiolíticos. Seguía quejándose que no podía hacer esto o lo otro, que no quería ir ha hacer, pero lo hacia todo. A las cuatro

semanas se fue al extranjero a insistencia de sus familiares.

CASO No. 2

Hombre de 36 años extranjero que hacía 9 años vino a radicar a esta ciudad, vino a instancias de un tío suyo que le ofreció trabajo y parte de su fortuna. El tío fue descrito como un hombre de carácter "del DIABLO", pero el paciente le quería mucho y le admiró su genio de empresario. El tío murió intestado y los herederos echaron al paciente de la familia y de las empresas que él ya sabía manejar con habilidad. Esto sucedió 1 año antes de la consulta.

El paciente llegó quejándose de insomnio, desgano a todo, aunque aun seguía trabajando (en otra empresa); muy irritable y sus hijos ya le tenían miedo. Atribuye todo esto al cariño que le tenía a su tío, le apesara tanto la muerte, que el domingo que no puede ir a verle al cementerio, no tolera la angustia e inquietud que le da, y no se siente bien hasta que no acude al cementerio. En el curso de una sesión de psicoterapia corta, se le confrontó con una pregunta acerca de sus sentimientos ambivalentes. Se le preguntó cuanto llegó a odiar al tío. Regreso a la cita siguiente diciendo que desde la cita anterior no dormía, que ha estado en gran angustia debido a la rabia que sentía contra su tío que bien sabía que moría, y que sin testamento no le amparaba nada. En la próxima cita llegó solo para informar que ya no había ido al cementerio, y que habían salido ese domingo afuera de la ciudad, cosa que no hacía desde que el tío muriera. Además siente que no hay más que hacer y se despidió.

CASO No. 3

Señora de 66 años de edad, soltera, sin hijos. Vive con una hermana y primos con familia. Las relaciones con ellos son armoniosas. Ella ha sido siempre muy activa y participante en todo.

Ingreso al hospital por nerviosismo exagerado, agitación verbal y de acción. Se violenta si se le opone a sus "necesidades". Cuando estuvo mas tranquila pudo verbalizar sus problemas, insistia que se le ayudara a morir, que el personal tenia los medios fáciles para llevarlo a cabo, que firmaría los papeles necesarios para eximir la sala de culpabilidad por su muerte. Dios la ha castigado por haber jugado las barajas y eso es prohibido; estas ideas las repetía en una forma obsesiva severa. También decía que no se curaría, que nadie podía hacer nada por ella pues no se trataba de una enfermedad, sino de un castigo de Dios. Seis meses duró la primera crisis que no pudo ser modificada por antidepresivos. Al año tuvo una segunda recaída que duró 4 meses. De esta última han pasado 2 años y se ha sabido que estaba muy bien.

CASO No. 4

Mujer de 56 años, soltera, sin familia. Ingresa por inquietud, inestabilidad, debilidad general, que no podian levantarla de la cama, y quejándose que no debía seguir viviendo, pues no valía nada; ya no podía hacer nada, que no se curaría porque un castigo de Dios, por haberla abrazado un primo suyo mientras ella estaba en la cocina, cuando tenía alrededor de 26 años; ella no le hizo caso, pero nos decía que lo peor era que le había gustado. Sufria de los demás síntomas depresivos y fueron mejorando en un término de 3 meses. No ha tenido recaídas y fue reinstituída a su trabajo.

CASO No. 5

Mujer de 32 años, soltera, sin hijos, vive con sus dos padres, quienes la tiene como hija menor; no puede salir de la casa sola. Ingresa al hospital por acusar a toda su familia de querer salir de ella, que no la quieren, que tratan de envenenar la comida; la medicina no la tomaba porque era veneno, etc. y lo traducía por violencia verbal que a veces llegaba hasta la agresión física. En su contenido de pensamiento también deseaba morir, no sentía razón para seguir viviendo, se consideraba "mala," una mujer de mala conducta (nunca ha tenido relaciones sexuales), que la gente habla en la calle y la señala por eso y por haber abortado el producto de su vientre, etc.

A los tres meses de hospitalización mejoraron sus síntomas substancialmente y llegó a curarse de su cuadro depresivo.

CASO No. 6

Señora de 19 años, quien ingresa por "psicosis post-partum" Desde que nació su primogénito, producto de su relación amorosa con él que hoy es su esposo, empezó a hablar incesantemente cosas sin lógica; acusaba a su esposo de haberla tratado mal físicamente y que se divorciaría. Llanto profuso, insomnio, agitación y actitudes como cantar, bailar en el hospital. Igualmente no deseaba vivir, y decía al mismo tiempo que no quería morir, porque quería cuidar a su hijito. La actitud en el hospital alternaron entre hipomanía y depresión abvia hasta que se mejoró en término de dos meses. Tuvo pequeñas recaídas durante 3 meses después pero no requerían más que una o dos semanas de hospitalización.

CASO No. 7

Señora de 42 años, que fue trasladada del hospital general, donde estuvo

hospitalizada por molestias abdominales, dolores generalizados, constipación, diarrea, anorexia, etc. Engresa a la sala con la aflicción de que no se llegará a curar, que para que sigue viviendo si ya no sirve para nada. Llanto, insomnio, anorexia, múltiples quejas somáticas, dolor de nuca un día, de espalda, otros días, de piernas, etc, cefaleas, mareos, que no podía ver bien, palpitaciones asfixia, sensaciones parestésicas en el brazo izquierdo que lo atribuía al corazón, etc. Al mes de hospitalizada hubo de ser llevada a la emergencia por hipotensión y abdomen agudo, fue diagnosticada de íleo parálitico, sin haberle encontrado la causa. Regresó un mes después y se instituyó medicación antidepresiva; esto no parecía mejorarla mucho. Su sintomatología fue mejorando conforme mejoraba su relación afectiva con los miembros de la sala. Fue dada de alta 10 meses después de su ingreso, bastante mejorada. Regresó a reconsulta varias veces en los siguientes 6 meses y cada vez se le veía mejor.

CLASIFICACION:

Muchas son las formas que se han clasificado los estados depresivos.

Los europeos tienden a clasificarlos de Exógenos y Endógenos dependiendo de si el cuadro tiene una causa externa o causa constitucional. Nosotros seguimos la nomenclatura de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana. Sin embargo depresión exogena es la reacción depresiva neurótica y psicótica. Depresión endógena comprenden la Reacción psicótica Involucional y la reacción Maniaco-depresiva.

Reacción Depresiva:

La ansiedad en esta reacción es mitigada y por lo tanto parcialmente aliviada por la depresión y por el menosprecio a si mismo. La reacción es precipitada por una situación del presente, con frecuencia por alguna pérdida sufrida por el paciente

y esta asociada a un sentimiento de culpabilidad por fracasos o hechos del pasado. El grado de la reacción en tales casos depende de la intensidad de los sentimientos ambivalentes del paciente hacia su pérdida (amor, posesión) así como de las circunstancias reales de la pérdida.

El término es sinónimo de "Depresión Reactiva" y debe ser distinguido de la reacción psicótica correspondiente. Los puntos a considerar al hacer esta distinción con 1) el historial del paciente, con referencia especial a cambios en el estado de ánimo (que pueden sugerir una reacción psicótica o ciclo-tímica) y a los factores ambientales precipitantes y 2) ausencia de síntomas malignos (preocupación hipocondríaca, agitación, delirios, particularmente somáticos, alucinaciones, sentimientos de culpabilidad intensos, insomnio acentuado, preocupación suicidas, retardo psicomotor, retardo profunda del pensamiento, estupor).

Reacción Psicótica Involucional:

En esta categoría pueden incluirse reacciones psicóticas caracterizadas comúnmente por depresión en el periodo involucional, sin historia previa de reacción maniaco-depresiva y casi siempre en individuos de personalidad compulsiva. Las reacciones tienden a seguir un curso prolongado y pueden manifestarse por preocupación, insomnio intratable, sentido de culpa, angustia, agitación, ideas delirantes y preocupación somáticas. Algunos casos se caracterizan por la depresión y otros por ideas paranoides. Frecuentemente se encuentran preocupaciones somáticas de un grado delirante.

La diferenciación de otras reacciones psicóticas que comienzan en el periodo evolucionario puede ser muy difícil; no se incluirán en esta categoría reac-

ciones por el mero hecho de que ocurran en estas edades.

Reacción Psicótica Depresiva

Estos pacientes están severamente deprimidos y manifiestan evidencia de crasas mal interpretaciones de la realidad, que incluyen a veces delirios y alucinaciones. Esta reacción se diferencia de la reacción manía-depresivo, tipo depresivo en 1) la ausencia de un historial de depresiones repetidas o de marcados cambios de ánimo ciclotímicos. 2) la presencia frecuente de factores precipitantes en el medio ambiente. Esta categoría de diagnóstico se emplea cuando una "depresión reactiva" es de tal calidad como para ponerla en el grupo de las psicosis.

Reacción Maníaco Depresiva, Tipo Depresivo:

Aquí se clasificaran todos los casos con depresión fuerte del ánimo y con retardo mental y motor e inhibición; en algunos casos hay inquietud y aprehensión. La perplejidad, estupor o agitación pueden ser síntomas prominentes y pueden ser añadidos al diagnóstico como manifestaciones.

DIFERENCIA ENTRE DEPRESION NEUROTICA Y PSICOTICA

A veces es muy difícil diferenciar entre una y otra porque esta entidad clínica progresa gradualmente a distintos grados de severidad. Un paciente severamente deprimido puede mantener muy buen contacto con la realidad y ser llamado neurótico. En cambio puede suceder que depresiones aparentemente ligeras tengan molestias que lo caractericen como psicótico, como veremos.

Para que un estado depresivo se le llame psicótico es necesario que tenga los síntomas "malignos: se llama así, la lentitud o retardación psicomotora, sentimientos de culpabilidad obsesivos, preocupaciones morbosas excesivas, pe-

pesimismo acerbado, obsesión suicida, desesperanza, es decir que no tengan esperanza en que se curen o que nadie puede hacer nada por ellos; por último una regresión más completa a etapas infantiles mucho más claramente definidas (ver caso No. 3 y No. 4) Además existen los síntomas fisiológicos de la depresión psicótica que son el insomnio intratable, anorexia severa, pérdida de peso de más de 10 libras en dos meses y constipación intestinal.

SUICIDIO

Por definición suicidio es una acción destructiva violenta auto infligida, que termina en la muerte. Por lo tanto el suicidio puede ser considerado el final fatal de un tipo de desorden mental.

En los últimos 50 años se ha intensificado el desarrollo de una visión más honda en los procesos puramente psicológicos de una persona normal y anormal, y uno ha aprendido a ver con respeto los manejos instintivos del hombre, como ellos se presentan a si mismo particularmente en sus constelaciones de inconciencia, que son reconocidas como potentes factores dinámicos en su vida. Mientras la etiología y naturaleza de muchas de estas reacciones inconcientes son todavía oscuras, gran número de datos empíricos han sido acumulados y nos permiten observar algunos procesos de inconciencia y a evaluar su importancia emocional respectiva y dinámica en dado caso. Puede parecer lógico por lo tanto, investigar la nueva psicopatología que es basada en el psicoanálisis y que ha contribuido y contribuirá en el problema del suicidio.

La persona que está sufriendo de una depresión tiene un conjunto de fantasías inconcientes que determinan su carácter, y una actitud emocional característica hacia el mundo que le rodea. Esa persona se identifica con otra persona a quien alguna vez haya amado y odiado; puede por lo tanto amarse u odiarse a si

mismo y ser víctima de su batalla interna. La identificación sin embargo, para poder producir depresión es de naturaleza especial, y está basada en un tipo particular de fantasía y en un mecanismo especial. Esto puede ser descrito como sigue: el sujeto está bajo una influencia dominante de fantasía de quien el quiere, o de quien odia. El proceso de ser hostil a una persona o personas es percibido internamente como depresión, autodepreciación y autoaborrecimiento, y el acto de asesinato a esa persona o personas es el acto de suicidio. Es interesante notar como ilustración que el mecanismo mencionada de depresión puede ser demostrado clínicamente; se ha encontrado que las autoacusaciones son frecuentemente reproducciones literales de acusaciones que en algún tiempo han sido dirigidas contra la persona que el paciente deprimido ha internalizado psicológicamente. Abraham cita el caso de una muchacha que se acusó a si misma de ser una ladrona en iguales términos que había usado una vez contra su padre, pues durante su juventud sospechaba que había robado.

Shilder cree que el suicidio es obviamente un síntoma y no una entidad clínica y que el suicidio puede servir como una forma de auto-agresión, o como autocastigo por un comportamiento agresivo previamente dirigido hacia otra persona amado o como una forma de castigo para una persona que anteriormente le han negado amor al sujeto, o como una forma de paz o reunión con un objeto amado, o ciertamente como un escape de dificultades que no puede manejar.

Los patrones de suicidio muestran marcada variación de cultura a cultura y de país a país, sin embargo Zilboorg reporta que el suicidio es en general mas frecuente entre razas primitivas que en la gente civilizada (contrario a la impresión comun)

Hay ciertas culturas primitivas, como ciertas culturas civilizadas en las cuales el suicidio es completamente desconocido. En el periodo de 1930 al 1935 cuando fueron evaluadas, buenas estadísticas de todos los países civilizados Irlanda tenía el promedio mínimo de suicidio de solamente 3.4 por cien mil gentes. Por otro lado Austria tenía 40 suicidios. Los países Germánicos y el Japón tenían cifras muy altas. Dinamarca, Finlandia y Francia tenían promedios altamente moderados. Los Estados Unidos estaban en el medio; los promedios fueron bajando en Inglaterra, Gales, Nueva Zelandia, Canada, Escocia, Noruega, Australia, Países Bajos y España.

En general, miembros de la clase socio económica baja tiene promedio de suicidio bajas. Mujeres en la clase socioeconómica baja tienen cifras extremadamente bajas de suicidio, sin embargo datos específicos de edad revelan que esta relación de cifras bajas de suicidio en las clases socio económicas bajas son invertidas en suicidio arriba de los 65: es decir que las cifras en hombres de la clase baja demuestra un incremento constante en cada periodo según avanza la edad, pero en la clase alta las cifras de hombres disminuyen después de los 65 y que los grupos más viejos o de edad más avanzada, las cifras de los de la clase baja fueron considerablemente mayores que aquellos de la clase alta. Estos patrones relativos al estado socio económico y suicidio fueron consistentemente y estadísticamente significativos. No hay evidencia que filiación religiosa tenga importante influencia en las estadísticas de un estudio que se hizo en New Haven.

PSICODINAMIA

Ya se ha mencionado algo de los procesos dinámicos que se suceden en

la psiquis del individuo que crea un cuadro de depresión emocional, pero en estos capítulos la describiremos con mas detalle. Se concibe que en un caso depresivo las relaciones con el exterior son esencialmente narcisisticas esto quiere decir que se siente muy importante y con la espectación de que se le de todo.

El sujeto depresivo no ama el objeto por sí mismo sino por lo que le necesita para mantener el equilibrio de sus impulsos instintivos de dependencia: con ésto él exige que el objeto sea bueno, infalible e inquebrantable. Se entiende por objeto en la terminología psicoanalitica a cualquier persona, cosa, idea o situación con la que el individuo establece una ligazón afectiva. Es inconcebible para el paciente que necesita de una participación íntima con ese objeto, que este le falle. Si le falla o desaparece, el paciente siente que el hilo vital se le ha cortado, o que se le ha cortado la comunicación con lo que él consideraba la mejor parte de sí mismo y responde con cólera y agresión. Así pues depresión es determinada en un nivel instintivo, o sea del Id, por la sensación de pérdida de unidad y la depreciación de los instintos de amor.

El paciente que se aferra de esta manera con el objeto es porque su experiencia infantil es similar a la situación actual que provoca la crisis depresiva, en esa situación infantil existía una carencia de amor o este no era consistente y permanente. El equilibrio instintivo y defensivo de este sujeto es frágil y ante la pérdida del objeto amado ya no puede mantenerlo no tanto por la activación de sus impulsos agresivos sino por la derrota e inmovilización de sus impulsos de amor. El sufrimiento de no poder amar es intolerable. El amor o lo libido no es empleado ya sea porque el objeto no exista o porque haya desaparecido o no se le considera que valga la pena.

PSICODINAMIA

Ya se ha mencionado algo de los procesos dinámicos que se suscitan en la psiquis del individuo que crea un cuadro de depresión emocional, pero en estos capítulos la describiremos con mayor detalle. Se concibe que en un caso depresivo las relaciones con el exterior son esencialmente narcisistas, esto quiere decir que se siente muy importante y con la expectación de que todo se le dé.

El sujeto depresivo no ama el objeto por sí mismo sino por lo que le necesita para mantener el equilibrio de sus impulsos instintivos de dependencia; con esto él exige que el objeto sea bueno, infalible e inquebrantable. Se entiende por "objeto" en la terminología psicoanalítica a cualquier cosa, persona o situación con la que el individuo establece una obligación afectiva. Es inconcebible para el paciente que necesita de una participación íntima con ese objeto, que éste le falle. Si le falla o desaparece, el paciente siente que el hilo vital se le ha cortado, o que se le ha cortado la comunicación con lo que él consideraba la mejor parte de sí mismo y responde con cólera y agresión. Así pues depresión es determinada en un nivel instintivo, o sea del Id, por la sensación de pérdida de unidad y depreciación de los instintos de amor.

El paciente que se aferra de esta manera con el objeto es porque su experiencia infantil es similar a la situación actual que provoca la crisis depresiva; en esa situación infantil existía una -

carencia de amor o éste no era consistente y permanente. El equilibrio instintivo y defensivo de este objeto es frágil y ante la pérdida del objeto amado ya no puede mantenerlo, no tanto por la activación de sus impulsos agresivos sino por la derrota e inmovilización de sus impulsos de amor. El sufrimiento de no poder amar es intolerable. El amor o la libido no es empleado ya sea porque el objeto no exista o porque haya desaparecido, o no se le considera que valga la pena.

Estas personas se sienten entonces temerosas, sentimiento que nace porque su corazón no guarda más que odio; como ya no siente amor ó por lo menos no tan efectivo como antes, ya no se sienten buenos; además, la falta de los impulsos libidinales o amorosos da relativa preponderancia a las capacidades agresivas que son aumentadas, generalizadas y extendidas hacia toda la humanidad, y aparece la depresión. Naturalmente que todos estos procesos y modificaciones son muy complicadas: participan impulsos, miedos, necesidades, relaciones, etc.

Un factor muy importante es el masoquismo, por el cual le permite tornar esa agresión que tiene hacia la humanidad y al mundo externo contra sí mismo. Identificación es otro mecanismo que toma importante papel en el proceso de depresión, el objeto que permitió es un objeto que suplanta la figura maternal; el tipo de relación que esta persona sostenía con el objeto es del tipo que el niño mantiene con su madre haciendo del objeto algo indispensable y tratando de identi-

ficarse con él interesa y patológicamente como esfuerzo para negar su irrealdad. Después de la pérdida del objeto, este se introyectado, con el cual el sujeto o paciente depresivo desea desprenderse de él en una forma indisoluble, es decir el objeto pasa a ser parte de sí mismo: El es casi lo que el objeto es.

La persona depresiva no puede amar o ser amada sin sentimientos agresivos, sentimientos de culpabilidad y sin sentirse en peligro. El sufrimiento moral entonces sirve para aliviar la sensación de culpa que despierta esta agresión hacia el objeto que él mismo desea proteger y que no desaparezca.

E Es fácil observar que un paciente depresivo, es siempre verdaderamente agresivo hacia los demás a través de su mismo modo de expresión; de la depresión; su sufrimiento es una acusación, su sensación de ser incurable es un reproche, sus exigencias son talvez humildes pero devastadoras; su dependencia es posesión; él se revuelca en sufrimiento mientras trata de castigar al mismo objeto sumiéndolo dentro del mismo sufrimiento. El trata de ser esclavo del objeto mientras trata de esclavizarlo; el se prende al objeto en una lucha tan fuerte que ya no puede distinguir entre amor u odio.

Se puede decir entonces que la depresión es una manifestación clínica de la agresión. La persona depresiva tiene todos objetos que no sean duplicados del mismo objeto original, la madre.

El por cierto solo tiene un objeto que es la fuente de soporte y ayuda. Intercambio para él es un término insatisfactorio, sólo recibe o trata de recibir. La palabra dependencia ha sido tan usada que ha perdido la profundidad de su significado, sin embargo esto es lo que le sucede a ese sujeto, él es dependiente, se coloca y se siente a merced de su objeto. Sus deseos tienen la propiedad de ser insatiabiles excepto talvez por períodos cortos; el paciente deprimido es el que espera doble de los demás por lo que él dá. El experimenta un triunfo amargo al observar y comprobar que el objeto no le dá todo lo que él espera. Si no es todo es nada y nunca es todo. Nada parece convencerle de que es amado. Sus demandas exceden los límites de la posibilidad de ser realizables, por lo que se siente siempre y continuamente insatisfecho. De allí que se prenda muy fuertemente de su objeto depresivo y exhibe un exagerado grado de inhabilidad de estar solo. El objeto depresivo es profundamente y obstinadamente ciego a la verdadera personalidad de ese "algo": el objeto para el paciente deprimido no existe, no tiene realidad y no le ve deseos autónomos, individuales, ni su esencia original tiene importancia, esto es obliterado por la conciencia. La verdad es que el paciente deprimido está básicamente viviendo la etapa infantil cuando la presencia del objeto amado no ha sido todavía internalizado verdaderamente y entonces lo hace ilusoriamente. Al sentir que no hay objeto real se enfurece contra el mundo por sentirse abandonado. (Ver casos No.1 y No.2)

LA DEPRESION Y EL MEDICO GENERAL

Se estima que una tercera parte a dos terceras partes de las consultas al Médico general son pacientes que tienen síntomas característicos de perturbación emocional y sin evidencia de patología orgánica. No es infrecuente ver que estos pacientes han pasado por varios Médicos y que se les ha dicho que no tienen "nada". A otros les habrán dado el diagnóstico de psiconeuróticos, término que desafortunadamente algunos lo usan en tono derogativo. La mayor parte de estos pacientes presentan además de síntomas somáticos evidencia de trastornos afectivos como crisis de llanto y decaimiento. Naturalmente para poder reconocer la depresión debe haber alguna noción de su existencia. Desafortunadamente es la condición clínica que más corrientemente es pasada por alto en la práctica de la Medicina y aún en la práctica de la Psiquiatría.

La depresión es una de las manifestaciones más universales de las experiencias emocionales perturbadoras del hombre. Los sentimientos depresivos pueden ser una respuesta emocional normal a experiencias que representan una pérdida, tal como lo hemos dicho anteriormente, la pérdida de una relación interpersonal, de prestigio o de una posición, finanzas u otras posiciones similares.

Los sentimientos depresivos pueden estar asociados a varios tipos de enfermedades físicas, principalmente aquellos que poseen natu

raleza debilitante y crónica. Los estados depresivos pueden ocurrir en cualquier edad, desde la infancia, adolescencia, edad adulta y senectud; recientemente gran atención se le ha dado a la depresión en la adolescencia, en vista de la alta incidencia de suicidio durante esta época. Como hemos visto la depresión como síntoma es extremadamente común y de gran importancia dentro del campo de la medicina en general, así como también en el campo de la psiquiatría; su diagnóstico debe ser de gran importancia e instituir un alivio pronto es imperativo; el dolor y la miseria del paciente es tan intensa que no hay ninguna otra entidad en el campo de la medicina que sea tan escudriñante y tan aniquilante y además puede terminar en muerte.

A pesar de la aparición tan insidiosa y la sintomatología tan compleja de un estado depresivo, no es mucha la dificultad para diagnosticarla. Si preguntamos al paciente si su ánimo está décaido y si el Médico tiene tacto, interés y paciencia de explorar el estado afectivo de su paciente, obtendrá una respuesta muy afirmativa. La actitud del Médico debe ser lo menos ofensiva y lo menos incriminativa posible; p.e. Cómo ha estado su ánimo últimamente.; es una forma a la que casi siempre los pacientes contestan favorablemente. El segundo aspecto que se debe tomar en cuenta es que cuando hay insomnio, casi con seguridad hay depresión y más aún si el insomnio es matutino. El interrogatorio Médico orientado hacia la situación emocional tiene preguntas como: "Ha perdido usted interés en las cosas últimamente?",

"Siente usted que ha perdido el deseo de hacer las cosas que antes le atraían mucho?", "Talvez ha sentido que tiene menos energía o - menos capacidad para hacer las cosas que tiene que hacer?", "Talvez se siente más irritable que antes, que tolera menos la bulla, la música, los niños, etc.?" . Este tipo de preguntas no solamente le dan al Médico General una información sobre el estado de ánimo o sobre los síntomas depresivos sino que también tienen la característica de abrir la puerta para que el paciente se entregue a discutir y platicar de sus problemas emocionales.

Ayd nos dice que alrededor de tres cuartas partes de los pacientes que consultan al médico general se quejan originalmente de síntomas somáticos, siendo en realidad de depresión. Muchos se habrán dado cuenta de cambios de su carácter, talvez están algo decaídos ó ansiosos, pero los atribuyen como resultado de las molestias físicas y no como causa.

Ayd publica que 87% de esos pacientes fueron tratados por un diagnóstico físico y que rara vez se hizo notar el estado subjetivo de sus quejas. Solamente un 10% fueron diagnosticados como deprimidos, especialmente cuando la familia ya se había dado cuenta que no está bien emocionalmente. Se concluye que el Médico tiene dificultad de detectar la depresión si ésta es leve o si está enmascarado por síntomas somáticos. Esto es debido a la orientación orgánica de su carrera y falta de conocimiento de fenómenos de esta naturaleza. El

paciente no ayuda tampoco porque el mismo tiene la necesidad de negar su problema emocional. Su miedo principal es que se le llame "loco" ó "chiflado". Los síntomas somáticos toman gran variedad pero tienden a incluir fatiga, anorexia, y perturbación del sueño.

La fatiga es de gran interés y tiene características especiales, no se refiere como cansancio físico, no está relacionado con esfuerzo y tiende a ser matutino cuando se levanta y que ya por la tarde se le va pasando. Aquí en esta etapa el diagnóstico de depresión puede pasar por alto; aún mas, con el tratamiento que se le instituye, "reconstituyentes", "energéticos", etc. pueden curar al paciente pero no la medicina sino por la naturaleza cíclica de la depresión. Esto le da idea de éxito al Médico y tratará igual a los demás casos de depresión. Talvez el paciente intente suicidio la próxima vez para demostrar su exasperación por la atención superficial e inadecuada que le dan.

La perturbación del sueño es uno de los primeros síntomas que enmascaran la depresión. Hipersonmia puede ser lo que el paciente manifieste primero y conforme vaya progresando la depresión se convierta en insomio. Las características de los sueños también manifiestan cambios, los describen como horripilantes y que no los hacen descansar. El paciente puede quejarse de que su sueño es muy superficial y que cualquier cosa lo despierta; otros se quejarán de que no han dormido nada, no obstante los que lo observan dicen que no sem -

movieron en toda la noche de lo profundo que dormían.

Trastorno del apetito como resultado del fenómeno depresivo, es muy común y por consiguiente disminución del peso. Puede ser manifiesta únicamente al principiar a comer; en general manifiestan desgano por la comida.

Quejas gastrointestinales son frecuentes, incluyen indigestión general, malestar abdominal, dolor, náusea y aún vómitos. El diagnóstico diferencial de estos problemas se hace a veces prolongado y caro, y la depresión no es tomada en cuenta como factor etiológico. Probablemente tres cuartas partes de los pacientes deprimidos se presentan con alguna variedad de quejas gastrointestinales. Hay considerable preocupación por la defecación; el 80% de los pacientes deprimidos padecen de constipación.

La frecuencia urinaria es una queja que se presenta en muchos pacientes probablemente ayudada por la sequedad de la boca que les hace tomar más líquidos.

El 40% de las pacientes se quejan de irregularidades menstruales algunas de dismenorrea, más frecuentemente perturbaciones del ritmo. Es frecuente que el paciente llegue al Médico consultando su disminución de apetito sexual, que en realidad no es más que respuesta de la misma inapetencia general que el paciente siente, problema que complica las relaciones sexuales que ya estaban difíciles. Ya nos po-

demos imaginar la decepción que el paciente se lleva si el Médico le dice que ya está llegando a su climaterio, si este tenía 40 años.

La preocupación cardíaca asociada a palpitaciones de ve muy frecuentemente en los pacientes deprimidos; es frecuente que las palpitaciones como único síntoma sean reportadas y se hagan procedimientos externos de diagnóstico sin reconocer que están enmascarando una depresión. Así también pueden presentarse síntomas como hipertensión, perturbaciones auditivas, sequedad de boca, disnea, parestesias de la faringe o de la lengua, mareos, etc. (Ver caso No.7)

Debido a la gran variedad de síntomas que enmascaran la depresión, el Médico en su primera entrevista con el paciente debe evaluar el estado mental del mismo, como elemento importante en su ficha clínica. Nunca será suficiente insistir en que se vea más allá del contenido de las quejas somáticas en la evolución inicial del paciente y esto se lleva a cabo mediante una evaluación de la orientación al tiempo y al espacio, memoria, función intelectual, como cálculo matemático, habilidad de enfrentar la realidad, la manera de como habla, su afecto, la apariencia general, el contenido de su pensamiento, etc.

Debe ser importante tanto en la depresión obvia como en la enmascarada que el Médico esté alerta al potencial de suicidio que el paciente tenga. No todos los pacientes suicidas presentan una obvia ó un estado depresivo obvio y al revés es lo mismo, no todos los pacientes deprimidos son suicidas.

Uno de los síntomas que hemos insistido como fuertemente indicativo de una reacción depresiva es el insomnio, especialmente cuando el paciente reporta que su sueño no es reparador, que despierta cansado, como que si no hubiera dormido en la noche, quejándose de la pesadez de empezar otro día. Algunos dirán que conforme va pasando el día van recuperando la energía y la capacidad de trabajar, especialmente en los casos de depresiones neuróticas; otros se quejarán que al terminar el día es cuando su sensación depresiva es muy intensa, especialmente en algunos casos de depresión psicótica de tipo endógeno. Retardación psicomotora o lentitud de movimiento, del habla o de pensamiento, etc., es causa de consulta al Médico General, pero llegan quejándose de cansancio y debilidad general; pueden llegar a decir que se sienten como si tuvieran anemia y piden un examen general porque se sienten débiles.

No es necesario encontrar la causa o la razón de la depresión para instituir el diagnóstico y ofrecerle la ayuda que pueda dársele. En las historias de estos pacientes ~~generalmente se~~ encuentra que por lo menos la mitad de ellos han tenido ataques depresivos de ligera cuantía en su vida pasada y que no requirieron atención médica o psiquiátrica.

Es muy frecuente que el Cirujano sea presentado ante un caso de depresión cuando es llamado para atender el intento de suicidio fallido. Estas son unas de las grandes oportunidades que el Cirujano

tiene para investigar el estado depresivo del paciente, preguntándole en la forma sutil como lo hemos sugerido. Hay que recordar que en más del 80% de los casos, quien tiene éxito en su intento de suicidio, ya han tenido un intento fallido anterior.

El Médico General y el Cirujano podrán explorar las capacidades del paciente y la severidad de sus síntomas para decidir si él mismo le ayuda a su depresión o si lo refiere al Psiquiatra.

El Médico práctico como veremos más adelante, con alguna orientación, interés y cariño para su paciente puede ofrecerle la ayuda necesaria sin necesidad de Psiquiatra; puede utilizar dentro de su armamentaria: Psicoterapia leve o psicofármacos antidepresivos, o bien la alternativa de ser enviado a un especialista en enfermedades emocionales.

Es muy frecuente que el Médico práctico se encuentre en dificultades cuando necesita referir un paciente al Psiquiatra, porque él mismo no está del todo convencido del beneficio que un Psiquiatra y además en su formación médica los aspectos psiquiátricos fueron muy poco estudiados. Las indicaciones que hay para mandar a un paciente al Psiquiatra no dependen de la condición emocional del paciente y de la severidad de sus síntomas sino de la incapacidad que el Médico tenga para tratarlo. Todo Médico hace psicoterapia instintivamente y el que más habilidad tenga, menos casos referirá. Además también puede

hacer uso de otras medidas como veremos en el capítulo siguiente. La mayoría de las veces el paciente prefiere que sea el Médico de su confianza el que le ayude antes de ir a un Psiquiatra, quien es visto con algún terror y desconfianza; si el paciente elige ir al Psiquiatra, solo le restará al Médico darle la información pertinente del Médico Psiquiatra que él recomiende.

Cuando tenga que referirse un paciente, se explorará primero lo que el paciente ha oído o leído de lo que es la psiquiatría. Al paciente de hoy le gusta que se le diga que la psiquiatría no es para locos sino que está para ayudar en los conflictos emocionales corrientes de todos los días. Seguidamente se le dará una ligera explicación de lo que es la psicoterapia. Le dirá que es un procedimiento de relación humana que permite ayudar a una persona a hacer conscientes sus conflictos emocionales que están perturbando su tranquilidad. Hacer notar que no es un proceso de convencimiento o de consejos como es el concepto general. Por último se le informará de las calificaciones del Psiquiatra o los Psiquiatras que recomiende, le dará el número de teléfono de su oficina para que haga su cita, esto es preferible a que el Médico se la haga, pues es el primer paso hacia la independencia.

LO QUE NUNCA DEBE HACER EL MEDICO es decirle a su paciente "que no tiene nada", si después del examen físico exhaustivo y largos, molestos

y caros procedimientos de laboratorio no se le encontró nada orgánico; habrá que informarle que sus exámenes fueron negativos para un proceso orgánico. Pero si se le dice "no tiene nada", que desafortunadamente se oye con frecuencia, el paciente se siente totalmente desmoralizado; si consultó al Médico es porque tiene "algo", una queja por la que necesita alivio. Le dirá que no encuentra causa orgánica para explicar sus quejas, pero que han de tener un origen emocional que puede ser explorado y ayudado.

Tampoco debe decirle "no se preocupe", "que se sobreponga", "que se distraiga", "que pasee", que son "mañas", "que es su imaginación", etc., son errores que la gente y sus propios familiares cometen y que le harán sentir aún peor si los oye de quien tiene alguna última esperanza de ayuda.

TRATAMIENTO

El tratamiento de un estado depresivo depende si éste es reactivo ó si es endógeno. Una depresión reactiva, o sea exógena es precipitada por un elemento conflictivo externo y que puede ser ayudado por reducción ó desaparición o con psicoterapia. Este tratamiento debe ser dirigido a los síntomas de la neurosis. En depresiones endógenas que son condiciones clínicas en las que elementos constitucionales fisiológicos son considerados como factores etiológicos, por lo menos en parte, el tratamiento es básicamente terapia orgánica,

es decir principalmente farmacoterapia y en algunos casos terapia convulsivante.

Hace tan solo 25 ó 30 años los pacientes deprimidos morían por inanición o exhaustos de agitación después de meses o años en hospitales mentales, a pesar de todas las medidas utilizadas entonces; - los suicidios eran muy frecuentes y unos pocos salían por curación espontánea después de largos meses o años de enfermedad.

El primer gran paso en el tratamiento de las depresiones fué a finales del decenio de los 30 en Italia; Cerletti y Bini probaron e iniciaron tratamiento electroconvulsivante. El segundo gran paso - vino con el advenimiento de la llamada era psicofarmacológica, primero con la introducción de tranquilizantes y luego los compuestos con propiedades antidepresivas. Con la aparición de estos medicamentos la mortalidad de la depresión ya sea debido a suicidio ó a las consecuencias biológicas de una conducta psicótica severa han bajado considerablemente. Aún después de 10 años de uso de estos psicofármacos, aún hay controversia sobre la superioridad de éstos sobre el electroshock. Hay quienes insisten en que los antidepresivos han suplantado completamente el uso del electroshock en la depresión; otros que creen que el electroshock es el tratamiento de elección. Pero si es generalmente admitido que el uso combinado de antidepresivos y electroshock disminuyen considerablemente el número de aplicaciones electroconvulsivantes para lograr su efecto terapéutico.

Parece prevalecer el criterio hoy día que el electroshock ya no es tan necesario, pero se debe no sólo por el apareamiento de las drogas antidepresivas sino por la combinación de nuevas técnicas psicoterapéuticas sobre todo de grupo, las de Milieu, de terapia de actividad, etc.

PSICOTERAPIA

Como hemos mencionado psicoterapia se usa en pacientes cuya depresión sea reactiva, es decir que causas externas precipitan la crisis; psicoterapia es la utilización de nuestra personalidad en una forma organizada para modificar las defensas psicológicas del paciente hacia un mejor equilibrio y una resolución más satisfactoria a sus conflictos. El Médico Práctico puede hacer psicoterapia si tiene interés en el aspecto mental y cariño a sus pacientes. Poca es la orientación que necesita para poder ayudar a la gran mayoría de los pacientes deprimidos que llama a su oficina. El conocimiento de los factores dinámicos de la reacción depresiva y la habilidad que el médico - tenga para ganarse la confianza de su paciente, ya le da bastante base para proceder con éxito. En general se puede decir que todo procedimiento psicoterapéutico para la reacción depresiva, tiende a "concienciar" su cólera generalizada. Otro factor de tomar en cuenta en psicoterapia en estos pacientes es la constante añoranza de recobrar el objeto perdido que es más o menos inconsciente. El proceso

de concientialización de estos u otros factores principales se lleva a cabo a través de interpretaciones oportunas de distintas actitudes del paciente, de confrontarlo con sus actitudes y pensamientos que haya expresado, o que el paciente acepte o se explique de algunas de sus reacciones a través de su relación con el Médico. La actitud - que el paciente toma hacia el Médico mantiene en general alguna semejanza con la actitud que asume hacia las personas que le rodean. El Médico General habrá notado que estos pacientes tienden a ser obstruccionistas, necios y tienden a desesperar al Médico, al mismo tiempo insisten en no creer que se lleguen a curar, que no tiene objeto seguir viviendo, pensamientos que no son más que el producto de su desesperanza, síntomas que hemos ya definido. Por la cólera interna que siente por los demás es que procuran desesperarlos y así hará con el Médico, y éstos se aprovecha para confrontarlo dentro del proceso psicoterapéutico. Todas estas intervenciones pueden ser llevadas a cabo después de dos, tres o cinco reuniones. Si no se consigue ayudar ó que tenga alguna concientialización de su conflicto, deben considerarse la referencia al psiquiatra.

Además de lo anteriormente expuesto hay otras medidas que son aconsejables tomar en cuenta en el tratamiento de un deprimido. Ante todo procurar la protección del paciente contra impulsos autodestructivos, disminuir la agitación y la ansiedad por medio de una actitud no prejuiciosa y no crítica; atraer la comprensión de los familiares del paciente y de los allegados para que puedan proveer soporte y reaseguración de su curación; utilización efectiva de medicamentos dis-

ponibles para liviar la ansiedad y aún antidepresivos; por último que no le digan que sus síntomas son mañas, que se distraiga, que haga esto y lo otro como si estuviera sano; que se sobreponga; que ponga de su parte, etc.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE LA DEPRESION

En los últimos diez años mucho interés ha despertado el tratamiento farmacológico de la depresión y se debe no solamente por la aparición de los agentes antidepresivos, sino también por el reconocimiento de la enfermedad depresiva que se manifiesta por síntomas somáticos y un más amplio conocimiento de ella.

Si bien los medicamentos antidepresivos se usan en la mayoría de depresiones que se presentan, su efectividad es más notoria en las depresiones endógenas como la psicosis maniaco depresiva y en la depresión psicótica involutiva, el porcentaje de eficacia que la mayoría de trabajos dan es cerca del 80%; en cambio en los casos de las depresiones reactivas tienen una eficacia del 40%.

Los antidepresivos se dividen en tres grupos generales:

1. Estimulantes directos del S.N.C.
2. Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa y
3. Los compuestos triciclicos.

Los estimulantes del S.N.C. son derivados de la anfetamina y sólo ejercen un pequeño efecto sobre las depresiones ligeras. Tienen el

inconveniente que producen efectos secundarios que molestan al paciente deprimido con reacciones que ya por la depresión misma tienen y que se exacerban, tales como temblor, palpitaciones, sudoración, inquietud, etc., además tienen la tendencia a formar hábito. Los agentes antidepresivos que más ampliamente se usan son los derivados de las I de la MAO y los triciclicos; mencionaremos los que especialmente son corrientes en nuestro mercado. Todos estos antidepresivos disponibles en el mercado actúan dentro de un período de una a tres semanas de estar siendo administrados; el clínico debe reconocer las dosis individuales respecto a las respuestas de la droga, y así también no hay un medio reconocido para determinar que medicamento va estar más indicado para un síntoma o tipo de depresión. Estos medicamentos afectan el nivel de serotonina libre y de norepinefrina en el líquido intercelular del S.N.C.; los inhibidores de la MAO por inhibición de estas dos aminas y las drogas triciclicas posiblemente por inhibición del almacenamiento de las aminas libres produciendo así una disminución de las neurohormonas disponibles.

Inhibidores de la MAO se subdividen en dos grupos: Los que contienen hidrazina y los que no la contienen. Los dos subgrupos producen efectos secundarios de hipotensión ostostática; los reportes de toxicidad hepática han sido más frecuentes con los inhibidores de la MAO que contienen hidrazina. Otros efectos secundarios y que han sido letal en algunos casos, son severa hipertensión súbita debido a la

ingestión de comida que contiene tiramina como algunos quesos, piloyes, arenques; la tiramina es un presor de la amina. Los efectos secundarios menores pero posibles como agitación, sueño perturbado, dificultades para orinar e inhibición de la eyaculación pueden ser resultados de los inhibidores de la MAO. Estos también potencializan las respuestas clínicas a un número de compuestos farmacológicos como agentes anestésicos, barbitúricos, esteroides, agentes bloqueadores del ganglio, atropina y aún los derivados de la 4-aminoquinoleina. Esto nos da idea pues que estos medicamentos deben ser prescritos con mucho cuidado.

Hemos mencionado que para que estos medicamentos se empiecen a notar su efecto, es preciso que pasen hasta tres semanas de estar siendo administrados. El medicamento llamado Tranilsipromina es un no-hidrazínico y ha llamado la atención porque en 4 ó 5 días hay una manifiesta mejoría de los síntomas o del estado general del paciente, y éste se debe a una estimulación del sistema nervioso central similar a la de anfetamina. Algunos intentos se han hecho para apresurar el efecto de los inhibidores de la MAO administrando 5-hidroxitriptofano (5-HTF), que es un precursor de la serotonina. Este compuesto aumenta el contenido de serotina en el líquido intercelular cerebral, actuando como un excitante central potente. Aunque ha habido mucho auge en la administración simultánea de estos dos elementos no hay una respuesta definitiva en lo que respecta a su efectividad.

Los inhibidores de la MAO fueron descubiertos de una medicación antibuculosa que tenía efectos antidepresivos; fue la Iproniazida, pero desafortunadamente resultó con alta incidencia de toxicidad hepática y fue retirada del mercado. Insocarboxacida es un análogo que se consideró tan potente como la Inproniazida en su efecto antidepresivo y se usa en el mercado con el nombre de Marplan; otros inhibidores de la MAO hidracínicos son Fenelezine y Nialamida, Nardil y Niamid respectivamente, son sus nombres comerciales.

De los inhibidores de la MAO no hidracínicos solamente Tranilsipromina es usado extensamente. Viene a Guatemala con el nombre de Stelapar que es una combinación de uno o dos miligramos de Trifluoroperacina (stelazine) y diez miligramos de Tranilsipromina.

COMPUESTOS TRICICLICOS

En este grupo también llamado dibenzoacepínicos, dan menos reacciones secundarias que los inhibidores de la MAO, aunque su efecto anticolinérgico es probablemente un poco más fuerte, pero que puede ser contrarrestado fácilmente usando Pilocarpina.

La primera droga conocida fué la Imipramina (Tofranil) que fué desarrollada directamente del nucleo de las Fenotiazinas; la literatura ha favorecido mucho a la Imipramina y se ha usado en muchos estudios clínicos utilizándose como medicamento standard para compararlo

con otras drogas. Estos medicamentos también producen hipotensión ortostática y se recomienda que en pacientes de edad se use con precaución, especialmente si hay antecedentes de enfermedad cardiovascular o hipertensión.

Se ha dicho que la forma activa de la Imipramina es Metil Imipramina, un metabolito del compuesto original al que se le ha quitado un radical metilo. Se produjo este medicamento como agente antidepresivo con la esperanza de que su acción fuera más rápida que su congenero original, lo cual aún no es plenamente comprobado y su nombre comercial es Pertrofan; aún no está disponible en el mercado de Guatemala.

Amitriptiline tiene una estructura química semejante a la Imipramina y además a su acción antidepresiva, ejerce una acción sedativa por lo que se prescribe durante la noche en lugar de ser divididas las dosis durante el día, lo que puede ser bastante favorable para el paciente. El derivado desmetilizado de este compuesto se llama Noramitriptiline y está disponible en nuestro mercado con el nombre de Avanti y tiene menos efecto sedativo.

Cuando un producto antidepresivo específico no dió resultado puede cambiarse a otro producto aún si es de su mismo grupo, pero antes de decidir que un medicamento no dió resultado debe usarse como mínimo cuatro semanas debido a lo prolongado de tiempo que necesitan para ejercer su efecto; mejor sería que se le diera seis-ocho semanas de prueba.

Han sido muy extendidas las precauciones dadas al respecto de combinar los derivados de la MAO con los derivados Triciclicos, sin embargo se ha visto que no son tan incompatibles como se creía, pero debe usarse con mucha precaución y a dosis pequeñas.

CONCLUSIONES

- 1- La reacción depresiva, en sus diferentes formas, es de los disturbios mas frecuentes en la práctica psiquiátrica diaria y en los hospitales psiquiátricos.
- 2- Los desordenes depresivos son muy frecuentes en la práctica médica general y la gran mayoría pasan desapercibidos y sin tratamiento.
- 3- Los síntomas somáticos son frecuentemente, síntomas que enmas-
caran la enfermedad depresiva, antes de que se reconozcan las alteraciones en el estado de ánimo y en la actividad y pueden interesar diferentes órganos.
- 4- El insomnio es síntoma casi invariable de la enfermedad depre-
siva y varia en su manifestación dependiendo de la edad de la depresión y de la intensidad de la misma.
- 5- El médico general debe percatarse de la obligación que tiene de tratar la depresión y que tiene instrumentos a su alcance.
- 6- La psicoterapia es el arma inicial con que cuenta todo médico y constituye una ayuda valiosa que debe utilizar.
- 7- Los fármacos con acción antidepressiva son ampliamente conocidos y deben ser usados por lo menos 4-8 semanas hasta comprobar su eficacia.
- 8- Suicidio es la fase terminal de la depresión y no tiene relación con la intensidad. Depresiones leves pueden terminar en suicidio y depresiones severas pueden curarse.

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

1. Arieti, Silvano. American Handbook of Psychiatry. N. Y. Basic Books. Inc., 1959. pp 349-380 (v.1)
2. Ayd. F. J., Jr. Recognizing the Depressed Patient. New York. Grune and Statton Inc. 1961.
3. Bodkin, N. J. The General Practitioner and the Psychiatrist. Brit. Med. J. pp 723-725. Sept. 26, 1953.
4. Campbell, John D. Mild Manic-Depressive Psychosis, Depressive Type: Psychiatric and Clinical Significance. Journal Nerv. Dis. 112: 206-236. 1950.
5. Cassidy, W. L. et al. Clinical Observations in Manic-Depressive Disease. JAMA. 164: 135-146. Aug. 3, 1957.
6. The depressive group of illnesses. 8th. annual meeting of the group without a name, Montreal P. Q. Canadá. Feb. 5-7, 1965. Canad. Pschy. Assoc. J. (Special Supplement) 11: s339p. 1966.
7. Dowling, R. H. et al. Somatic Symptoms in Depressive Illness, a Problem of Referral for General Practitioners. Brit. J. Psyc. 110: 720-2. Sept. 1964.
8. Freyham, F. A. The Modern Treatment of Depressive Disorders. Am. J. Psyc. 116: 1057-1064. 1960.
9. Hackett, E. et al. Psychopharmacologic Treatment of Depression. Curr. Psyc. Ther. 6: 222-9. 1966.
10. Havens, L. L. Losses and Depression. J. Nerv. and Ment. Dis. 125: 627-636. 1957.

BIBLIOGRAFIA

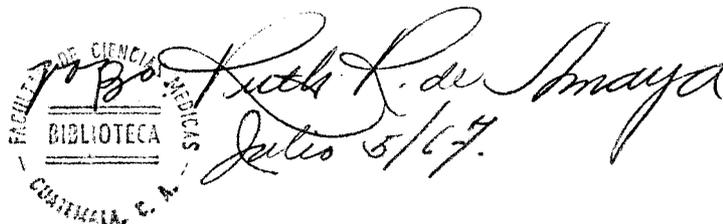
-2-

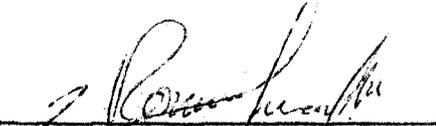
11. Hofling, Charles K. Tratado de Psiquiatría. México. Editorial Interamericana, S. A. 1965. pp 277-284.
12. Jaimeison, Gerald R. Suicide and Mental Disease. Arch. of Neur. and Psych. 361 (1): 11 July 1936.
13. Keifman, H. et al. Hipochondriasis and Depression in Outpatients at a General Hospital. Brit. J. Psych. 3: 607-615. 1965.
14. Laughlin, Henry P. The Neuroses in the Clinical Practice. Philadelphia. Pa., W. B. Saunders Company, 1956. pp 371-445.
15. Martínez Okrassa, Gustavo Adolfo. Guatemala. Hospital Neuropsiquiátrico. Casos Clínicos de Reacción Depresiva. Comunicación Personal. 1967.
16. Moll A. F. Suicide. Canad. M. A. J. 74: 104-112. Jan 15, 1956.
17. Noyes, Arthur P. and Lawrence C. Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. México. La Prensa Médica Mexicana, 1966. pp 361-383, 647-656.
18. Rennie, T. A. C. Prognosis in Manic-Depressive Psychosis. Am. J. Psych. 98: 801-814, 1942.
19. Robins, Eli. et al. Some Interrelations of Social Factors and Clinical Diagnosis in Attempted Suicide: A study of 109 patients. A. J. of Psych., 114: 221-231. 1957.
20. Ross, Mathew. Diagnosis and Treatment. The practical recognition of depressive and suicidal states. Annals of Internal Medicine, 64: 1079-1086. May, 1966.

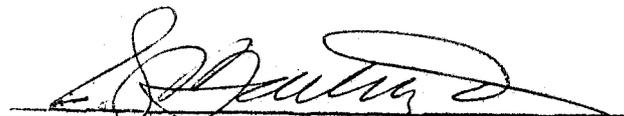
BIBLIOGRAFIA

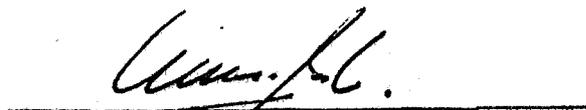
-3-

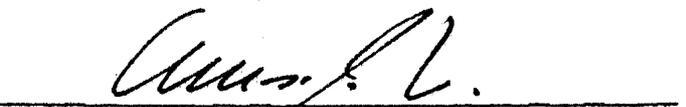
21. Rossello, Juan A. et al. Tratado General de Psiquiatría. Río Piedras, Universidad de Puerto Rico. 1962. pp 172-173.
22. Watt, C. A. H. The Incidence and Prognosis of Endogenous Depression. Brit. Med. J. 4980: 1932-1397, 1956.
23. Weis, J. Suicide and Epidemiologic Analysis. Psych. Quart. 28: 225, 1951.
24. Zilboorg, G. Differential Diagnosis Types of Suicide. Arch. Neurol. and Psych. 35: 270, 1936.

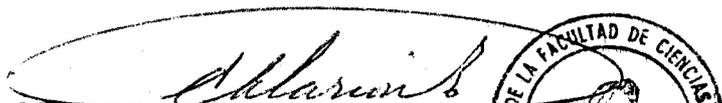



Br. Romeo Lucas Medina


Dr. Gustavo Adolfo Martínez Okrassa
ASESOR


Dr. Enrique Morales Chinchilla
REVISOR


Dr. Enrique Morales Chinchilla
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA


Dr. Ernesto Alarcón E
SECRETARIO



Vo. Bo. 
Dr. Julio de León M.
DECANO