

# SALME

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL



## **Phsicodelicias** *obra plástica* *de Scott Neri*

**Directorio  
de Servicios  
de Salud Mental**

### **Número especial sobre Depresión**

SCOTT NERI ©2003

Actividades  
del Instituto de Salud Mental

MARZO-AGOSTO 2008  
**1**



SECRETARÍA DE  
SALUD

GOBIERNO DE JALISCO



## E D I T O R I A L

# La importancia que tiene en la actualidad la salud mental

es un asunto que ya no se pone a discusión. Por fortuna, cada vez hay más evidencia de su incuestionable valor. Los reportes de los últimos años de la Organización Mundial de la Salud han arrojado datos aplastantes que colocan a los trastornos mentales como unas de las entidades de mayor impacto en los sistemas de salud de todo el mundo. La carga, medida a través de la discapacidad resultante, sitúa a los trastornos afectivos, los problemas relacionados con las sustancias de abuso, las psicosis crónicas y a las demencias como retos complejos de más que trascendente peso epidemiológico.

De ahí que nuestra primer número de la revista SALME esté dedicado a la Depresión. Un problema global que los expertos estiman que en unos cuantos años será la principal causa de discapacidad en todo el orbe. Presentamos, en un dossier especial, artículos clarificadores de los psiquiatras Gustavo Vázquez, Martha Ontiveros y Eduardo Madrigal donde se exponen los aspectos más básicos –y más importantes- sobre este impactante trastorno; así como un par de guías, especialmente dirigidas para el nivel primario de atención, para dar manejo correcto a la depresión, desde las perspectivas farmacológica y no farmacológica, estupendamente llevados por los doctores Amado Nieto y Rebeca Robles.

Informe de nuestras actividades, las realizadas y las que esperamos llevar a cabo, información de nuestros servicios, resúmenes que presenten un poco de nuestra intensa actividad en el área de la investigación, muestras del trabajo académico y literario de nuestros médicos residentes y hasta un espacio generoso para los artistas plásticos de Jalisco es lo que conforma con entusiasmo el universo de nuestra publicación. Sin embargo, antes que nada, SALME, la revista, tiene como principal objetivo ser un gran canal de comunicación entre el Instituto Jalisciense de Salud Mental y todos los niveles de atención de nuestra Secretaría de Salud, así con la sociedad a la que nos debemos. Con entusiasmo extendemos esta mano, esperamos ser correspondidos.

Dr. Daniel Ojeda Torres  
**Director SALME**



#### **DIRECTORIO SALME**

DR. DANIEL OJEDA TORRES

*Director del Instituto Jalisciense  
de Salud Mental*

DR. EDUARDO MADRIGAL DE LEÓN

*Suubdirector de Desarrollo Institucional*

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

*Director CAISAME Estancia Prolongada*

DR. EDUARDO VALLE OCHOA

*Director CAISAME Estancia Prolongada*

DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS

*Editor*

#### **COMITÉ CIENTÍFICO**

DR. EDUARDO ANGEL MADRIGAL DE LEÓN

DR. EDUARDO VALLE OCHOA

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

DR. LUIS FERNANDO CERDÁN SÁNCHEZ

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

#### **COMITÉ EDITORIAL**

DR. DANIEL OJEDA TORRES

DR. CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DR. GUILLERMO GONZÁLEZ MÉNDEZ

DR. ALEJANDRO VARGAS SOTELO



**SECRETARÍA DE  
SALUD  
JALISCO**



# contenido

---

## **1 Editorial**

### **Dossier: depresión**

3 Algunas generalidades en relación  
a los Trastornos Afectivos

9 ¿Por qué se deprimen más las mujeres?

20 La depresión y los síntomas físicos

25 Psicoterapia Cognitivo Conductual  
como tratamiento de la Depresión Mayor:  
Una guía para profesionales  
de la salud mental

31 Uso de los Inhibidores de Recaptura  
de Serotonina en el Tratamiento  
de la Depresión en el primer Nivel  
de Atención

---

## **36 Investigación Salme**

### **Informativa**

44 Actividades

46 Promoción de la Salud mental

48 Directorio

---

## **51 Arte**

Scott Neri

# Algunas generalidades en relación a los Trastornos Afectivos

GUSTAVO H. VÁZQUEZ  
Médico Psiquiatra

En los últimos treinta años los conceptos vigentes en psiquiatría sobre la depresión en general y sobre los trastornos afectivos en particular han sufrido un desarrollo particularmente notable. Mucho ha tenido que ver la aparición de nuevos fármacos para combatirlos y, como desprendimiento casi natural de este avance psicofarmacológico, el surgimiento de teorías patofisiológicas, como la del desbalance de las aminas biógenas o las hipótesis neurotróficas, que están basadas en un modelo completamente médico de la enfermedad mental. A su vez estos importantes avances han sido acompañados por la creación de modernos esquemas diagnósticos, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) que, a pesar de las críticas, se han venido sosteniendo en el tiempo a nivel mundial y representan una importante ventaja al unificar conceptos que hasta su aparición se encontraban dispersos en múltiples y oscuros sistemas diagnósticos.

3

GUSTAVO  
H. VÁZQUEZ.  
Director  
del Departamento  
de Neurociencias  
de la Universidad  
de Palermo,  
Buenos Aires,  
Argentina.  
Representante  
para Latinoamérica  
de la International  
Society for  
Affective Disorders  
(ISAD).

## Generalidades y aclaraciones terminológicas

La palabra depresión puede significar en psiquiatría, siguiendo a los clásicos, en primer lugar un síntoma consistente en un sentimiento patológico de tristeza o abatimiento, en segundo lugar un síndrome en el cual ese síntoma es generalmente un elemento esencial, y por último, cuando se une a un adjetivo que indica la eventual etiología o característica del síndrome, una enfermedad. Es importante aclarar que el término “depresión” por sí sólo carece de valor diagnóstico. Cuando decimos que alguien padece “depresión” nos estamos refiriendo a una persona que tiene ciertos síntomas y signos que conforman el síndrome depresivo. Esto equivaldría a decir, por ejemplo en medicina interna, que un paciente está sufriendo un “cuadro febril”, el conjunto de síntomas no alcanza para obtener un diagnóstico de utilidad clínica para iniciar una terapéutica específica y adecuada.

El empleo del término melancolía se presenta incluso como mucho más cuestionable. Dejando de lado aquel remoto origen de la antigua Grecia vinculado a la teoría de los humores, observamos que ingresa en la nosografía psiquiátrica a través de Emil Kraepelin, quién en sus últimos trabajos la utilizó para designar los períodos depresivos de la amplia patología manícodepresiva original. Posteriormente fue Eugen Bleuler, discípulo suizo de

Kraepelin, quién rebautizó a las llamadas psicosis manícodepresivas de su maestro y acuñó el término “trastornos afectivos” que utilizamos en la actualidad. Por eso en realidad, los dos tipos principales de depresión son los que conforman los trastornos depresivos unipolares y los bipolares. En la depresión unipolar, la eutimia (o ánimo normal) es el único estado afectivo experimentado por el paciente que es distinto a la depresión. En la depresión bipolar además, los estados de ánimo pueden fluctuar desde la eutimia hacia la euforia o exaltación (conocida como estados de hipomanía o de manía). Esta distinción terminológica entre depresiones unipolares y bipolares ingresa de manera consistente a la nosografía psiquiátrica a partir de la publicación del DSM III en 1980. Es una equivocación frecuente hablar de “depresión” y “trastorno bipolar” como si representaran dos grupos patoló-

sufren de depresión, no nos olvidaremos de evaluar la potencial existencia de sintomatología bipolar.

El proceso diagnóstico de los trastornos afectivos debería cumplir con al menos tres pasos (Esquema I). Una vez que hemos identificado el síndrome depresivo como tal, debemos descartar que sea de origen secundario (es decir, que sea producto de la presencia cierta de una enfermedad médica o del abuso de sustancias). Si no existiera una patología definitiva previa, nos encontramos frente a un cuadro depresivo primario. Recién entonces deberíamos distinguir si se trata de un cuadro unipolar o bipolar (investigando acerca de la presencia de períodos pasados de exaltación). Es importante tener presente que siguiendo este esquema diagnóstico, sólo llegamos a la confirmación del cuadro de depresión unipolar como un diagnóstico de “descarte”.

## 4

### Esquema I: Secuencia diagnóstica en la depresión

#### DEPRESIÓN:

#### 1ro: ¿es Secundaria?:

*abuso de sustancias o enfermedad médica?*

#### 2do: entonces es Primaria:

*etiología no definida*

#### 3ro: ¿es Bipolar?:

*episodios hipomaniacos o maniacos previos*

Sólo entonces es una Depresión Unipolar

gicos totalmente separados. En general la gente confunde la manía como algo opuesto a la depresión. Algunos investigadores contemporáneos, como Ghaemi, Angst o Akiskal, sostienen que es mejor pensar en los trastornos afectivos como cuadros depresivos, con variaciones unipolares y bipolares. Si adoptamos esta posición, cuando nuestros pacientes nos consultan porque

### Clasificaciones y criterios diagnósticos actuales para los episodios depresivos (DSM-IV-TR)

La herramienta diagnóstica más utilizada no sólo en nuestro medio sino también a nivel mundial es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuya última versión corresponde al texto revisado de la

edición número cuatro (DSM-IV-TR), publicado en inglés en el año 2000 y en español en el 2002. El DSM es una guía multiaxial elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con utilidad para la aplicación clínica, docente y de investigación en psiquiatría, que ha facilitado la comunicación entre los especialistas de distintas orientaciones. Es utilizado no sólo por los psiquiatras sino también por médicos de otras especialidades, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros, y otros profesionales de la salud. El DSM IV es el producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales estuvo integrado por 5 o más expertos en el área que trabajaron con entre 50 y 100 consejeros como grupos de consenso para determinar las distintas categorías diagnósticas, basados en la revisión de la literatura, reanálisis de datos y estudios de campo.

El otro gran sistema de clasificación de la enfermedades es el producto del trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), conocido como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (ICD) en su versión número 10, publicada en el año 1992. En realidad, la ICD 10 y el DSM IV comparten criterios diagnósticos muy similares y los autores de ambos sistemas han intentado aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas que existen entre los términos de ambos sistemas.

La sección de los trastornos del ánimo del DSM IV TR incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. En primer lugar se describen los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, mixto e hipomaniaco) que se utilizan para diagnosticar correctamente los trastornos del estado del ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico o trastorno bipolar). También se incluyen los criterios para las especificaciones que describen al episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

El trastorno depresivo mayor se carac-

teriza por la presencia clínica de uno o más episodios depresivos mayores sin historia previa de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos. Además se deberá descartar, como fuera mencionado más arriba, que la sintomatología no se deba a la presencia de una enfermedad médica, los efectos de una droga, medicamento o exposición a un tóxico. Por otro lado, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

### **Criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor:<sup>1</sup>**

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer
  1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ej, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ej, llanto). *Nota:* en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
  2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
  3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ej, un cambio del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. *Nota:* en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

1 (\*) tomado del DSM IV TR

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej, una droga o un medicamento) o una enfermedad médica (por ej, hipotiroidismo).
- F. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ej, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Si se cumplen los criterios establecidos

para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, éste puede ser clasificado a su vez como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos, dependiendo de la cantidad de síntomas presentes, la incapacidad funcional y malestar que producen, y de la presencia de ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo. Estas características particulares serán analizadas con más detalle en el próximo capítulo.

Los criterios diagnósticos del ICD 10, a diferencia del DSM, mencionan diez síntomas para el episodio depresivo y requiere la presencia de al menos 2 de 3 de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de energía. La definición de la ICD 10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

### **Epidemiología y prevalencia de la depresión**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha catalogado a los trastornos afectivos como epidemia en nuestro continente, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proyectado para el año 2020 que la depresión será la primera causa de discapacidad a nivel mundial, por encima de las enfermedades cardiovasculares que hoy ocupan ese puesto. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en la población general es de entre el 10 al 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor varían entre el 5 al 9% para las mujeres y el 2 y 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia en la población general no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil. El trastorno depresivo mayor es una enfermedad que se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como con una significativa alteración en la función social y ocupacional. En el Reino Unido, más del 50% de los pacientes con discapacidad mental tiene diagnóstico de trastornos afectivos

y menos del 10% de esquizofrenia.

Se ha calculado en diferentes estudios que del 20 al 30% de los pacientes que concurren para ser atendidos en los servicios de asistencia primaria padecen síntomas depresivos, y que el 15% de esos pacientes cumplen con los criterios clínicos para el diagnóstico de depresión mayor. Se ha reconocido desde hace varios años atrás que la enfermedad depresiva está subdiagnosticada. Dos tercios de los pacientes que sufren de depresión no consulta por sus síntomas a ningún profesional de la salud, solamente el 34% de los pacientes solicitan tratamiento por sus síntomas, de este porcentaje el 65% consulta a un médico generalista o de atención primaria, y sólo el 35% lo hace con un especialista en salud mental. Finalmente, sólo el 50% de los pacientes que consultan por depresión recibe tratamiento. Es decir que se calcula que de 100 pacientes depresivos solamente 17 serán tratados. Estos datos alarmantes que hacen del trastorno depresivo una verdadera epidemia oculta resaltan la urgente necesidad de alcanzar una mayor concientización del problema por parte de la población, y un adecuado entrenamiento y educación médica para detectar esta enfermedad. También es necesario contar con un continuo esfuerzo en investigación psicofarmacológica a fin de poder obtener tratamientos más efectivos y mejor tolerados, ya que mientras la tasa de respuesta promedio de los antidepresivos es del 66% y la de remisión del 33%, el abandono de los tratamientos alcanza según algunos estudios alrededor del 50%.

Uno de los principales factores que juega en contra de un rápido reconocimiento del trastorno por parte de los profesionales médicos y psicólogos es la variabilidad en la presentación sintomática de la depresión. Clásicamente se clasifican los síntomas depresivos en tres dimensiones básicas: los síntomas emocionales (tristeza, humor deprimido, anhedonia, sentimientos de culpa, ideas de suicidio, llanto), síntomas de tipo ansioso (irritabilidad, falta de concentración, fobias, rumiación obsesiva, alteraciones psicomotoras) y síntomas somáticos (falta de energía, dolores y mialgias,

molestias digestivas, alteraciones del sueño y del apetito).

### **Curso de la depresión**

El trastorno depresivo mayor puede empezar en cualquier momento, sin embargo la edad promedio de inicio es alrededor de los 30 años. En general se postula que el inicio de los primeros episodios suele estar relacionado con un estrés psicosocial grave desencadenante, mientras que la aparición de los episodios posteriores no presenta detonantes externos. En este sentido, la repetición de los episodios depresivos parece ser la regla en la mayoría de los casos. Algunos estudios sostienen que entre el 75 al 95% de todos los pacientes que padecen un episodio depresivo mayor volverá a sufrir al menos otro cuadro afectivo en el futuro, convirtiéndose por tanto esta enfermedad en una patología de elevada recurrencia. Se postula aún hoy que los períodos de remisión duran más en las fases más tempranas de la enfermedad. A su vez, el número de episodios depresivos previos es un buen predictor de las probabilidades de sufrir un nuevo episodio posterior. Se ha calculado que luego de un primer episodio depresivo mayor el riesgo de sufrir un segundo episodio es del 50 al 60%, si se han padecido dos episodios anteriores, el riesgo de sufrir un tercer episodio depresivo se eleva al 75% y aquellos que ya han tenido tres episodios anteriores, tienen una probabilidad del 90% de padecer un cuarto episodio. En una revisión sobre depresión mayor en la literatura médica publicada hasta el año 2006, la profesora Jan Scott encontró que el promedio de episodios afectivos previos en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor era de 11, mientras que la tasas de suicidio se encontraban entre el 13 y el 17%. La presencia de enfermedades médicas crónicas y el abuso de sustancias pueden contribuir a la aparición o a la exacerbación del cuadro depresivo mayor. En un estudio de relevamiento nacional a nivel de atención primaria en Australia, se detectó que el 68% de los pacientes diagnosticados como depresión mayor padecía en ese momento, o había padecido en los últimos 12 meses, una

enfermedad física comórbida.

Por otro lado, hasta el 10% de los individuos que sufren un primer episodio depresivo mayor pueden desarrollar un episodio maniaco en el futuro (trastorno bipolar I) y el riesgo es mucho mayor para el desarrollo de un cuadro hipomaniaco (trastorno bipolar II), llegando a postularse que hasta el 50% de todos los episodios depresivos mayores corresponden a la depresión bipolar.

Diversos estudios apoyan la hipótesis de que en realidad la depresión mayor es una patología de curso crónico. Esta afirmación no sólo está avalada por las altas tasas de recurrencia sino que además se ha calculado que del 14 al 30% de los pacientes que padecen un trastorno depresivo mantienen los síntomas por más de dos años a pesar del tratamiento (depresión crónica) y hasta un 30% de los pacientes que han cursado con un episodio depresivo mayor quedan padeciendo síntomas residuales (remisión parcial), teniendo en esos casos un mayor riesgo de padecer recaídas depresivas posteriores. Los estudios de seguimiento del curso natural de la depresión (es decir, sin tratamiento alguno) sugieren que después de un año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor hasta el 40% de los pacientes mantiene los criterios completos para ese diagnóstico, el 20% se encuentra en remisión parcial, y el otro 40% se encuentra recuperado.

## Bibliografía recomendada

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, D.C. (USA). Ed Masson S.A.
- Geller, B., Zimmerman, B. Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J.L. (2001). *Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder*. *AM J Psychiatry* 158: 125-27.
- Ghaemi, N. (2003). *The Diagnosis of Bipolar Disorder. Postgraduate Course on Bipolar Disorder*. Harvard University. Boston. Mass. USA.
- Ghaemi, N. (2003). *The Diagnosis of Bipolar Disorder. Postgraduate Course on Bipolar Disorder*. Harvard University. Boston. Mass. USA.
- Gunn J. (2006) *Depression as a chronic and disabling experience*. *J Affect Disord* 91: 21-23.
- Kraepelin, E. (1996). *La locura maniaco-depresiva, La catatonía, La hebefrenia*. Ed Polemos. Buenos Aires. Argentina.
- Kendler K.S., Thornton LM, Gardner CO. (2001) *Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression*. *Am J Psychiatry*. 158:582-586.
- Kessing L.V., Andersen P.K. (1999) *The effect of episodes on recurrence in affective disorder*. *J Affect Disord* 53: 225-231.
- Winokur G, Cadoret R, Baker M, Dorzab J. (1975). *Depressive spectrum disease versus pure depressive disease: some further data*. *Brit J Psychiat* 127: 75-78.

# ¿Por qué se deprimen más las mujeres?

DRA. MARTHA ONTIVEROS URIBE  
DR. ENRIQUE CHÁVEZ LEON

El interés de este texto es revisar la prevalencia, características clínicas, factores de riesgo del trastorno depresivo mayor en las mujeres.

## Depresión diferencias de género en la prevalencia.

*La depresión afecta a 51 millones de personas en el mundo.*

**D**e acuerdo con la Fundación Mexicana para la Salud en México en 1994 las enfermedades neuropsiquiátricas: trastorno depresivo mayor; fase depresiva del trastorno bipolar (TBP), esquizofrenia, epilepsia, dependencia al alcohol y demencias; ocuparon el quinto lugar en la lista de enfermedades con mayor pérdida de años de vida saludables (AVISA), estos años se pierden debido a muertes prematuras y a días vividos con discapacidad. Dichas enfermedades neuropsiquiátricas se distribuyen como se muestra en el cuadro I.

9

**Cuadro I.** Enfermedades neuropsiquiátricas con mayor pérdida de AVISA en México. Población urbana.

| TRASTORNO          | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|--------------------|---------|---------|-------|
| T. Depresivo Mayor | 0.61    | 1.79    | 2.40  |
| Fase Depresiva TBP | 0.26    | 0.28    | 0.54  |
| Esquizofrenia      | 0.52    | 0.45    | 0.97  |
| Epilepsia          | 0.94    | 0.85    | 1.79  |
| Dependencia OH     | 3.67    | 0.22    | 3.89  |
| Demencia           | 0.73    | 0.70    | 1.43  |

DRA. MARTHA  
ONTIVEROS URIBE  
Presidenta Asociación  
Psiquiátrica Mexicana  
DR. ENRIQUE  
CHÁVEZ LEON  
Secretario Actividades  
Académicas Asociación  
Psiquiátrica Mexicana.

En las mujeres en edad reproductiva la depresión es la principal causa de discapacidad. Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar un primer episodio depresivo desde la adolescencia temprana hasta la sexta década de la vida.

La depresión, entendida como estado de ánimo, como sintomatología depresiva y como trastorno clínico, ha sido reconocida en países de diversas culturas como el problema de salud mental más común y, por lo tanto, más importante en la población femenina.

Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión es de dos mujeres por un hombre.

En Estados Unidos, de acuerdo con el Escrutinio de Comorbilidad Nacional (NCS, por sus siglas en inglés) en el grupo de edad de 15 a 54 años, la prevalencia a lo largo de la vida

para depresión unipolar es de 21.3% para las mujeres y de 12.7% para los hombres. Es decir, 1.7 veces más en las mujeres que en los hombres. La prevalencia a lo largo de la vida para distimia en las mujeres es de 8% y en los hombres de 4.8%.

En 1999, Caraveo y colaboradores publicaron los resultados de un estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Utilizaron la entrevista CIDI-Fresno, basada en la décima Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10). Encontraron una tasa de prevalencia de episodios depresivos a lo largo de la vida de 7.9 por cada 100 habitantes, en la Ciudad de México. La tasa de prevalencia por 100 habitantes a lo largo de la vida para desarrollar episodios depresivos en los hombres fue de 5.2 y en las mujeres de 10. La tasa de incidencia por 100 habitantes, en los últimos 12 meses, para desarrollar episodios depresivos en la muestra total fue de 1.3; en los hombres de 0.9 y en las mujeres de 1.6. Queda muy claro el predominio de la depresión en las mujeres, la razón por género es de dos mujeres por un hombre. El rango de edad en la muestra fue de 18 a 65 años. Estos datos se muestran en el cuadro 2.

### Características específicas de la depresión en la mujer

1. Las mujeres presentan depresión de inicio más temprano, antes de los 22 años, con mayor frecuencia que los hombres, lo que correlaciona con mayor riesgo de recurrencia y cronicidad.

Precisamente es en la pubertad cuando la depresión se presenta en una relación 2:1 en mujeres/hombres. En la mujer, la edad de inicio de la depresión coincide con los cambios en las hormonas sexuales femeninas.

2. Las mujeres con depresión tienen mayor probabilidad de tener antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos que los hombres, en particular de trastornos afectivos. En el cuadro 4 se señala el riesgo de desarrollar trastornos afectivos en familiares de primer grado de pacientes con estos trastornos.

3. Las mujeres tienden a tener mayor número de síntomas vegetativos inversos o reversos de depresión: hipersomnia es decir un total de 10 horas de sueño por día o dos horas más de lo habitual cuando no

**Cuadro 2.** Tasa de depresión por 100 habitantes en la Ciudad de México

|                                   | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|-----------------------------------|---------|---------|-------|
| Prevalencia a lo largo de la vida | 5.2     | 10      | 7.9   |
| Incidencia en el último año       | 0.9     | 1.6     | 1.3   |

En agosto de 2003, la doctora Medina-Mora publicó los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, con datos correspondientes a una muestra total de 2,432 individuos: 1,126 (46.3%) hombres y 1,306 (53.7%) mujeres.

Encontró que los trastornos afectivos se presentan con una prevalencia a lo largo de la vida de 9.1% y se distribuyen como se puede ver en el cuadro 3.

se está deprimida, aumento del apetito o hiperfagia, con mayor apetencia por carbohidratos, y aumento de peso.

En 2000, Carter publicó un estudio con 170 pacientes con diagnóstico de depresión mayor tratados en forma ambulatoria. Encontró que las mujeres deprimidas informaron más apetencia por carbohidratos, más aumento de apetito y más aumento de peso que los hombres.

**Cuadro 3.** Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.

|                 | Depresión |         |       | Distimia |         |       |
|-----------------|-----------|---------|-------|----------|---------|-------|
|                 | Hombres   | Mujeres | Total | Hombres  | Mujeres | Total |
| A lo largo vida | 2.0       | 4.5     | 3.3   | 0.5      | 1.1     | 0.9   |
| Último año      | 0.9       | 2.1     | 1.5   | 0.4      | 0.5     | 0.4   |
| Último mes      | 0.3       | 0.8     | 0.6   | 0.2      | 0.2     | 0.2   |

4. Las mujeres presentan dos a tres veces más depresión atípica que los hombres. La depresión atípica se caracteriza por: síntomas vegetativos inversos, reactividad emocional teniendo la capacidad de presentar mejoría del ánimo en respuesta a eventos positivos a diferencia de lo que sucede en la depresión con melancolía, hipersensibilidad al rechazo interpersonal que altera el funcionamiento social y ocupacional y la sensación de una “pesadez de plomo” en las extremidades.

La comorbilidad de depresión con trastornos de la personalidad es de 50 a 70%, con abuso de sustancias 50%, con trastornos de ansiedad como fobias 32%, crisis de angustia 31% y trastorno obsesivo-compulsivo 11%. También existe esta relación con los trastornos de la alimentación, los cuales son más prevalentes en mujeres. De las personas que presentan anorexia o bulimia nervosa, 90% son mujeres.

Las mujeres con depresión crónica tienen mayor comorbilidad a lo largo de

**Cuadro 4.** Riesgo en familiares de primer grado de pacientes con trastornos afectivos comparados con población general

| PROBANDOS              | TRASTORNO BIPOLAR   | T. DEPRESIVO MAYOR |
|------------------------|---------------------|--------------------|
|                        | PREVALENCIA 1%      | PREVALENCIA 15-25% |
| Con Trastorno Bipolar  | 8 a 18 veces más    | 2 a 20 veces más   |
| Con T. Depresivo mayor | 1.5 a 2.5 veces más | 2 a 3 veces más    |
| Concordancia Gemelos   |                     |                    |
| Monocigotos            | 33-90%              | 50%                |
| Dicigotos              | 5-25%               | 0-25%              |

5. El trastorno afectivo estacional es cuatro a seis veces más prevalente en las mujeres que en los hombres. De 60 a 90% de las personas que lo presentan son mujeres. La prevalencia aumenta en las latitudes altas en el hemisferio norte y es más frecuente en personas jóvenes. Los episodios inician en otoño e invierno y remiten en la primavera. La depresión estacional se caracteriza por anergia y síntomas vegetativos inversos.

la vida con: trastornos de ansiedad, sobre todo con trastorno de pánico 11.1% en mujeres vs. 4.4% en hombres, con ansiedad generalizada 5.35% de las mujeres vs. 0.7% de los hombres, y con las fobias. Y también con trastornos de la alimentación, con bulimia 4.7% en las mujeres vs. 0.75% en los hombres. Los hombres tienen mayor comorbilidad con abuso y dependencia al alcohol y a sustancias.

6. De manera general la comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es de 60%.

En el cuadro 5 se muestra el porcentaje de comorbilidad de depresión mayor crónica y depresión doble con trastornos

**Cuadro 5.** Comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida en pacientes con depresión mayor crónica y depresión doble

| EJE I                     | HOMBRES N=235 | MUJERES N=400 |
|---------------------------|---------------|---------------|
|                           | PORCENTAJE    | PORCENTAJE    |
| Abuso/dependencia OH      | 39.1 **       | 23.3          |
| Cannabis                  | 20.0**        | 11.3          |
| Estimulantes              | 9.4*          | 5.5           |
| Alucinógenos              | 5.1*          | 1.5           |
| Cocaína                   | 6.4           | 3.5           |
| Trastorno Pánico          | 5.1           | 8.3           |
| T. Ansiedad Generalizada  | 4.3           | 5.8           |
| Fobia social              | 14.0          | 10.8          |
| Fobia específica          | 3.8           | 7.3           |
| Anorexia                  | 0.4           | 1.3           |
| Bulimia                   | 0.4           | 3.5           |
| EJE II                    |               |               |
| Obsesivo Compulsivo       | 24.3**        | 14.3          |
| Autodevaluatoria          | 11.5          | 18.5**        |
| Pasivo agresiva           | 8.9*          | 4.8           |
| Limítrofe                 | 6.4           | 10.3          |
| Cualquier T. Personalidad | 49.8          | 51.4          |
| * p < 0.05    ** p < 0.01 |               |               |

del Eje I y del Eje II, presentados por Susan Kornstein en el 149 Congreso Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana, en Nueva York en 1996. La comorbilidad de depresión con condición médica es de 80% y es más frecuente en las mujeres, con padecimientos como colon irritable, fatiga crónica, fibromialgia, migraña, enfermedades tiroideas y enfermedades autoinmunes.

La comorbilidad aumenta la gravedad, cronicidad, deterioro, resistencia al tratamiento y riesgo de suicidio en los trastornos comórbidos.

7. Las mujeres reportan un mayor número de síntomas depresivos, sobre todo: alteraciones del sueño, retardo psicomotor, sentimientos de desesperanza, de culpa, ansiedad y síntomas somáticos como alteraciones del apetito, del sueño, fatiga y dolor. En México, en la Encuesta Nacional de Salud Mental, en 1988, se encontró que en las mujeres son más frecuentes los sentimientos de incapacidad y el pesimismo. Los síntomas que predominan en los hombres son: el insomnio, la pérdida de confianza en ellos mismos, acompañada de sentimientos de inferioridad, dificultad para concentrarse y menor entusiasmo de lo habitual.

síntomas la proporción es de 1.68 y si se requieren ocho síntomas es de 2.5

8. Las mujeres reportan una mayor gravedad de los síntomas depresivos y esto lleva a una mayor alteración funcional sobre todo en las relaciones de pareja y familiares.

Los hombres deprimidos reportan una mayor alteración en el funcionamiento laboral. En 1988 en nuestro país, en la Encuesta Nacional de Salud Mental se separaron los episodios depresivos de acuerdo con la gravedad. Se encontró que los episodios de intensidad leve (cinco síntomas en total) fueron ligeramente más frecuentes en las mujeres. La tasa de depresión leve por 100 casos fue de 21.1: para los hombres de 17.1 y para las mujeres de 22.6. Los episodios moderados fueron más frecuentes en hombres, además de constituir la mayoría del total. La tasa de depresión moderada por 100 casos fue de 48.1: para los hombres 51.8 y para las mujeres 46.6. Los episodios graves se presentaron en igual proporción en ambos sexos. La tasa de depresión grave por 100 casos fue de 30.8: para los hombres 31.1 y para las mujeres 30.8. (Cuadro 6).

**Cuadro 6.** Tasa de depresión de acuerdo con gravedad y sexo. Tasas por 100 casos

| DEPRESIÓN | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|-----------|---------|---------|-------|
| LEVE      | 17.1    | 22.6    | 21.1  |
| MODERADA  | 51.8    | 46.6    | 48.1  |
| GRAVE     | 31.1    | 30.8    | 30.8  |

Angst y Dobler Mikola, en Suiza, encontraron que los hombres se quejan de menos síntomas (tres en promedio) que las mujeres (cinco en promedio). Al considerar dentro del cuadro depresivo únicamente afecto depresivo de al menos dos semanas de duración y alteración ocupacional, sin considerar un número mínimo de síntomas, encontraron la misma proporción de depresión en ambos sexos.

Kessler en el Escrutinio Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, encontró que cuando se consideran sólo uno o dos síntomas para hacer el diagnóstico de depresión la proporción de mujeres/hombres es de 1.43; si se consideran cuatro o más

9. La depresión tiende a ser un trastorno crónico y recurrente que a menudo requiere tratamiento a largo plazo. Un tercio de los pacientes deprimidos desarrolla depresión crónica. Las formas crónicas de depresión incluyen: la depresión crónica de dos o más años de duración (con remisión incompleta, el trastorno distímico, la depresión doble (que es depresión mayor superpuesta a distimia el 75% de los pacientes con distimia desarrolla episodios depresivos), y depresión recurrente con recuperación incompleta entre los episodios.

La depresión crónica se presenta en 5% de la población general. Hay autores que reportan que no hay diferencias de género

en la cronicidad o en la recurrencia de la depresión, sin embargo hay otros estudios longitudinales que sugieren que las mujeres pueden presentar mayor depresión crónica y depresión recurrente.

La depresión crónica se asocia con una mayor alteración funcional incluso más grave que la causada por condiciones médicas crónicas como la hipertensión, la diabetes y la artritis. Un pobre nivel de funcionamiento psicosocial se asocia con pobre pronóstico para la recuperación.

La depresión crónica en Estados Unidos genera costos anuales de 44 billones de dólares por ausentismo y pérdida de la productividad. Una mujer de 21 años que tenga depresión de inicio temprano tendrá una disminución de 12 a 18% de ganancias laborales futuras comparada con una mujer de 21 años que tenga depresión de inicio tardío. La probabilidad de respuesta en la depresión crónica es sólo de 40 a 55% comparada con 70% en la depresión episódica.

Además, los pacientes con depresión crónica tardan más tiempo en responder al tratamiento, usualmente requieren de ocho a doce semanas o más.

10. El suicidio puede ser una manifestación de la depresión. De las personas que cursan con depresión, 15% se suicida. En las personas jóvenes influye el consumo creciente de drogas y la violencia. Y en los adultos las enfermedades crónicas que limitan su autonomía. En México, en 2002 la tasa de suicidio en hombres era de 6 a 7 x 100 mil habitantes y en las mujeres de 1 a 2 x 100 mil habitantes. El suicidio consumado afecta principalmente a los hombres. En México, la relación de suicidio hombre/mujer es de 4:1. Los hombres utilizan más los mecanismos violentos como el arma de fuego y el ahorcamiento, y las mujeres usan más la intoxicación con sustancia tóxicas, psicofármacos y barbitúricos. Las mujeres se suicidan generalmente por problemas familiares, económicos y afectivos, mientras que los hombres se suicidan por enfermedades mentales e incurables y por consumir alcohol. En Dinamarca, los factores de riesgo para cometer suicidio en los hombres

son: el desempleo, la jubilación y no tener pareja. En ambos sexos el antecedente de hospitalización por enfermedad mental fue el factor de riesgo más importante, y en las mujeres se encontró que un factor protector es tener hijos de menos de dos años.

En México, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los adolescentes, hay que señalar que pasó del octavo al cuarto lugar en una década. En nuestro país, en las mujeres en el grupo de edad entre 11 y 20 años la cifra de suicidio se ha triplicado con relación al año de 1990.

China es el único país en el cual las mujeres se suicidan más que los hombres, especialmente en las áreas rurales.

Las mujeres presentan con mayor frecuencia intentos suicidas. En Estados Unidos se estima que entre 1.1 y 4.3% de la población general realiza un intento de suicidio en algún momento de su vida. Se sabe que se presentan 20 intentos de suicidio por un suicidio consumado. Las mujeres intentan suicidarse tres a cuatro veces más que los hombres. De acuerdo con el NCS de Kessler, en 1999, los factores de riesgo para realizar intentos de suicidio son: ser mujer, ser previamente casada, de edad menor a 25 años y con escolaridad baja. Grunebaum, en 2004, estudió en Estados Unidos la relación del riesgo de suicidio y la prescripción de antidepresivos de 1985 a 1999. Encontró que la tasa de suicidio disminuyó 13.5%, sobre todo en mujeres, y la prescripción de antidepresivos aumentó cuatro veces, sobre todo de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina.

Las mujeres reciben la prescripción de antidepresivos dos veces más que los hombres, sobre todo por trastornos afectivos, que son la condición que más se asocia con el suicidio. La prescripción de ISRS tiene una relación inversamente proporcional con la tasa de suicidios.

No hay que olvidar que el predictor más fuerte de intentos suicidas futuros y de suicidio consumado es el antecedente de intento suicida. En los adolescentes, además de la depresión, el enojo, la inestabilidad afectiva y la automutilación seria son factores de riesgo para intento de suicidio.

Las mujeres incurren más que los hombres en autolesiones deliberadas, con el propósito de comunicar su malestar o de modificar la conducta y las reacciones de los otros.

En 1987, Saltijeral informa que en la República Mexicana a finales de los años 70 lograban suicidarse tres hombres por una mujer. En los años 80 lo lograron dos hombres por una mujer. En 1989, Gutiérrez encuentra que en San Luis Potosí en una muestra de 389 sujetos, de 1975 a 1984, de 68.1% de hombres que intenta suicidarse 47.8% lo logra y de 22.6% de mujeres que lo intenta, lo logra 9.2%

11. Se ha propuesto que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar episodios depresivos después de experimentar un evento de vida estresante, generalmente eventos que involucran a los hijos, el hogar o problemas reproductivos. Kendler encontró que el riesgo para desarrollar depresión después de vivir un evento estresante es similar entre hombres y mujeres. La diferencia es que las mujeres informan más eventos estresantes en sus relaciones interpersonales y los hombres más eventos estresantes relacionados con su trabajo o con problemas de tipo legal.

Se ha explorado el papel del matrimonio, la paridad y la escolaridad en la etiología de la depresión en la mujer. Costelo estudió la relación entre depresión y escolaridad, estado civil, crianza y empleo. Encontró que las mujeres casadas y con hijos son más sanas y felices. Pero si se trata de mujeres casadas y con mayor escolaridad (bachillerato o más) con hijos, tienen cuatro veces más riesgo de tener depresión que las de menor escolaridad. En las mujeres de mayor escolaridad que trabajan fuera del hogar disminuye el riesgo de depresión. En dos estudios independientes, Brown y Wade encontraron que las madres solteras tienen dos veces mayor riesgo de depresión que las madres casadas, lo que se relaciona con mayores presiones económicas.

Brown, además encuentra que las madres solteras tienen más riesgo de desa-

rollar depresión crónica. En otro estudio Sargeant encuentra un riesgo mayor de depresión persistente después de un año de seguimiento en mujeres comparadas con hombres, sobre todo en mujeres “solas” divorciadas, viudas, separadas o en mujeres con menor escolaridad.

12. Las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión después de vivir un evento estresante. Los eventos traumáticos, negativos o desfavorables son factores de riesgo muy poderosos para que una mujer se deprima. Eventos lejanos como la pérdida de los padres, o recientes como el divorcio, la separación, los problemas de pareja, la presencia de una “enfermedad física” grave, ser víctima de robo o asalto, la pérdida del trabajo, la muerte o la enfermedad seria de un ser querido.

13. Los cambios hormonales a los que están sometidas a lo largo del ciclo vital, desde la menarca hasta la menopausia, pueden precipitar síntomas depresivos en la fase

**Cuadro 7.**

Características de la depresión en las mujeres

|   |
|---|
| 1. Edad de inicio más temprano.   |
| 2. Más antecedentes familiares.   |
| 3. Más síntomas vegetativos inversos.                                       |
| 4. Mayor depresión atípica.   |
| 5. Mayor depresión estacional.  |
| 6. Mayor comorbilidad.  |
| 7. Mayor número de síntomas.  |
| 8. Mayor gravedad de los síntomas.  |
| 9. Mayor número de recurrencias y mayor cronicidad.                         |
| 10. Mayor número de intentos de suicidio.                                   |
| 11. Informan mayor número de eventos estresantes recientes.                 |
| 12. Desarrollan depresión después de experimentar una situación estresante. |
| 13. Los episodios depresivos se relacionan con cambios hormonales.          |

premenstrual, en el posparto y en la perimenopausia. (Cuadro 7).

**Factores que contribuyen a la mayor prevalencia de depresión en las mujeres**

Los expertos se preguntan ¿por qué a partir de la pubertad se da una mayor preva-

lencia de depresión en las mujeres? Kendler propone que el aumento del riesgo de depresión en las adolescentes se debe a una interacción compleja entre factores genéticos, antecedente de depresión mayor, temperamento (neuroticismo) y expe-

**Cuadro 8.**

Factores que contribuyen a la mayor prevalencia de depresión en la mujer.

|  |
|--|
| 1. Carga genética. Antecedentes familiares.  |
| 2. Eventos traumáticos lejanos o recientes.  |
| 3. Desarrollo, pobre apego prepuberal con los padres.  |
| 4. Temperamento ansioso o inhibido.  |
| 5. Autoimagen negativa.  |
| 6. Cambios hormonales que afectan el estado de ánimo: pubertad, fase premenstrual, embarazo, postparto, abortos, perimenopausia. |

riencias traumáticas de la vida. Cuadro 8.

1. Carga genética. Antecedente de trastornos afectivos u otros trastornos psiquiátricos en la familia. Algunas adolescentes tienen una predisposición genética para experimentar los eventos negativos de la vida como particularmente estresantes.

2. Eventos traumáticos lejanos o recientes. Las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir abuso sexual y son más sensibles al efecto de las experiencias adversas en la infancia como la separación o el divorcio de los padres. Las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de depresión en la adolescencia y en el adulto a través de diferentes vías: mecanismos biológicos como disregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenales; vulnerabilidad personal por baja autoestima, sentimientos de desamparo, locus de control externo, pobres estrategias de afrontamiento; factores sociales como falta de apoyo social, bajo nivel socioeconómico, embarazos no planeados, ser madre soltera. Los episodios depresivos en la niñez y en la adolescencia pre-

dicen más episodios depresivos y de más larga duración en la vida adulta.

3. Durante el desarrollo algunas niñas tienen el antecedente de pobre apego a los otros en la etapa prepuberal, lo cual les impide satisfacer la necesidad de “afiliación”, de cercanía con el sexo opuesto, que condicionan los cambios hormonales. La secreción de oxitocina aumenta la necesidad de comunicación emocional más cercana, de mayor intimidad y de reactividad hacia los otros en las adolescentes.

4. Las adolescentes que tienen dificultad o a las que les falta una liga emocional sana con los padres tienden a tener un temperamento ansioso o inhibido, situación que dificulta el desarrollo de habilidades de afrontamiento, y con ello aumenta el riesgo de depresión. En el momento en que los cambios hormonales condicionan una necesidad de cercanía estas chicas no la pueden satisfacer.

5. Tránsito difícil de la infancia a la adolescencia. Sobre todo en aquellas adolescentes de temperamento ansioso o inhibido que con dificultad aceptan y se adaptan a los cambios en su imagen corporal. Las niñas que se desarrollan sexualmente más temprano tienen más dificultad para adaptarse a los cambios que sus pares y esto puede contribuir al desarrollo de depresión.

6. Los cambios hormonales afectan el estado de ánimo en mujeres vulnerables durante: la pubertad, los cambios hormonales premenstruales, el embarazo, el posparto y la perimenopausia.

**¿Por qué las mujeres Se deprimen más?**

Se han propuesto diversas hipótesis para tratar de explicar porqué las mujeres se depri-

**Cuadro 9.** Hipótesis propuestas para explicar la mayor prevalencia de depresión en las mujeres

|  |
|--|
| 1. Las mujeres buscan ayuda con mayor frecuencia.  |
| 2. Las mujeres identifican más fácilmente sus síntomas depresivos.   |
| 3. Las mujeres recuerdan más sus síntomas depresivos.  |
| 4. El abuso y/o la dependencia al alcohol y la personalidad antisocial son equivalentes masculinos de depresión. |
| 5. Vulnerabilidad y estilos de afrontamiento.  |
| 6. Condición social desventajosa.  |
| 7. Factores biológicos: cambios hormonales.  |

men más que los hombres: (Cuadro 9)

1. Sólo 10 a 40% de los pacientes deprimidos recibe tratamiento adecuado. Las mujeres utilizan más los servicios de salud, incluidos los de salud mental, que los hombres. Kessler encontró que las mujeres tienden a buscar ayuda psiquiátrica más que los hombres. Por lo tanto, hay mayor proporción de mujeres que de hombres deprimidos cuando se realizan estudios en población que busca atención; sin embargo, cuando se realizan estudios en población general la proporción de depresión es mayor en mujeres.

Tanto en el caso de la depresión como del trastorno distímico, las mujeres buscan ayuda por lo menos dos veces más frecuentemente que los hombres. En el caso de la depresión 34.4% buscó ayuda, 38.5% son mujeres y 24.1% son hombres, con una razón 2:1. En el caso del trastorno distímico 26.5% busca ayuda, 33.8% son mujeres y 7.2% son hombres, con una razón 4.6. El hecho de que los hombres casi no busquen ayuda a pesar de que los síntomas les generen malestar puede deberse al temor al estigma. En el caso del trastorno distímico 88% de los hombres indicó haber perdido el interés sexual y la confianza en ellos mismos, además de experimentar sentimientos de inferioridad. Estas características representan una afrenta en términos del estereotipo predominante de los hombres. En tales circunstancias, buscar ayuda puede ser una afrenta mayor: hacer patente su incapacidad, hablar con otro acerca de ella y exponerse a su juicio.

En México, en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Medina-Mora, en 1997, encontró que de 7 a 22% de los hombres y de 3 a 26% de las mujeres con trastornos afectivos y de ansiedad utilizan servicios de salud mental. Lara y colaboradores publicaron en nuestro país un estudio de la utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina, estudiaron tres muestras de sujetos: la primera incluyó 265 hombres y 464 mujeres en población urbana, la segunda incluyó 48 mujeres en población urbana y la tercera 200 mujeres en población rural. Las

razones que dieron los hombres para no solicitar ayuda fueron: que les preocupa perder dinero por dejar de trabajar y piensan que alguna otra persona los puede ayudar (amigos, familiares); su papel principal de proveedor se ve amenazado y, por otro lado, no les resulta fácil acercarse a pedir ayuda formal. Las mujeres manifiestan que no solicitan ayuda por vergüenza, porque nadie podría ayudarlas y nadie entendería sus problemas. Cuando la depresión no es grave, las mujeres la viven como un defecto personal y temen no ser comprendidas por los demás o ser juzgadas.

Otra de las razones que dan las mujeres para no solicitar ayuda son: piensan que otra persona puede ayudarlas (amigos, familiares), no disponen de los servicios y no tienen quién les cuide a sus hijos pequeños; es decir, que las mujeres necesitan de ayuda adicional para que les cuiden a sus hijos con el fin de poder acudir a sitios de atención.

En México, Lara y colaboradores estudiaron a 30 mujeres con edad promedio de 37 años que experimentaban sintomatología depresiva. Encontraron que tenían antecedente de depresión o problemas de "nervios" en la familia (generalmente la madre), una tercera parte tenía un familiar que bebía en exceso y provocaba problemas familiares (generalmente el padre), habían sufrido abuso sexual antes de los 17 años, una cuarta parte en los últimos seis meses había vivido tres o cinco acontecimientos muy estresantes (despidos o nuevos trabajos, problema de salud de los hijos, ruptura amorosa, separación del marido, embarazo) y presentaban baja autoestima.

2. Las mujeres tienden a reconocer más fácilmente sus sentimientos, tanto positivos como negativos. Las mujeres aceptan con mayor facilidad la presencia de síntomas depresivos, porque los perciben "como femeninos".

3. Los hombres tienden a olvidar o minimizar más los episodios depresivos que han experimentado en el pasado.

4. En los hombres se presentan con mayor frecuencia abuso y/o dependencia

al alcohol y/o sustancias y personalidad antisocial, considerados como equivalentes depresivos. El concepto de “espectro depresivo” sugiere que hay una interacción específica genes/medio ambiente, que lleva a la depresión en las mujeres y al alcoholismo en los hombres.

En México, Medina-Mora y colaboradores encontraron que el índice de consumo fuerte de alcohol, es decir, de cinco o más copas por ocasión, al menos una vez al mes, llega a 3.6% en los hombres y a 1.5% en las mujeres de edades entre 12 y 17 años. En la población adulta la tasa de bebedores fuertes es de 16% en los varones y de 0.8% en las mujeres. El patrón típico de consumo entre varones es de baja frecuencia (mensual o semanal) y se asocia más bien con grandes cantidades (cinco copas o más por ocasión), característico de 65% de este grupo.

Los patrones de uso frecuente en cantidades limitadas siguen siendo poco usuales y alcanzan sólo 3.6%. Entre las mujeres, el consumo poco frecuente en bajas cantidades es más común y ha aumentado de 21% en 1988 a 35% en 1998.

En zonas urbanas de la República Mexicana, el alcoholismo afecta a 9% de los varones y a 1% de las mujeres con edades entre 18 y 65 años. A pesar de los elevados índices de consumo, son pocas las personas que buscan ayuda.

Solamente una de cada tres personas dependientes del alcohol solicita ayuda para atender el problema.

En otro trabajo, Medina-Mora concluye que en las culturas en las que se consume alcohol se espera que las mujeres se abstengan o beban menos que los hombres, y, de hecho, beben menos. Sin embargo, cuando desarrollan un problema derivado de su forma de beber son rechazadas “porque una mujer decente no debe beber”. En una muestra de Alcohólicos Anónimos (AA) 33% de las mujeres estaba separada o divorciada, en comparación con sólo 8% de los hombres. Las mujeres que beben tienen más problemas y ocultan más su adicción, lo que dificulta detectarlas y tratarlas de manera oportuna. A las mujeres que no beben alcohol el que la pareja beba les afecta

en su papel de madres o esposas de personas dependientes. Son víctimas de adicción y de la incapacidad para proveer al hogar de sus parejas.

5. La vulnerabilidad individual para deprimirse tiene que ver con las características de personalidad y con el estilo cognoscitivo de afrontamiento. Las expectativas negativas de sí mismo cuando se evalúan como incompetentes, y hacia el futuro, llevan a sentimientos de desamparo y desesperanza, lo cual puede evolucionar a depresión. Los hombres tienden a involucrarse en actividades físicas e instrumentales para desentenderse de su estado de ánimo, en cambio las mujeres tienden a ser menos activas y a rumiar sobre las posibles causas e implicaciones de su depresión, lo cual prolonga los síntomas depresivos. La rumiación verbal puede producir un aumento de la actividad del hemisferio posterior izquierdo a diferencia de la actividad física que estimula el hemisferio posterior derecho.

La activación del hemisferio izquierdo en vez del derecho se ha relacionado con una mayor vulnerabilidad para depresión. Además, las mujeres requieren de un mayor apoyo social para su bienestar psicológico, por lo tanto tienden a tener un estilo de afiliación mayor al de los hombres, lo que las hace más vulnerables a los eventos que afectan a sus seres queridos cercanos y este es otro factor de riesgo para que se depriman.

6. Condición social desventajosa. La mujer tiene que enfrentar una discriminación económica, legal y social. Wilhelm y Parker subrayan que las diferencias de género en la prevalencia de la depresión son más marcadas durante los años reproductivos, cuando los roles sociales masculino y femenino son más divergentes.

Las mujeres deprimidas informan más experiencias de devaluación, humillación y de sentirse atrapadas que los hombres. Las mujeres casadas que trabajan fuera del hogar y que tienen que cumplir una doble o triple jornada combinando el desempeño laboral con el papel de esposa, ama de casa

y madre, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión.

El matrimonio puede tener un efecto negativo en el estado de ánimo posiblemente debido a las demandas específicas y al número limitado de roles para las mujeres. Dedicarse al trabajo doméstico y al cuidado de los niños disminuye la posibilidad de las mujeres de tener un empleo remunerado o implica responsabilidades adicionales para las mujeres casadas que trabajan fuera del hogar. Las mujeres casadas que no tienen un empleo remunerado deben basar su identi-

7. En 2002, Kendler publicó el artículo “Hacia un modelo de desarrollo comprensivo para la depresión mayor en las mujeres”, con los datos de 1,942 mujeres gemelas adultas, entrevistadas cuatro veces a lo largo de un periodo de nueve años. En el último año de la muestra total, 176 (9.1%) desarrollaron un episodio depresivo mayor de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Kendler propone que la depresión es un trastorno multifactorial con muchas variables etiológicas interrelacionadas a través de diferentes vías de desarro-

**CUADRO 10.** Factores de riesgos en las etapas de desarrollo en el Ciclo Vital

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| I. INFANCIA                     | II. ADOLESCENCIA TARDÍA                            |
| 1. Riesgo genético.             | 1. Bajo nivel de escolaridad.                      |
| 2. Familia disfuncional.        | 2. Eventos traumáticos.                            |
| 3. Abuso sexual en la infancia. | 3. Pobre apoyo social.                             |
| 4. Pérdida de los padres.       | 4. Uso de sustancias.                              |
| II. ADOLESCENCIA TEMPRANA       | IV. EDAD ADULTA                                    |
| 1. Neuroticismo.                | 1. Divorcio.                                       |
| 2. Baja autoestima.             | 2. Presencia de episodio depresivo.                |
| 3. Ansiedad de inicio temprano. | V. ÚLTIMO AÑO                                      |
| 4. Trastorno de conducta.       | 1. Problemas de pareja.                            |
|                                 | 2. Dificultades en la vida.                        |
|                                 | 3. Eventos estresantes ocasionados por uno mismo   |
|                                 | 4. Eventos estresantes independientes de uno mismo |

18

dad y autoestima en el rol de ama de casa, un rol con muchos elementos frustrantes y devaluado en las sociedades modernas. Y las que sí tienen un empleo remunerado tienen que enfrentar la discriminación, la desigualdad económica, el conflicto y la sobrecarga que causa trabajar y tener responsabilidades primarias concurrentes de cuidado del hogar y los hijos. Aunque ganar un sueldo tiene efectos benéficos sobre el bienestar psicológico que puede revertir dicho conflicto y la sobrecarga.

llo. El autor identifica 18 factores de riesgo en cinco etapas del desarrollo. Cuadro 10. Kendler confirmó que la depresión es un trastorno complejo y multifactorial y su modelo predice 52% de la varianza, es decir, el modelo de Kendler explica el desarrollo de depresión en 52% a través de tres vías principales que se enlistan en el Cuadro 11.

**¿Hay diferencias de género en el tratamiento de la depresión?**

A pesar de que a lo largo de la vida 21%

**CUADRO 11.** Modelo de Kendler. Tres vías principales que influyen en el desarrollo de depresión en la mujer.

|  |
|--|
| I. SÍNTOMAS INTERNALIZADOS:  |
| a. Neuroticismo.   |
| b. Ansiedad de inicio temprano.  |
| 2. SÍNTOMAS EXTERNALIZADOS:  |
| a. Trastorno de conducta.  |
| b. Uso de sustancias.  |
| 3. ADVERSIDAD PSICOSOCIAL:   |
| a. Infancia: familia disfuncional, abuso sexual, pérdida de uno de los padres.                   |
| b. Adolescencia tardía: bajo nivel de escolaridad, eventos traumáticos, pobre apoyo psicosocial. |

de las mujeres, comparado con 13% de los hombres, sufre un episodio depresivo mayor, históricamente se había excluido a las mujeres de los ensayos clínicos controlados en las fases tempranas del desarrollo de los psicofármacos. Y además, los investigadores no analizaban en forma rutinaria los resultados de los ensayos clínicos de acuerdo con el género. Fue apenas en 1993 cuando en Estados Unidos la FDA (*Food and Drug Administration*) empezó a alentar la inclusión de mujeres en los estudios farmacocinéticas y el análisis de los resultados de acuerdo a sexo y edad, por lo tanto la información al respecto no es abundante.

Se ha propuesto que dado que en las mujeres predomina la depresión atípica con más disforia y ansiedad y que este tipo de depresión responde mejor a los inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO), se ha propuesto que las mujeres deprimidas podrían tener una mejor respuesta a estos fármacos.

Las diferencias farmacocinéticas en absorción, biodisponibilidad, distribución, metabolismo y eliminación que existen entre hombres y mujeres pudieran ocasionar mayores niveles plasmáticos de los antidepresivos en las mujeres. En general, estas diferencias parecen ser sutiles y no clínicamente relevantes. De hecho, no se requiere de un ajuste de la dosis por sexo.

Hay controversia en si existen diferencias de género en la actividad de las enzimas del citocromo P450. Algunos estudios han encontrado que la actividad de la enzima CYP3A es mayor en mujeres y la de la enzima CYP1A2 es menor en mujeres. Es posible que la actividad de las enzimas hepáticas involucradas en el metabolismo de los antidepresivos esté influenciada por el sexo y que esto lleve a diferencias en el nivel sérico del fármaco que pudieran influir en la respuesta al tratamiento y en la presencia de efectos secundarios.

Los factores biológicos-hormonales relacionados con el ciclo menstrual, el embarazo, el parto y la menopausia, influyen en la mayor prevalencia de la depresión en

las mujeres. La revisión de éstos deberá ser motivo de otra publicación.

### **Lecturas Recomendadas:**

- Altshuler L.: The use of SSRIs in depressive disorders specific to women. *J Clin Psychiatry* 63 (suppl 7): 3-8, 2002.
- Burt V.K., Stein K.: Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *J Clin Psychiatry* 63 (suppl 7): 9-15, 2002.
- Harris T.: Depression in women and its sequelae. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 103-112, 2003.
- Kessler R. C., Neale M. C.: The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry* 150: 1139-1148, 1993.
- Kornstein S. G., Schatzberg A. F., Thase M. E.: Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 60: 1-11, 2000.
- Medina Mora M. E., Borges G., Lara-Muñoz M. C.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26: 1-16, 2003.

# La depresión y los síntomas físicos

CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN  
BERTA LIDIA NUÑO-GUTIÉRREZ

Es bien conocida la asociación entre la depresión y los síntomas físicos como manifestaciones clínicas de este trastorno, sobre todo en la población añosa, así como la presencia de depresión asociada a otras enfermedades crónicas discapacitantes que pueden o no cursar con dolor.

20

CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ  
Médico Psiquiatra, con subespecialidad en Psicogeriatría e investigación y clinimetría en psiquiatría. Jefe de Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Investigador asociado "A" de la Secretaría de Salud.

EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN  
Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Profesor Investigador Titular B del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Subdirector de Desarrollo Institucional del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

BERTA LIDIA NUÑO-GUTIÉRREZ DR.  
Investigadora Titular "A" y Jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Jalisco, México. Profesora en la Preparatoria # 5 de la Universidad de Guadalajara.

Los manuales de clasificación diagnóstica incluyeron en sus criterios desde su concepción y diseño, ítems que hacen referencia a los síntomas físicos de la depresión (pérdida de peso o aumento de peso, insomnio e hipersomnia, fatiga o pérdida de energía) (1).

Los síntomas físicos que se presentan en los episodios depresivos corresponden o pueden corresponder a enfermedades muy dispares que se presentan en enfermos en los que puede ser aparente o no el trastorno del estado de ánimo (2).

Existen numerosas investigaciones que han asociado síntomas físicos como el dolor, parestesias, trastornos gastrointestinales, síntomas neurológicos, neurovegetativos, anorexia, pérdida de peso, insomnio/hipersomnia, astenia y disfunciones sexuales (3,4,5).

Hamilton en un estudio de 1989 describe la frecuencia de síntomas depresivos en una muestra de 239 hombres y 260 mujeres; describiendo la presencia de síntomas físicos, así en los hombres el 83.7% presentó insomnio inicial, 82% somatizaciones, el 80.3% trastornos gastrointestinales, 74.1% despertar precoz, 71.5% insomnio intermedio, el 69% pérdida de peso y 59.8% trastorno de la libido; en el caso de las mujeres el 94.2% presentó somatizaciones, el 83.5% trastornos gastrointestinales, 77.7% insomnio inicial, 71.9% despertar precoz, el 68.8% refirió pérdida de peso, 66.5% insomnio intermedio y 49.6% con trastorno de la libido (6).

En un estudio reciente Abdel-Khalek en el 2004 en una muestra de 215 pacientes encontró un relación muy alta entre síntomas somáticos y depresión; los síntomas que más se relacionaron con depresión fueron: tensión, debilidad general, fatigabilidad, trastornos del sueño, agotamiento, migraña, insomnio, somnolencia, dolores generalizados del cuerpo y taquicardia, así mismo encuentra que la presencia de algunos síntomas físicos tales como tensión, debilidad general, dolores de cabeza, trastornos del sueño, anorexia, ganancia de peso y migraña predicen la aparición de depresión (3).

Muchos otros autores han estudiado este fenómeno que han dado en llamar elementos somáticos en trastornos emocionales, preocupación somática, somatización, síntomas físicos sin aparentes causa física, síntomas médicos inexplicables (3), que los autores clásicos

llamaron depresiones enmascaradas o equivalentes depresivos (2), y que son síndromes físicos que llegan a representar casi la mitad de la totalidad de las depresiones y que constituyen retos diagnósticos que llegan a desorientar a los clínicos. Otra consideración importante que se tiene que hacer es la asociación entre la enfermedad física crónica discapacitante y la depresión (3).

El objetivo del presente trabajo es analizar la evidencia científica disponible sobre la asociación entre el trastorno depresivo mayor (TDM) y los síntomas físicos, haciendo hincapié en las molestias y padecimientos crónicos como el dolor, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades neurológicas.

### **Depresión y dolor**

En varios estudios han detectado dolor hasta en un 76 % de pacientes con trastorno depresivo mayor (7), los síndromes dolorosos más frecuentemente encontrados son el dolor muscular, en especial la fibromialgia (8), dolor abdominal, dolor de espalda baja, dolor precordial, la cefalea, el dolor articular, dolor pélvico (9) y el dolor cervical (7). La presencia de dolor genera dificultad para diagnosticar depresión, hasta un 50 % de pacientes con dolor padecen depresión que no es diagnosticada (7). Parece ser que el género y la duración del dolor y no la intensidad del mismo condiciona la presencia de depresión, así, es frecuente encontrar síntomas depresivos en pacientes con enfermedades que cursan con dolor crónico (10,11). Otro Aspecto importante de este fenómeno se refiere al tratamiento, la mayoría de antidepresivos, sobre todo los tricíclicos mejoran considerablemente el síntoma doloroso en patologías crónicas, es decir la coexistencia de la dimensión dolorosa y la depresión es muy alta (7).

Los síntomas dolorosos en la depresión podrían deberse a un aumento en la susceptibilidad a la disforia psíquica y física y a una tendencia a magnificar la disforia física debido al estrés psicológico. También podría ser una respuesta compartamental maladaptativa a un dolor que se sufrió al principio y que luego desapareció y, en una tercera

posibilidad es que el dolor sea uno el que desencadene o agrave la depresión (12).

Tanto los síntomas emocionales como los dolorosos que se presentan en la depresión estarían regulados por las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas en el cerebro y la medula espinal (12).

De forma muy simple, podríamos decir que el déficit serotoninérgico y noradrenérgico se acompaña tanto de la depresión como de disminución del umbral sensitivo para la nocicepción y esa es la clave de la presencia de dolor en la depresión (12).

### **Depresión y enfermedad cardiovascular**

Aproximadamente el 18 % de los sujetos diagnosticados con enfermedad coronaria sin síndrome coronario agudo, cumplen criterios para el trastorno depresivo mayor y su prevalencia es similar en el infarto agudo de miocardio y en los sujetos hospitalizados por insuficiencia cardíaca congestiva. Comparado con los sujetos no deprimidos, los pacientes con (TDM) están expuestos a un riesgo un 72% mayor de muertes por eventos cardiovasculares hasta 10 años después del diagnóstico de enfermedad coronaria (13, 14, 15).

Numerosos estudios han sugerido la relación directa del TDM con la enfermedad cardiovascular (ECV) a través de los cambios encontrados en el sistema serotoninérgico y el sistema nervioso autónomo (15).

Los datos encontrados en estudios experimentales sugieren la hipótesis de que en sujetos con TDM la reducción crónica de los niveles centrales de serotonina pueden llevar a la interrupción de sus efectos inhibitorios sobre las áreas simpáticas centrales y una disminución del tono vagal cardíaco (15).

La mayoría de los resultados obtenidos en estudios fisiológicos de evaluación de la función autonómica en sujetos con depresión mayor apoyan la hipótesis de un tono simpático incrementado y una función parasimpática disminuida (15).

Las elevadas concentraciones de catecolaminas contribuyen al aumento de riesgo car-

diovascular en sujetos con depresión mayor a través de diferentes efectos. Así la norepinefrina y la epinefrina actúan en los receptores Beta adrenérgicos cardíacos mediante el aumento de la frecuencia cardíaca y la contractilidad del músculo cardíaco en sujetos con TDM; además producen vasoconstricción, lo que aumenta el estrés de rozamiento en el endotelio vascular (15, 16).

Los niveles aumentados de catecolaminas aumentan también la agregación plaquetaria e incrementan el riesgo de trombosis coronaria e isquemia del miocardio. Además, la hiperactividad del sistema noradrenérgico ejerce un efecto inhibitorio sobre la síntesis de eicosanoides vasculares, lo que bloquea las acciones de prostaglandinas y leucotrienos sobre la inhibición de la agregación plaquetaria, la permeabilidad y la contracción vascular (15).

Otro factor presente en la depresión asociado con el riesgo cardiovascular es la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), en pacientes con enfermedad coronaria estable o infarto agudo al miocardio existe una baja VFC, lo que sugiere que las alteraciones en la regulación autonómica cardíaca pueden contribuir al incremento del riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes deprimidos después de un infarto de miocardio.

Gran cantidad de evidencia demuestra la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisis- suprarrenal (HHS) en pacientes con TDM sin tratamiento. Esta actividad se ve reflejada en: concentraciones elevadas de factor liberador de corticotrofina (CRF), respuesta disminuida de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) a la administración de CRF, no supresión de la secreción de cortisol en respuesta a dexametasona, hipercolesterolemia, crecimiento glandular hipofisiario y adrenal, y aumento del número de neuronas CRF hipotálamicas en el tejido *post mortem* de pacientes deprimidos en comparación con los controles. La hiperactividad del eje HHS puede ser uno de los factores clave en la patogénesis de la ECV en sujetos deprimidos. Las concentraciones elevadas de cortisol promueven los trastornos del metabolismo de los lípidos

como hipercolesterolemia e hipertriglicéridemia, y aceleran el daño a la íntima y a las células endoteliales vasculares, y el desarrollo de aterosclerosis e hipertensión (15,17,18).

### **Síntomas físicos inespecíficos**

La presencia de síntomas físicos inespecíficos, aislados, sin causa aparente debe hacernos pensar en la posibilidad de depresión, además del diagnóstico negativo que descarta la causalidad orgánica, el diagnóstico positivo de la depresión se establece en función de los siguientes puntos: a) comparación con los rendimientos y actividades previos; b) presencia de síntomas depresivos mitigados (astenia, anorexia, trastornos del sueño, etc.); c) pluralidad sintomática que contrasta con la parquedad y concreción de síntomas de las enfermedades somáticas; d) atipicidad y ritmicidad de la presentación y e) buena respuesta al tratamiento antidepresivo (2).

Finalmente, con relación a la asociación entre enfermedades crónicas discapacitantes o dolorosas y la depresión. Son muchos los cuadros clínicos asociados con esta patología. Entre los más frecuentes se exponen en la tabla I (19).

### **Depresión y enfermedades neurológicas**

La depresión se asocia con la enfermedad de parkinson en el 40 al 50 % de los casos. En la enfermedad de Alzheimer hay humor depresivo de breve a severa intensidad en aproximadamente el 20- 40 % de los casos. La depresión asociada a la demencia vascular aparece comúnmente. La relación entre depresión, fallos cognoscitivos y demencia esta muy confirmada. Padecer depresión aumenta 3 veces el riesgo de padecer demencia (19).

Los traumatismos craneales se acompañan de depresión en un tercio de los casos, sobre todo si se lesionan los ganglios basales y regiones dorsolaterales y frontales del hemisferio izquierdo. La epilepsia y sobre todo la del lóbulo temporal, también puede provocar depresión y riesgo suicida alto (19).

La depresión es más frecuente en los

pacientes que han sufrido un accidente vascular en el hemisferio izquierdo, sobre todo si se localiza en la región frontal. Después de un infarto cerebral aparecen depresiones en el 20-40% de los casos. Se han detectado microinfartos en la sustancia blanca periventricular u ganglios basales en depresiones de inicio tardío, confirmadas por estudios de neuroimagen en los que se han encontrado anomalías funcionales o estructurales: hiperintensidad periventricular, halos y senos adyacentes a los ventrículos, que en las formas graves rodean la sustancia blanca profunda y las estructuras grises profundas (18).

### **Cáncer y depresión**

En aproximadamente 20 % de los pacientes con cáncer, un cuadro depresivo precede al diagnóstico (12).

Los cuadros depresivos y los síndromes dolorosos son muy frecuentes en los pacientes oncológicos y pueden darse concomitantemente, pueden estar relacionados y pueden potenciarse. Hay una asociación intuitiva entre el dolor oncológico y la depresión, y ambas son entidades multidimensionales. No hace falta decir que los antidepresivos son los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión y algunos de ellos, son unos de los coadyuvantes más utilizados en el tratamiento de dolor crónico originado por el cáncer (12,20).

Los cuadros depresivos asociados a factores físicos, suelen presentarse en personas con más edad. La asociación enfermedad física con depresión mengua la respuesta terapéutica y aumenta la mortalidad y las estancias hospitalarias; en general manifiesta un pronóstico más lento y más alta mortalidad (19).

### **Conclusiones**

En resumen el trastorno depresivo mayor es pues un padecimiento que tiene múltiples manifestaciones físicas que pueden confundirse con padecimientos médicos o que puede coexistir con padecimientos médicos empeorando su evolución y pronóstico y que muchos de estos padecimientos pueden también desencadenarla.

La depresión puede ser origen, comorbilidad o consecuencia y en cualquiera de estas situaciones agrava el pronóstico de las personas que la padecen.

### **Bibliografía**

- 1.- Asociación Psiquiátrica Americana: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR). Ed. Masson, Barcelona, 2002.
- 2.- Vallejo J. Trastornos depresivos, en: Vallejo Ruiloba J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España, Ed. Masson, 2002: 501-533.
- 3.- Abdel-Khalek A.: Can somatic symptoms predict depression?. *Social Behavior and Personality*, 2004; 32 (7): 657-666.
- 4.- Barsky A J., Peekna HM., Borus JF.: Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *J Gen Intern Med*, 2001; 16:266-275.
- 5.- Haug TT., Mykletun A., Dahl AA.: The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. *Psychosomatic Medicine*, 2004; 66:845-851.
- 6.- Hamilton M.: Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br.J. Psychiatry*, 1989; 154: 201-206.
- 7.- Ruiz Flores LG., Colin Piana RF., Corlay Noriega IS., Lara Muñoz MA., Dueñas Tentori HJ.: Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 2007; 30 (2): 25-31.
- 8.- Gur A., Cevik R., Nas K., Sarac AJ., Ozen S.: Quality of life in young fibromyalgia patients an effect of depression. *APLAR Journal of Rheumatology*, 2006, 9: 70-78.
- 9.- Lorencatto C., Petta C.A., Navarro M.J., Bahamondes L., Matos A.: Depresión in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 2006, 85: 88- 92.
- 10.- Bair MJ., Robinson RL., Katon W., Kroenke K.: Depression and Pain Comorbidity. *Arch Intern Med*, 2003; 163: 2433-2445.
- 11.- Munce SEP., Stewart DE.: Gender Differences in Depression and Chronic Pain Conditions in a National Epidemiologic Survey. *Psychosomatics*, 2007; 48: 394-399.
- 12.- Gilbert J.: Antidepresivos, dolor y cáncer. *Psicooncología*, 2006; 3: 107-120.

- 13.- Wulsin L.R.: Is Depresión a Major Risk Factor for Coronary Disease? A Systematic Review of the Epidemiologic Evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 2004; 12: 79- 93.
- 14.- Wulsin L.R., Singal B.M.: Do Depressive Symptoms Increase the Risk for the Onset of Coronary Disease? A Systematic Quantitative Review. *Psychosomatic Medicine*, 2003; 65: 201-210.
- 15.- García-Gomez R.G., López Jaramillo P, Tomaz C.: Papel del sistema nervioso autónomo en la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Neurol*, 2007; 44: 255-233.
- 16.- McConnell S., Jacka F.N., Williams L.J., Dodd Seetal, Berk M.: The relationship between depression and cardiovascular disease. *Int Jour of Psychiatry in Clinical Practice*, 2005; 9: 157-167.
- 17.- Nakao M, Yano E.: Relationship between Major Depresión and High Serum Cholesterol in Japanese Men. *Tohoku J. Exp. Med*, 2004; 204: 273-287.
- 18.- Reeves R.R., Rose E.S.: Depression and Vascular Disease: Conceptual Issues, Relationships and Clinical Implications. *Vascular Disease Prevention*, 2006; 3:193-203.
- 19.- De la Serna de Pedro I.,; Trastornos afectivos, en: De la Serna de Pedro I.: Manual de psicogeriatría clínica, España, ed. Masson, 2000: pag. 99-133.
- 20.- Gagliese L., Gauthier L., Rodin G.: Cancer pain and depresión: A systematic review of age-related patterns. *Pain Res Manage*, 2007; 12(3): 205-211.

**Tabla 1. Cuadros clínicos asociados con depresión.**

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Afecciones dermatológicas</b></p> <p><i>Dermatitis.</i><br/><i>Excoriaciones.</i><br/><i>Urticaria.</i></p> <p><b>Afecciones del sistema nervioso central</b></p> <p><i>Arterioesclerosis cerebral</i><br/><i>Contusión Cerebral</i><br/><i>Demencia</i><br/><i>Enfermedad de Huntington</i><br/><i>Enfermedad de Parkinson</i><br/><i>Esclerosis múltiple</i><br/><i>Hematoma Subdural</i><br/><i>Hemorragia Subaragnoidea</i><br/><i>Hidrocefalia Normotensa</i><br/><i>Infarto cerebral</i><br/><i>Lesiones focales del Hemisferio Dominante</i><br/><i>Meningoencefalitis</i></p> <p><b>Artritis Reumatoide y Lupus</b></p> <p><b>Carcinoma</b></p> <p><i>Cáncer de cabeza de páncreas</i><br/><i>Cáncer Gástrico o pulmonar</i><br/><i>Tumor Cerebral</i></p> <p><b>Cuadros Carenciales y Hemáticos</b></p> <p><i>Anemia</i><br/><i>Déficit de Folatos</i><br/><i>Déficits de Vitamina B(B12, B6, B1)</i><br/><i>Hemodialisis</i><br/><i>Pelagra</i></p> <p><b>Endocrinopatías y trastornos metabólicos</b></p> <p><i>Diabetes</i><br/><i>Enfermedad de Adisson</i><br/><i>Enfermedad de Cushing</i></p> | <p><i>Hipertparatiroidismo</i><br/><i>Hipertiroidismo</i><br/><i>Hipoglucemia</i><br/><i>Hipotiroidismo</i></p> <p><b>Enfermedades Virales</b></p> <p><i>Gripe</i><br/><i>Hepatitis</i><br/><i>Herpes</i><br/><i>Neumonías virales</i><br/><i>VIH</i></p> <p><b>Otras infecciones</b></p> <p><i>Sifilis</i><br/><i>Tifoidea</i><br/><i>Toxoplasmosis</i></p> <p><b>Intoxicación por metales</b></p> <p><i>Mercurio</i><br/><i>Monóxido de carbono</i><br/><i>Talio</i></p> <p><b>Otros</b></p> <p><i>Dolor crónico</i><br/><i>Incapacidades funcionales diversas</i><br/><i>Infarto de miocardio</i><br/><i>Insuficiencia renal o hepática</i></p> <p><b>Tratamientos Radicales</b></p> <p><i>Cirugía Grave</i><br/><i>Trasplantes</i><br/><i>Histerectomía</i><br/><i>Mastectomía</i><br/><i>Diálisis</i><br/><i>Radioterapia</i></p> |
|---|--|

# Psicoterapia Cognitivo Conductual como tratamiento de la Depresión Mayor: Una guía para profesionales de la salud mental

REBECA ROBLES GARCÍA, PhD.

CENTRO DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS ARG

INSTITUTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN SALUD: FOCUS SALUD MÉXICO

El presente texto tiene por objetivo presentar una guía práctica para que los profesionales de la salud mental interesados puedan aplicar las técnicas básicas de la psicoterapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión mayor. No se ahondará en la descripción y análisis de conceptos teóricos, ni en la revisión exhaustiva de la mucha literatura científica que abona datos sobre su efectividad en muy diversas poblaciones. Son muchos los artículos al respecto y lo que se pretende aquí es más bien impulsar el ejercicio de la psicoterapia basada en evidencia científica para este problema de salud pública.

25

## Lo cognitivo y lo conductual

La psicoterapia cognitivo conductual comprende un conjunto de técnicas, unas cognitivas y las otras conductuales. Ambas provienen de cuerpos teóricos diferentes. Las primeras de las teorías sobre el procesamiento de la información y las segundas de las teorías del aprendizaje social (condicionamiento clásico, operante y vicario). Es deseable aplicar ambos grupos de técnicas, pues así, además de modificar lo que nosotros percibimos o interpretamos del mundo (la parte cognitiva), estaremos en posibilidad de cambiar las situaciones ambientales específicas que licitan las conductas, emociones y pensamientos desadaptativos.

En el caso concreto de la depresión propiciaremos que nuestros pacientes superen las fallas de procesamiento de la información características de este trastorno (generalización y personalización, por ejemplos) así como las creencias negativas acerca de sí mismos, el mundo y el futuro; pero también habremos de ocuparnos de una modificación real de las situaciones ambientales concretas que se relacionan con la presencia de la tristeza, como lo son la falta de reconocimientos sociales o reforzadores y/o la presencia de castigos o consecuencias negativas ante conductas de la vida diaria, por ejemplos.

De tal manera, una forma sencilla de explicar la psicoterapia cognitivo conductual y lograr la aplicación de al menos sus técnicas básicas, es dividirla en estos sus dos componentes de tratamiento: el cognitivo y el conductual.

En términos generales, el problema cognitivo o de **pensamiento relacionado con la depresión** es pensar de forma negativa, ilógica, irracional, demandante y automática acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Generalmente las personas deprimidas tienden

a culparse de todo lo que sucede (al revés del enojón, que generalmente culpa a los demás por lo que ocurre), a cuestionar su propia valía personal ante los errores (diciéndose así mismo algo así como “No valgo”) y a percibir el mundo y el futuro de forma negativa. Para superar esto es necesario entrenar a los pacientes en la identificación y modificación de tales formas y contenidos de pensamiento.

Por su parte, el **problema conductual de la depresión** es, por una parte, no hacer o dejar de hacer conductas placenteras o que impliquen logros y por otra, no recibir premios o refuerzos propios o de los demás por realizar conductas adecuadas o funcionales. Por esa razón, las técnicas conductuales mayormente utilizadas para su tratamiento son el **hacer cosas que impliquen placer o logro personal**, y el **refuerzo o autorefuerzo**.

## Técnicas cognitivas para la depresión

Beck, psiquiatra creador de un sistema de psicoterapia cognitivo conductual para la depresión (terapia cognitiva estándar), como muchos otros autores cognitivos (Ellis, por ejemplo) propone, en términos generales, que los contenidos de pensamiento depresivos pueden modificarse con base en cuatro procedimientos: 1) explicación de la relación entre el pensamiento, las emociones y la conducta, 2) entrenamiento en la identificación de pensamientos irracionales o automáticos, 3) el debate o análisis de la evidencia a su favor y en contra de los pensamientos irracionales o automáticos, y 4) la generación de pensamientos alternativos y equilibrados relacionados con emociones y conductas adaptativas.

### Procedimiento para la modificación de pensamientos automáticos. Primera parte.

#### I. Explicación de la relación entre pensamiento y emoción

I.1) El facilitador introduce la exposición del Modelo ABC: A= Acontecimiento, B= creencia, C= Consecuencia (conducta, emoción y/o pensamiento). Ejemplo: “Ahora aprenderá otra habilidad para controlar sus emociones negativas como la tristeza: controlar sus pensamientos. Esto quiere decir que si aprendemos a pensar adecuadamente nos sentimos bien, nuestras emociones desagradables no son muy intensas y podemos controlarlas. Pensar bien es pensar de forma lógica, con sentido común, no confundirnos o hacernos bolas con pensamientos negativos que solo nos ocasionan malestar, ni nos ayudan siquiera a resolver las cosas”.

I.2) El facilitador explica el modelo ABC. Ejemplo: “Generalmente las personas creemos que son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal (tristeza o angustia), pero no es así. La mayoría de las veces las emociones intensas y desagradables son ocasionadas por algo que pensamos, más que por algo que nos sucede realmente: “Nos son las cosas que nos pasan lo que nos afecta si no lo que pensamos o interpretamos de ellas”.

**Procedimiento para la modificación  
de pensamientos automáticos. Segunda parte.**

**2. Identificación y auto registro de pensamientos  
automáticos relacionados con la Depresión.**

2.1) Se define que es un pensamiento irracional y automático. Ejemplo: “Los pensamientos irracionales son pensamientos negativos, automáticos que nos ocasionan emociones intensas y negativas. Son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Estos pensamientos son irracionales por que no son lógicos, por el contrario, con absurdos, pero creemos que son ciertos. Podemos distinguirlos por que generalmente se presentan en forma de comandos rígidos, imperativos, para lo que empleamos las palabras: debo, debería, tengo, tendría, siempre, nunca, horrible, espantoso, terrible, bueno, y malo. Palabras exageradas, por que podemos cambiarlas por palabras racionales, lógicas como: quiero, prefiero, sería deseable, desagradable, adecuado e inadecuado, respectivamente”.

2.2) Se ejercita la identificación y modificación de pensamientos: Ejemplo: “Para empezar a identificarlos debemos estar alerta de ellos. Generalmente estos pensamientos “pasan rápidamente por nuestra cabeza”, son automáticos, por que ya los tenemos muy aprendidos, y son un hábito. Para modificar estos pensamientos negativos y poder controlar nuestras emociones negativas, primero tenemos que hacernos expertos en identificarlos o detectarlos. Así que primero practicará el AUTO REGISTRO de pensamiento, que no es mas que darnos cuenta de que pensamos cuando nos sentimos mal y anotarlos en una hoja como esta”.

**Hoja de registro de pensamientos automáticos**

| <b>Situación</b> | <b>Emociones</b> | <b>Pensamientos ilógicos y automáticos</b> | <b>Evidencia a favor del pensamiento</b> | <b>Evidencia que no apoya el pensamiento</b> | <b>Pensamientos alternativos y equilibrados</b> | <b>Nueva valoración de emociones</b> |
|------------------|------------------|--|--|--|---|--------------------------------------|
|                  |                  |  |  |  |   |                                      |

### Procedimiento para la modificación de pensamientos automáticos. Tercera parte.

#### 3. Modificación de pensamientos automáticos y generación de pensamientos alternativos y equilibrados

El facilitador explica que, una vez que se han identificado o detectado los pensamientos ilógicos y automáticos, el siguiente paso es modificarlos. La modificación de los pensamientos se hace de la siguiente manera: a) se identifican los pensamientos, b) se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan ese pensamiento o conclusión, c) se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión, d) se generan pensamientos alternativos, racionales, lógicos, y e) se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional. Esto último para constatar que el pensamiento racional nos conduce a emociones menos desagradables que el pensamiento irracional. En algunos casos las emociones cambiarán, y en otros (la mayoría) las emociones bajarán de intensidad. Esto es, pensar racionalmente no quita por completo la depresión o el miedo, pero si los convierte en una tristeza o preocupación manejable, tolerable, que no nos paraliza ni nos incomoda demasiado.

#### Técnicas conductuales para la depresión

Aquí dos pasos contra la depresión. Las técnicas conductuales básicas para combatir este trastorno son:

##### 1. Hacer cosas placenteras o que impliquen logro

Algunas situaciones y actividades nos ayudan a sentirnos mejor. Cuando hacemos cosas placenteras o que implican algún logro personal, aunque sea pequeño, nos sentimos bien. Empezar a hacer cosas nuevas nos ayuda a dejar de sentirnos tristes y deprimidos. Así una de nuestras funciones como psicoterapeutas será promover que nuestros pacientes deprimidos lleven a cabo actividades placenteras y/o que impliquen logro. Ello ayudará a que puedan sentir, al menos por un momento, la alegría o el orgullo que piensan, desesperanzados, que jamás volverán a experimentar.

#### Ejemplos de actividades placenteras o que implican logro:

1. Planear algo con lo que disfrutas
2. Salir a divertirse
3. Asistir a una reunión social
4. Practicar un deporte
5. Divertirse en casa
6. Hacer bien un trabajo
7. Cooperar con alguien en una tarea común
8. Iniciar una conversación
9. Hacer cumplidos o alabar a alguien
10. Mostrar afecto físico o amor

**Hoja de modificación de pensamientos automáticos  
(con preguntas clave para completar los espacios)**

| Situación                               | Emociones                                      | Pensamientos ilógicos y automáticos   | Evidencia a favor del pensamiento  | Evidencia que no apoya el pensamiento   | Pensamientos alternativos y equilibrados   | Nueva valoración de emociones  |
|---|--|---|--|---|--|--|
| ¿Quién?<br>¿Qué?<br>¿Cuándo?<br>¿Dónde? | ¿Qué sentías?<br>¿Con que intensidad (0-100%)? | ¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma?<br>¿Qué imágenes o recuerdos tengo de esta situación? | ¿Qué hechos o datos reales apoyan este pensamiento o conclusión?<br>(Evitar la interpretación de los hechos) | ¿He tenido alguna experiencia que muestre que este pensamiento no es siempre cierto?<br>¿Si mi mejor amigo, hijo(a) o esposo tuviera este pensamiento, qué le diría?<br>¿Qué es lo que pienso de esta situación cuando no estoy sintiéndome de esta forma?<br>¿Hay algo que contradiga mis pensamientos?<br>¿Estoy culpándome a mi mismo por algo de lo cual no tengo el control?<br>¿Estoy anticipando cosas que es poco probable que sucedan? | ¿Hay alguna forma alternativa o diferente de pensar acerca de la situación?<br>Si lo que pienso es verdad, ¿Cuál es la peor consecuencia, y cuál es el resultado más realista?<br>¿Puede alguien de mi confianza interpretar de otra forma esta situación, cómo? | ¿Qué siento ahora que pienso de forma distinta?<br>¿Con que intensidad (0-100%)? |

Adaptado de: Greenberg y Padesky. *El control de tu estado del ánimo*. Editorial Paidós.

**2. Refuerzo y/o Auto refuerzo por conductas adecuadas**

Skinner, uno de los psicólogos más prolíficos de nuestros tiempos, demostró que la conducta operante de los individuos (aquella que se dirige a obtener algo de su entorno y que no es simple respuesta condicionada ante estímulos) está determinada por la historia de consecuencias de la misma. Si una conducta es premiada o consigue sus objetivos (logra su función) esta conducta se refuerza y tenderá a repetirse. Por el contrario, si un comportamiento no es útil para lograr sus objetivos y más aún si tiende a tener consecuencias negativas o castigos, entonces tenderá a disminuir en frecuencia.

Uno de los síntomas característicos de la depresión: la inactividad, bien puede entenderse como el producto de la carencia de refuerzos y/o la presencia de castigos ambientales ante conductas de la vida diaria. Este factor puede incluso explicar, al menos en parte, la mayor prevalencia de

depresión en mujeres en comparación de los hombres.

Así pues, cuando de prevenir y tratar la depresión se trata, el terapeuta habrá de intentar activar o reactivar refuerzos sociales y desactivar castigos ambientales, si los hay. En el caso de que no se cuente con la disposición o competencia de la red social de apoyo para lograr este objetivo, la solución será enseñar a los pacientes a auto reforzarse: a que ellos mismos se administren premios por hacer conductas adecuadas en la vida diaria.

**Conclusión**

Para finalizar, una advertencia sobre el uso de la información aquí vertida, y algunas sugerencias literarias que pueden ser de utilidad para aquellos que deseen una guía pormenorizada para la aplicación de la terapia cognitivo conductual como tratamiento de la depresión.

La guía que se presenta aquí, a manera de facilitar la introducción de técnicas básicas que han demostrado ser efectivas para

### El procedimiento para el auto refuerzo

El proceso para auto refuerzo por conductas o logros se compone básicamente de dos partes: 1) Debemos aprender a reconocer nuestros logros, y 2) Aprender a premiarlos.

Primero hay que reconocer lo que hacemos, para poder premiarnos después por hacerlo. Entre las razones que explican la dificultad para hablar de los logros personales destaca el hecho de que nuestro medio ambiente, la sociedad en general, nos enseña a ser “modestos” acerca de los logros que tenemos, para no ser “presuntuosos”. En otras ocasiones la enseñanza ha sido incluso de una “autoexigencia desmedida” con la que nos hacemos incapaces de reconocer nuestros logros.

Además de aprender a reconocer nuestros logros debemos aprender a premiarnos por ellos. Es curioso, pero generalmente aprendemos muy bien a auto rechazarnos por haber fracasado, pero no aprendemos a auto reforzarnos, o al menos a elogiar-nos cuando logramos algo, por insignificante que sea. Es necesario practicar esta habilidad de auto reforzamiento para poder sentirnos valiosos cuando hacemos cosas adecuadas. Esto previene y alivia la tristeza o depresión.

prevenir y tratar la depresión, no representa de modo alguno una receta de cocina que pueda y deba aplicarse “a raja tabla”. Por el contrario, es con base en una formulación de caso y por medio de la adaptación de un clínico experimentado que tales procedimientos son útiles.

Los lectores así interesados pueden consultar textos que tratan ampliamente como aplicar las técnicas aquí apenas descritas. Se

sugiere el manual de terapia cognitiva para la depresión del propio Beck, que bajo este nombre se encuentra publicado en nuestro idioma. Otra alternativa, también ya en español, es el manual de auto ayuda de Greenberg y Padesky, publicado por la editorial Paidós, bajo el título: “El control de tu estado del ánimo”. Aquí pueden encontrarse ejemplos claros, ejercicios estructurados y material didáctico para aprender a controlar la depresión, la ansiedad y el enojo, entre otras emociones.

# Uso de los Inhibidores de Recaptura de Serotonina en el Tratamiento de la Depresión en el primer Nivel de Atención

DR. AMADO NIETO CARAVEO

El tratamiento de la depresión mayor se ha venido dando principalmente en el ámbito de la atención médica especializada. En general, las diversas herramientas terapéuticas utilizadas, farmacológicas y no farmacológicas, han mostrado similar efectividad para mejorar los síntomas depresivos. La tasa de respuesta a corto plazo se ha presentado en un rango entre 60 y 80% .

31

**N**o obstante esta buena respuesta, las tasas de remisión y recaída a largo plazo también son muy altas. Durante mucho tiempo se ha cuestionado si el tratamiento de la depresión en el ámbito de la atención primaria tendría un comportamiento semejante al observado en la atención especializada y si los lineamientos de tratamiento serían los mismos. Algunos autores han propuesto que a nivel comunitario la depresión tendría una presentación menos severa y que en primera instancia el tratamiento indicado podría ser la terapia cognitiva breve. Muchos programas de atención primaria implementados en el mundo tienen este enfoque, donde el tratamiento farmacológico es menos “agresivo” en términos de dosis y tiempo de utilización. Sin embargo, recientes estudios llevados a cabo a larga escala, con un diseño que combina la aleatorización y control (eficacia) y la práctica común en pacientes atendidos en centros comunitarios, han revelado que la depresión se presenta con similares niveles de severidad y que su tratamiento requiere de estrategias farmacológicas agresivas. El estudio STAR\*D, llevado a cabo en los Estados Unidos mostró que estos pacientes tienen tasas de recaídas similares, lo cual sugiere que una gran cantidad de pacientes tratados en nivel de atención primaria, finalmente serían atendidos en centros especializados. Ello impacta directamente la calidad de vida de las personas y los costos directos e indirectos de un tratamiento.

Las siguientes lineamientos de manejo tienen como objetivo optimizar el tratamiento farmacológico de la depresión en el ámbito de la atención primaria, basado en el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), fármacos de amplio uso actual en el ámbito especializado, cuyo acceso ha ido creciendo conforme se han integrado en los cuadros básicos del sector público.

## Los ISRS's

Las décadas de los 50s a los 70s estuvieron marcadas por el uso de antidepresivos tricíclicos como primera línea de tratamiento contra la depresión. No obstante la efectivi-

dad comprobada de estos medicamentos, su bajo margen de tolerabilidad y la toxicidad asociada en casos de sobredosis, los hacían medicamentos de uso exclusivo del especialista. Lo mismo puede decirse de los inhibidores de la monoaminoxidasa. En la década de los 80s surgen fármacos que, a diferencia de los antidepresivos tricíclicos, tienen una acción selectiva sobre la recaptación de monoaminas, y además ofrecen márgenes de tolerabilidad y seguridad muy amplios. El primer ISRS, la fluoxetina, pronto se convirtió en el tratamiento más utilizado en el mundo para la depresión, siendo de hecho su marca, un ícono de la década (Prozac). En el cuadro #1 se muestran los ISRS disponibles en México, de acuerdo a su aparición en el mercado, así como la dosis diaria recomendada

### **Elección de un ISRS**

Si bien todos los ISRS comparten el mismo mecanismo de acción (bloqueo de la recaptura de la serotonina en la neurona presináptica), existen diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas que las hacen diferentes y que pueden influir en la decisión del médico para elegir las en un tratamiento. Por ejemplo, la fluoxetina tiene una vida de acción muy larga (hasta de 7 días tomando en cuenta metabolitos activos), lo cual determina que sea el ISRS con menos síntomas de discontinuación (ver adelante). También deberá tomarse en cuenta que tienen distintos caminos metabólicos en el sistema del citocromo P450 y que por lo mismo su interacción con otros fármacos no es igual. Así, el citalopram (y su isómero escitalopram) tienen la menor cantidad de interacciones metabólicas. En principio, los ISRS tienen una efectividad similar. Los estudios no han mostrado en forma definitiva que alguno tenga ventajas en relación a su eficacia o efectividad. De este modo, puede decirse que la elección de un ISRS para iniciar el tratamiento de la depresión dependerá de la disponibilidad del medicamento, de la experiencia del médico y de la exposición previa del paciente. Fuera de ello, no existe razón alguna para afirmar que uno es mejor que otro.

### **Inicio del tratamiento**

Al igual que el tratamiento con antidepresivo tricíclicos, el efecto antidepresivo de los ISRS se origina en una cascada de eventos neurofisiológicos que se inician con un incremento de la disponibilidad serotoninérgica en la hendidura sináptica. La mayoría de los estudios en animales y en vivo realizados en humanos sugieren que el efecto antidepresivo de los medicamentos aparece alrededor de las dos semanas de tratamiento. Es posible que efectos más tempranos puedan ser debidos a un efecto placebo o bien al efecto del manejo general del paciente. Por ello es importante indicar al paciente, como lineamiento general, que la mejoría de los síntomas se iniciará después de la segunda semana de tratamiento. La importancia radica en que durante los primeros días es posible que los síntomas del paciente se vean acentuados por los efectos adversos de los ISRS, tales como empeoramiento del insomnio, de la ansiedad y molestias gastrointestinales (ver siguiente sección). Durante estas primeras semanas es fundamental que el médico logre una alianza con el paciente para que, dentro del sufrimiento del paciente, pueda darse el tiempo suficiente para que se inicie el efecto antidepresivo. Entre las estrategias para incrementar la tolerabilidad de los ISRS al inicio del tratamiento se encuentran el uso durante los primeros días de la mitad de la dosis terapéutica inicial recomendada. No existe un criterio definitivo para elegir el horario para la toma. Algunos paciente toleran mejor el medicamento durante la mañana y otros mejor durante la noche. Por lo general, se sugiere iniciar con una toma matutina. También es muy común que durante las primeras semanas se añada al tratamiento algún hipnótico o ansiolítico a dosis bajas, para mejorar algún síntomas de forma emergente, sobre todo cuando son muy severos. Estos medicamentos deben suspenderse luego de que aparece el efecto antidepresivo del ISRS. Se sugiere que el médico dedique una buena parte de la primera entrevista para explicar el tiempo de acción del fármaco y las posibles molestias asociadas o incluso utilizar una consulta completa adicional. Este punto es clave en las probabilidades de que el pa-

ciente continúe con el tratamiento. Así mismo se sugiere darle al paciente un consulta a los 7 días para ajustar la dosis (si es que se inició con la mitad de la dosis) y para reafirmar la información al paciente.

### **Efectos adversos iniciales de los ISRS**

Uno de cada 5 pacientes suspende prematuramente el tratamiento debido a efectos adversos de los ISRS. Es posible que la cantidad sea mayor en el ámbito de la atención primaria o no especializada. Los efectos adversos de los ISRS son causados por el repentino incremento de la acción serotoninérgica central. Estos, la razón de las molestias iniciales tienen el mismo mecanismo que el efecto benéfico final. Los síntomas más comunes son la náusea y otras molestias gastrointestinales, cefalea, sudoración, insomnio, somnolencia, incremento de la ansiedad y sudoración. La mayoría de las veces estos síntomas son tolerables y desaparecen paulatinamente a lo largo de las siguientes semanas. La toma del medicamento junto con la comida puede reducir la náusea. En casos más raros, puede presentarse un síndrome serotoninérgico central, caracterizado por confusión, hiperactividad autonómica, hipertermia y alteraciones neuromusculares. A dosis terapéuticas el síndrome serotoninérgico central es raro, aunque se puede presentar en un 15 a 20% de los casos de sobredosis. La mayor parte de la veces es el resultado de la interacción del ISRS con otro fármaco serotoninérgico. El médico deberá tener la precaución de advertir al paciente para que suspende medicamentos inhibidores de la MAO, triptanos o cualquier otro que incremente la actividad serotoninérgica central.

### **Respuesta y remisión**

El primer objetivo del tratamiento de la depresión es la mejoría en los síntomas. Esta respuesta inicial, como ya se mencionó, suele ocurrir a partir de la segunda semana pero en algunos casos puede requerir un tiempo de espera hasta de 6 semanas. Es probable que pocos pacientes puedan tolerar este tiempo sin hacer algún cambio. En la práctica la mayor parte de las veces el médico hace cambios a las 4 semanas de

no-respuesta. Por otro lado, la remisión significa la desaparición casi completa de los síntomas centrales del síndrome depresivo. La remisión debe de ser el objetivo final del tratamiento, dado que la presencia de síntomas residuales representa un factor de riesgo para recaídas y recurrencia de la enfermedad. Es posible esperar que la remisión se obtenga entre las 4 y 8 semanas de tratamiento. Cuando ello no ocurre será necesario re-evaluar el tratamiento.

Tanto en el caso de que no se obtenga la respuesta esperada o la remisión, la conducta más apropiada es incrementar la dosis del ISRS, al doble de la dosis inicial recomendada. Todos los medicamentos ISRS tienen un efecto dosis-respuesta, en virtud de que a dosis mayores aparece un efecto noradrenérgico relacionado con la inhibición de la recaptura de dicha monoamina. Este efecto es particularmente cierto para la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina. Las dosis máximas diarias recomendadas para estos medicamentos son 80 mg, 200 mg y 60 mg, respectivamente. Luego de incrementar la dosis, se recomienda esperar 6 hasta 6 semanas para observar un cambio significativo. En caso de no presentarse la mejoría quizás sea necesario canalizar al paciente a un servicio especializado.

### **“Switch”**

Existe controversia acerca de cómo cambiar un antidepresivo. Como ya se mencionó, suele ser tarea de un especialista. Los siguientes serían algunos lineamientos generales sobre la conducta a seguir en caso de no observar mejoría luego de un periodo de tratamiento a dosis óptimas durante un suficiente tiempo:

Evaluar la posibilidad de que exista alguna otra condición médica que interfiera con el tratamiento, por ejemplo, hipotiroidismo.

En la actualidad se sugiere que es posible hacer un cambio de un ISRS a otro. Al hacerlo se sugiere cambiar el medicamento a dosis equivalentes. Por ejemplo, cambiar 60 mg de fluoxetina por 40 mg de paroxetina, o 150 mg de sertralina por 40 mg de citalopram.

Existen varias estrategias de “potenciación”. Las más efectivas son, en primer

lugar, agregar 25 a 50 microgramos de levotiroxina al tratamiento empleado; también puede agregarse litio, si bien este medicamento requiere de un monitoreo sanguíneo y cuidado especial propio de un servicio especializado.

Finalmente, para el ámbito de atención primaria, puede cambiarse el ISRS por otro antidepresivo de distinta familia. No está bien demostrado que combinar dos ISRS sea una buena estrategia, pero si se ha estudiado que agregar un antidepresivo de distinto mecanismo de acción puede ser beneficioso. Por ejemplo, la combinación Fluoxetina+bupropión. De nueva cuenta, se sugiere que este tipo de tratamiento combinado sea implementado en un servicio especializado.

### **Mantenimiento**

La recomendación actual para continuar el tratamiento antidepresivo es mantener la misma dosis del medicamento con la que se obtuvo la remisión durante en periodo continuo entre 6 y 12 meses. Cada vez son más los datos a favor de que este periodo dure el año completo. La discontinuación prematura del tratamiento se asocia a una mayor probabilidad de recaídas. Durante esta fase se recomienda seguir atendiendo al paciente con la finalidad de vigilar el apego al tratamiento y apoyar su rehabilitación psicosocial. Las personas deprimidas suelen abandonar sus actividades fundamentales, como el estudio, el trabajo o las tareas del hogar, y requieren de apoyo psicosocial y psicoeducación para volver a recuperar su funcionalidad. A menudo se requiere informar a la pareja o al resto de los familiares sobre el proceso de recuperación del episodio depresivo.

No existe un criterio definitivo para decidir cuánto tiempo debe una persona tomar un antidepresivo. A menudo se toma en cuenta el número de episodios que el paciente ha tenido durante un cierto lapso de tiempo. O sea, la recurrencia y cronicidad de la enfermedad. Se calcula que la probabilidad de presentar un nuevo episodio se incrementa en 15% con cada nuevo episodio, partiendo de un riesgo base de entre 20 y 30%. Esto quiere decir que una persona que ha presen-

tado 4 episodios depresivos tiene un riesgo de casi 70% de volver a tener otro, a pesar del tratamiento. Muchos médicos sugerirían a este paciente que tomara su tratamiento en forma indefinida.

### **Efecto adversos a largo plazo**

En general, los ISRS son muy bien tolerados a largo plazo. Los efectos adversos más comunes durante el periodo de mantenimiento son los trastornos de sueño y los trastornos sexuales. Cuando un paciente se queja de problemas para dormir, y se sospecha pudiera estar asociado con el uso del ISRS, puede intentarse modificar el horario del medicamento (tomarlo en la mañana si acaso lo tomaba en la noche). Puede llegar a ser necesario indicar algún inductor del sueño, preferentemente no benzodiazepínico, como el zolpidem. En relación a los efectos sexuales, es importante preguntar específicamente al paciente sobre su función sexual, dado que a menudo estos síntomas no son expresados espontáneamente por el paciente. En los hombres suele ser común el retraso en la eyaculación y en las mujeres la disminución de la libido.

### **Síndrome de Descontinuación**

Luego de cierto tiempo de haberse estado administrando, la discontinuación abrupta de un ISRS suele producir un conjunto de manifestaciones, debidas a la sensibilización de receptores serotoninérgicos. La intensidad de síndrome suele estar asociada al tiempo de consumo, a la vida media y a la afinidad del fármaco por el receptor. Los síntomas más comunes son: vértigo, insomnio, malestar general, dolor en articulaciones, ansiedad y sobresaltos. Es importante advertir al paciente desde un principio sobre estos síntomas, dado que muchos pacientes tienen a dejar pasar algunas dosis (por ejemplo, dos o tres días mientras llegan a la nueva consulta). Así que es necesario ordenar al paciente que no suspenda por ningún motivo el medicamento por la posible aparición de síntomas de discontinuación. Algunos ISRS se asocian a mayores síntomas

de discontinuación, como la paroxetina y la sertralina. La discontinuación de la fluoxetina suele provocar mínimas molestias debido a su vida media tan larga. De igual manera, el citalopram y escitalopram se asocian a síntomas de menor severidad. Entre las estrategias para evitar estos síntomas al discontinuar un ISRS se encuentran la disminución paulatina. Se reduce la dosis a la mitad cada dos semanas hasta su discontinuación. Otra estrategia exitosa puede ser cambiar el ISRS a fluoxetina durante dos semanas y luego discontinuar.

### **ISRS y embarazo**

El uso de antidepresivos durante el embarazo es un tema que debe discutirse entre el médico, la mujer embarazada y su pareja o familiares. Tanto tratar como no tratar la depresión durante el embarazo conlleva riesgos. Los riesgos teratogénicos del uso de ISRS son bajos. Se ha reportado que el uso de ISRS durante el primer trimestre puede incrementar el riesgo de defectos de septales en el corazón. Así mismo se ha publicado que el uso de ISRS durante la segunda mitad del embarazo incrementa el riesgo relativo de hipertensión pulmonar del recién nacido. En términos absolutos, dada la baja prevalencia de ambos problemas, puede decirse que el riesgo es bajo, comparado con los riesgos de que una mujer embarazada permanezca deprimida. Sin embargo, como se ha señalado, ello deberá discutirse abiertamente con la pareja. También se han reportado síntomas menores, por ejemplo gastrointestinales, en el recién nacido, debidos probablemente a efectos de discontinuación. De todos los ISRS, la fluoxetina es la que más se ha estudiado

durante el embarazo. Una estrategia a seguir pudiera ser la siguiente: mantener a la paciente libre de medicamento durante el primer trimestre, iniciar fluoxetina a la 12va semana y mantener el medicamento hasta seis meses después del parto.

### **ISRS y otras condiciones médicas**

Es muy común que los pacientes que toman ISRS estén tomando otros medicamentos debido a otras condiciones: hipoglucemiantes, antihipertensivos, analgésicos, esteroides, anticoagulantes, etc. Ello se debe a que la presencia de una condición médica crónica incrementa la prevalencia de depresión y viceversa, una persona deprimida es más probable que se enferme de una enfermedad crónica degenerativa. Como se mencionó al principio, algunos ISRS, como la fluoxetina o la paroxetina, pueden presentar interacciones farmacológicas debido a que comparten sistemas enzimáticos en su vía metabólica. Así pues, en algunos casos pueden disminuir y en otros incrementar el nivel sanguíneo de otros medicamentos. Debido a la gran cantidad de interacciones, se sugiere consultar tablas ya publicadas al respecto.

### **Lecturas recomendadas**

- Mann J.J. Drug Therapy: The Medical Management of Depression. *N Engl J Med*, 353(17) 27, 2005. 1819-1834
- ICSI, Health Care Guidelines: Major Depression in Adults in Primary Care, 2003.
- Jacobs D. Et al. Depression and Generalized Anxiety Disorder: A Guide for Health Care Clinicians.

## **Prevalencia de Depresión y distimia en el Estado de Jalisco.**

*Reporte parcial de datos del Estudio Epimiológico  
 de Trastornos mentales en el Estado de Jalisco.*

### **Antecedentes**

- \* Aplicación de PSE y encuesta de adicciones 1988 a una muestra nacional representativa.
- \* Estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría utilizando el CIDI y abarcando ZM de la Ciudad de México.
- \* Estudio con CIDI en población migrante de Los Altos.

### **Justificación**

Necesidad de estudios en el interior del país para una planeación adecuada de los servicios locales de salud mental.

### **Objetivo**

Determinar la prevalencia durante la vida de trastornos mentales, empleando el CIDI, en una muestra representativa de la población adulta de áreas urbanas, del Estado de Jalisco, México.

### **Análisis Estadístico**

Se realizó el diagnóstico al integrar los criterios mayores (A,B,C,D) propuestos por el DSM-III-R por ser la base de estructuración del CIDI. Luego se realizó el cruzamiento de variables y el análisis con estadística no paramétrica. Se balanceo por sexo de acuerdo con el Censo 95 de INEGI (último censo nacional).

### **Descripción de la muestra**

Total de sujetos: 1,200  
 Edad: 34.96 ± 13.55 años.  
 Escolaridad: 8.32 ± 4.24 años.  
 Número de hijos: 2.98 ± 2.88

### **Método**

- \* Muestreo con procedimiento polietápico estratificado, con U=2'395,458. Unidad muestral AGEBS del INEGI. La población de éstas corresponde al 67 % de la población adulta (16-65 años) del Estado de Jalisco.
- \* Tamaño muestral 1,520 sujetos, 21% de no respuesta.
- \* Empleo como instrumento el CIDI I.I (entrevista diagnóstica internacional compuesta diseñada por la

OMS) por 25 enfermeras previamente capacitadas. Como era de esperarse, el riesgo relacionado al género fue mayor para las mujeres (OR=1.93).

### **Resultados sobre Depresión y Distimia: Comparación de prevalencias por género y ajustadas para la población general.**

| Diagnóstico     | Hombres | Mujeres | Prevalencia promedio |
|-----------------|---------|---------|----------------------|
| Depresión Mayor | 4.4 %   | 8.2 %   | 6.3%                 |
| Distimia        | 1%      | 3.52%   | 2.26%                |

### **Conclusión:**

De acuerdo al Estudio epidemiológico de trastornos mentales en el Estado de Jalisco (Becerra, Páez, González, Robles y Gallardo, 1999), la depresión mayor constituye un problema de salud pública del Estado de Jalisco; y el riesgo de padecerla a lo largo de la vida es prácticamente el doble para las mujeres (respecto de los hombres). Estos datos son congruentes con las prevalencia estimadas en la reciente encuesta nacional (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro y cols., 2003), en donde emplearon la misma forma de evaluación de las entidades psiquiátrica (CIDI), y resultaron de utilidad para gestionar la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

### **Autores del estudio:**

Becerra B, Páez F, González G,  
 Robles R y Gallardo H.  
 Institución de adscripción  
 (en el momento del estudio)  
 Secretaría de Salud Jalisco

**Comorbilidad de Depresión Mayor en menores con Trastorno por déficit de atención  
atendidos en una unidad médico psiquiátrica de la ZMG, Jalisco  
(CAISAME EB / SALME)**

**Introducción**

En un estudio efectuado por Varelas, López, Ríos, Tovar y Robles (2006), con el objetivo principal de determinar la prevalencia de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA-H) que acudieron a atención a CAISAME EB de Febrero de 2005 al 31 de Enero de 2006, se observó también su comorbilidad con depresión mayor.

**Método:**

Del total de niños atendidos en el Centro de atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental durante este periodo de tiempo (2,879) se incluyeron todos aquellos expedientes que contuvieran diagnóstico psiquiátrico basado en entrevista semi estructurada para cubrir los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud. Los datos se capturaron los datos en una forma ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas.

**Resultados:**

Se evaluaron un total de 274 expedientes, de menores con una edad promedio de  $9.09 \pm 3.43$  años, de los cuales 194 (70.8%) fueron varones (y 80, 29.2% mujeres). Más de la mitad ( $n=55; 56.6\%$ ) cursaban la primaria. Un total de 123 casos, (44.89%) presentó algún tipo de TDAH. La frecuencia de TDA-H fue mayor en hombres que en mujeres (101 vs. 22 casos,  $\chi^2=13.81$ ,  $gl=1$ ,  $p \leq .0001$ ). En la tabla 1 se presentan las frecuencias y porcentajes para cada subtipo de TDA presente en la muestra. Como puede observarse, el más frecuente fue el combinado ( $n=98$ , 35.8%).

Tabla 1. Subtipos de TDA en la muestra

|           | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Sin TDA   | 151        | 55.1       |
| Desatento | 20         | 7.3        |
| Impulsivo | 5          | 1.8        |
| Combinado | 98         | 35.8       |

Por su parte, la tabla 2 presenta la frecuencia y porcentaje de trastornos psiquiátricos comórbidos. El más frecuente fue la depresión mayor (126 casos, 45.98%).

Tabla 2. Diagnósticos psiquiátricos comórbidos

|   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Sin comorbilidad                                | 21         | 7.7        |
| Ansiedad  | 141        | 51.5       |
| Depresión                                       | 126        | 46         |
| Trastorno de conducta<br>oposicional desafiante | 50         | 18.2       |
| Distimia  | 6          | 2.2        |
| Lesión del lóbulo<br>temporal                   | 5          | 1.8        |

**Conclusión:** En congruencia con los reportes internacionales al respecto, la primera causa de consulta del servicio de paidopsiquiatría fue el TDA-H; y el diagnóstico psiquiátrico comórbido de mayor frecuencia fue la depresión mayor.

**Autores del estudio:**

Dr. Baltasar Varelas \*, Dra. Erika López \*\*, Dra. Adelina Ríos \*\*, Dra. Angélica Tovar \*\*, Dra. Rebeca Robles-García \* \*\*

**Instituciones de adscripción**

(en el momento del estudio):\* Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud Jalisco; \*\* Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado; \*\*\* Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

## Evaluación de la depresión y constructos cognitivos relacionados en población infantil

### Introducción

Existen, entre otras, tres teorías psicológicas cognitivo-conductuales que pretenden explicar la presentación clínica y el mantenimiento de los cuadros depresivos: a) la presencia de un esquema de distorsiones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro se asocian a la depresión (2,3); b) la desesperanza conduce a la depresión (4,5); y c) la pérdida de la capacidad para experimentar placer; a consecuencia de la disminución real y/o percibida de reforzamientos positivos del ambiente se relacionan con la depresión (6).

### Justificación

En las últimas décadas se han desarrollado instrumentos válidos y confiables para evaluar la depresión y los constructos cognoscitivos relacionados con la misma. La gran mayoría de las escalas con las que se cuenta a la fecha han sido elaboradas para población adulta, y de aquellas diseñadas para niños, son francamente escasos los estudios de adaptación al castellano.

### Objetivos

- 1) Determinar las propiedades psicométricas de la traducción al español de: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, Cuestionario de Pensamientos Automáticos, Escala de Desesperanza Infantil, y Escala de Evaluación de Anhedonia.
- 2) Determinar las relaciones entre las diferentes medidas de constructos cognitivos y la severidad de sintomatología depresiva en niños.

### Muestra:

En una muestra tipo censo, se evaluaron a todos los niños, de ambos sexos, que cursaban de tercero a sexto grado de primaria en la Escuela Federal "Fuerza Aérea Mexicana", en la Delegación Tlalpan, al sur la Ciudad de México. Se solicitó y obtuvo la autorización para la realización del proyecto a la dirección de la escuela y a la Sociedad de Padres de Familia de la misma. Se explicó que el proyecto no implicaba ninguna maniobra de riesgo para los niños y que los resultados serían manejados en forma confidencial.

### Resultados:

La muestra de estudio fue de 256 niños, 53% hombres y 46% mujeres, con una edad promedio de  $9.8 \pm 1.15$  años. Las estructuras factoriales de las escalas fueron francamente similares a las reportadas para sus versiones originales en inglés. Los coeficientes alpha de Cronbach se muestran en la tabla 1, posibilitando su contraste con el reportado para las versiones originales de la totalidad de escalas evaluadas.

Tabla 1. Promedios, desviaciones y consistencia interna de los instrumentos

| Instrumento              | Media $\pm$ desviación estándar |       | Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach Original |
|--------------------------|---------------------------------|-------|------------------|---------------------------|
| Anhedonia                | 91.87                           | 13.83 | .91              | 0.96                      |
| Desesperanza             | 4.54                            | 2.69  | .63              | 0.97                      |
| Pensamientos Automáticos | 67.98                           | 15.67 | .87              | 0.96                      |
| Depresión                | 10.91                           | 5.95  | .80              | 0.80                      |

Por su parte, las correlaciones entre las escalas fueron todas estadísticamente significativas. La escala de pensamientos automáticos y los síntomas depresivos mostraron la más alta correlación ( $r=0.39$ ).

Finalmente, se encontraron diferencias significativas entre grados escolares, con menores valores promedio a mayor escolaridad.

### Conclusión:

Los instrumentos evaluados demostraron de mediana a alta consistencia interna y es las estructuras factoriales que se había predicho. Los síntomas depresivos en población infantil normal se relacionan débil pero significativamente con los constructos cognoscitivos estudiados, tal y como se ha reportado en adultos normales.

**Referencia del estudio:** Páez F, Núñez, R., Robles R., Aguayo, L., Nieto, R., y Atriano, M.A. (2001). Evaluación de constructos cognitivos relacionados con la depresión en niños normales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (1), 19-24.

## Estudio de cualidades e intensidad de dolor en pacientes con Depresión Mayor.

### Introducción:

Este estudio tuvo por objetivos: 1) Describir la cualidad e intensidad de dolor de pacientes con depresión y ansiedad, 2) establecer la relación entre severidad de sintomatología depresiva, ansiosa y dolorosa, y 3) Comparar la intensidad dolorosa subjetiva entre personas con depresión mayor y trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico) en adultos mexicanos.

### Método:

#### Sujetos:

Pacientes con depresión mayor, o trastornos de ansiedad generalizada o trastorno de pánico, referidos por los servicios de consulta externa u hospitalización, del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud.

#### Criterios de inclusión:

Ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, cuya condición clínica permitiera la evaluación, sin comorbilidad diagnóstica, que desearan participar de forma anónima y voluntaria en el estudio

#### Instrumentos:

1. Confirmación diagnóstica con entrevista estructurada MINI

2. Aplicación de versión en castellano del Cuestionario de dolor de McGill

Instrumento multidimensional de 84 reactivos para la evaluación de los síndromes del dolor. Consta de 78 palabras (descriptores) de dolor agrupadas en las dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa. Se divide en 20 subclases. Un índice de intensidad del dolor (PPI) mide la intensidad en su conjunto.

3. Aplicación de la versiones en castellano de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck

Escalas de 21 reactivos c/u que evalúan severidad de sintomatología en formato Lickert de 4 puntos

### Resultados:

En 88.9% (n=80) de la muestra calificó al menos alguno de los descriptores de dolor del McGill. Solo el 11.1% (n=10) no presentó ningún tipo de dolor. En la tabla 1 se presentan las puntuaciones promedio en las sub-escalas y el total del McGill en los dos grupos de estudio, y el resultado de su comparación.

Tabla 1. Comparación de dolor entre personas con DM y Trastornos de ansiedad

| Sub- escalas McGill | DEPRESIÓN MAYOR | TRASTORNOS DE ANSIEDAD | COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS |
|---------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|
| Sensorial           | 12.28 ± 8.80    | 11.76 ± 7.54           | T = -.275, P = 0.78      |
| Afectiva            | 4.60 ± 4.75     | 3.83 ± 4.17            | T = -.75, P = 0.45       |
| Evaluativa          | 1.33 ± 1.42     | 1.53 ± 1.50            | T = .617, P = 0.53       |
| Miscelánea          | 3.90 ± 4.26     | 2.70 ± 3.67            | T = -1.31, P = 0.19      |
| Total               | 22.11 ± 16.67   | 19.83 ± 14.23          | T = -.642, P = 0.52      |

En el análisis de correlación entre la severidad de la sintomatología ansiosa o depresiva, según el trastorno, no se relacionó de forma estadísticamente significativa con la intensidad del dolor. El índice de correlación entre severidad de sintomatología ansiosa y del dolor para el grupo con trastornos de ansiedad fue de  $r = .29$ ,  $p = 0.12$ . Por su parte, el índice de correlación entre severidad de sintomatología depresiva y del dolor para el grupo de personas con depresión mayor fue  $r = .19$ ,  $p = 0.14$ .

### Conclusiones:

La mayoría de los pacientes, sea con TA o DM, presentaron algún tipo de dolor; que se describe generalmente como **SENSORIAL**. Entre los descriptores más frecuentemente utilizados destacan: 1) En tanto que corresponde al de mayor intensidad de su subclase, el de **"PESANDO"**, y 2) En tanto que es el de mayor frecuencia de la categoría sensorial (aunque de menor intensidad para su subclase) el de **"TENSIONANTE"**. Prácticamente una cuarta parte de la muestra seleccionó como descriptor de su dolor la palabra **"PESSADO"**, y más de la mitad de los sujetos mencionaron presentar un dolor **"TENSIONANTE"**. Cuando se compararon a los pacientes con TA o DM, resulta interesante que **NO** se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de dolor de ambos grupos. Estos hallazgos apoyan los resultados de múltiples estudios, que han encontrado una alta correlación entre ambas entidades diagnósticas.

**Referencia del estudio:** María del Carmen Flores Amador. (2005). Cualidades e intensidad de dolor en personas con depresión mayor o trastornos de ansiedad de un centro de atención en salud mental de Jalisco, México. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Sede: Instituto Jalisciense de Salud Mental. Directores de tesis: Dra. Rebeca Robles García y Dr. Francisco Páez Agraz.

### Depresión y climaterio en mujeres jaliscienses

Objetivo general: Comparar la severidad de sintomatología depresiva y/o ansiosa con niveles de apoyo y funcionamiento familiar en mujeres en etapa de climaterio. Sujetos: La muestra total estará conformada por mujeres de 40 a 60 años, de la Consulta Externa de la clínica I de medicina familiar, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria. Procedimiento e instrumentos: La investigadora solicitó la participación en el estudio a mujeres en etapa de climaterio que acudieron a solicitar atención médica en los consultorios de ginecología y medicina familiar de la clínica I del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Aquellas que aceptaron y firmaron la carta de consentimiento correspondiente, completaron los siguientes instrumentos: 1) ESCALA DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DE DUKE-UNC; 2) EVALUACIÓN DEL APGAR FAMILIAR, 3) INVENTARIO DE BECK DE ANSIEDAD (BAI), 4) INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN (BDI). Resultados: Un total de 100 mujeres admitieron voluntariamente y de manera anónima participar en el proyecto. Presentaron una edad promedio de  $51.93 \pm 5.16$  años (rango = 40 – 60 años).

Tabla 1. Comparación de depresión, ansiedad y síntomas del climaterio entre mujeres de familias normofuncionales, moderadamente disfuncionales y gravemente disfuncionales.

| Síntomas afectivos y del climaterio | Grupo de funcionamiento familiar (APGAR FAM.) | Media $\pm$ desviación estándar | Contraste y Significancia estadística |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| Ansiedad                            | 1) Normofuncional                             | 12.48 $\pm$ 7.14                | 1 vs. 2, p=.000                       |
|                                     | 2) Moderadamente disfuncional                 | 20.15 $\pm$ 7.47                | 1 vs. 3, p=.000                       |
|                                     | 3) Gravemente disfuncional                    | 27.10 $\pm$ 7.88                | 2 vs. 3, p=.023                       |
| Depresión                           | 1) Normofuncional                             | 11.13 $\pm$ 7.09                | 1 vs. 2, p=.000                       |
|                                     | 2) Moderadamente disfuncional                 | 22.45 $\pm$ 8.26                | 1 vs. 3, p=.000                       |
|                                     | 3) Gravemente disfuncional                    | 25.9 $\pm$ 10.06                | 2 vs. 3, p=.650                       |
| Síntomas del climaterio             | 1) Normofuncional                             | 4.48 $\pm$ 1.53                 | 1 vs. 2, p=.000                       |
|                                     | 2) Moderadamente disfuncional                 | 5.66 $\pm$ 1.38                 | 1 vs. 3, p=.141                       |
|                                     | 3) Gravemente disfuncional                    | 5.50 $\pm$ .97                  | 2 vs. 3, p=1.00                       |

Tabla 2. Comparación de depresión, ansiedad y síntomas del climaterio entre mujeres con apoyo familiar escaso o suficiente.

| Síntomas afectivos y del climaterio | Grupo de apoyo familiar           | Media $\pm$ desviación estándar | Contraste y Significancia estadística |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Ansiedad                            | Apoyo afectivo:<br>Suficiente     | 14.45 $\pm$ 7.45                | T=-5.24, gl=86,<br>P=.000             |
|                                     | Escaso                            | 22.72 $\pm$ 8.03                |                                       |
|                                     | Apoyo Confidencial:<br>Suficiente | 14.09 $\pm$ 7.36                | T=-5.39, gl=94<br>P=.000              |
|                                     | Escaso                            | 22.42 $\pm$ 8.01                |                                       |
| Total de apoyo:<br>Suficiente       | 14.00 $\pm$ 7.34                  | T=-5.71, gl=93,<br>P=.000       |                                       |
| Escaso                              | 22.71 $\pm$ 7.82                  |                                 |                                       |
| Depresión                           | Apoyo afectivo:<br>Suficiente     | 13.70 $\pm$ 8.20                | T=6.98, gl=91<br>p=.000               |
|                                     | Escaso                            | 25.11 $\pm$ 8.00                |                                       |
|                                     | Apoyo Confidencial:<br>Suficiente | 13.05 $\pm$ 8.11                | T= -7.45, gl=97<br>P=.000             |
|                                     | Escaso                            | 24.87 $\pm$ 7.73                |                                       |
| Total de apoyo:<br>Suficiente       | 13.11 $\pm$ 8.04                  | T=-7.57, gl=96,<br>P=.000       |                                       |
| Escaso                              | 25.06 $\pm$ 7.70                  |                                 |                                       |
| Síntomas del climaterio             | Apoyo afectivo:<br>Suficiente     | 4.70 $\pm$ 1.54                 | T=-4.36, gl=97<br>P=.000              |
|                                     | Escaso                            | 5.88 $\pm$ 1.15                 |                                       |
|                                     | Apoyo Confidencial:<br>Suficiente | 4.60 $\pm$ 1.51                 | T=4.77, gl=96,<br>P=.000              |
|                                     | Escaso                            | 5.89 $\pm$ 1.18                 |                                       |
| Total de apoyo:<br>Suficiente       | 4.64 $\pm$ 1.54                   | T=-4.49, gl=96,<br>P=.000       |                                       |
| Escaso                              | 5.89 $\pm$ 1.16                   |                                 |                                       |

**Conclusiones:** En tanto más disfunción familiar se registró hubo mayor severidad de sintomatología ansiosa ( $F=20.09$ ,  $gl=97$ ,  $p=.000$ ), depresiva ( $F=26.14$ ,  $gl=97$ ,  $p=.000$ ) y propia del climaterio ( $F=7.75$ ,  $gl=97$ ,  $p=.001$ ). Así mismo, el grupo con apoyo familiar escaso presentó mayores niveles de ansiedad, depresión y síntomas físicos del climaterio en comparación con el grupo con apoyo familiar suficiente.

**Referencia del estudio:** Adelina Ríos Peralta. (2007). Depresión y ansiedad en el climaterio: el papel del ajuste y soporte familiar. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad de Guadalajara. Sede: Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Dirección de tesis: Dra. Rebeca Robles García.

## Depresión en mujeres con cáncer de mama: prevalencia y relación con afectividad y soporte social

**Introducción:** Los objetivos centrales de este trabajo fueron: 1) determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en una muestra de mujeres con cáncer de mama que habitan en la región centro occidente de México; y 2) Establecer la relación del perfil de afectividad y soporte social con la presencia y severidad de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama.

**Método:** La muestra estuvo integrada por 235 pacientes atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco. La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada con base en las Escalas Hospitalarias de Depresión y Ansiedad, por su parte, el perfil de afectividad se estableció por medio de las Escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), y el grado y satisfacción con el soporte social, con el Cuestionario de Soporte Social SSQ-6.

**Resultados:** La puntuación promedio en la escala de depresión fue de  $5.5 \pm 4.0$ , y en la de ansiedad de  $8.1 \pm 4.5$ . De acuerdo al punto de corte propuesto para las escalas (10 puntos), la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 14.2% (IC95%=10-19%) y 26.5% (IC95%=21-32%), respectivamente. En la Tabla 1. se presentan los resultados de la comparación de las diferentes variables sujetas a estudio, entre los grupos con y sin depresión o ansiedad. Se incluyen a la afectividad y el soporte social. Como puede observarse, el número de personas que brindan apoyo a la paciente es clínica y estadísticamente superior entre aquellas que no presentan depresión y ansiedad; y fue mayor el nivel de afectividad negativa (como estado y rasgo) y menor el de afectividad positiva entre las que presentaron trastornos mentales.

Tabla 1. Comparación de variables demográficas, clínicas, soporte social y afectividad entre pacientes con y sin depresión o ansiedad.

| Variables   | Depresión <sup>1</sup>                      | Valor p <sup>2</sup> | Ansiedad <sup>1</sup>                    | Valor p <sup>2</sup> |
|---|---|----------------------|--|----------------------|
| Edad (años),<br>Media $\pm$ DE                                | Con: 50.10 $\pm$ 11<br>Sin: 50.4 $\pm$ 11   | 0.87                 | Con: 52.5 $\pm$ 12<br>Sin: 49.9 $\pm$ 11 | 0.22                 |
| Sin cónyuge,<br>n, %  | Con: 33, 56%<br>Sin: 112, 68%               | 0.09                 | Con: 16, 50%<br>Sin: 63, 32.6%           | 0.06                 |
| $\leq$ Primaria,<br>n, %                                      | Con: 28, 47%<br>Sin: 98, 60%                | 0.10                 | Con: 18, 56%<br>Sin: 80, 41.5%           | 0.12                 |
| Menopausia,<br>n, %   | Con: 22, 69%<br>Sin: 115, 60%               | 0.32                 | Con: 34, 58%<br>Sin: 102, 62%            | 0.54                 |
| Tiempo de evolución de la enfermedad (años), Media $\pm$ DE   | Con: 1.6 $\pm$ 1.8<br>Sin: 0.9 $\pm$ 1.0    | 0.04                 | Con: 1.2 $\pm$ 1.7<br>Sin: 0.9 $\pm$ 1.0 | 0.19                 |
| <b>Soporte social</b>   |   |                      |  |                      |
| Número de personas que brindan soporte social, Media $\pm$ DE | Con: 1.8 $\pm$ 1.13<br>Sin: 4.10 $\pm$ 2.13 | < 0.001              | Con: 2.8 $\pm$ 1.8<br>Sin: 4.1 $\pm$ 2.2 | 0.001                |
| Grado de satisfacción con el soporte social, Media $\pm$ DE   | Con: 1.4 $\pm$ 0.97<br>Sin: 1.4 $\pm$ 0.69  | 0.75                 | Con: 1.6 $\pm$ 0.8<br>Sin: 1.4 $\pm$ 0.7 | 0.28                 |
| <b>Afectividad</b>  |   |                      |  |                      |
| Afectividad positiva como estado,<br>Media $\pm$ DE           | Con: 20.9 $\pm$ 6.0<br>Sin: 29.9 $\pm$ 7.8  | < 0.001              | Con: 25 $\pm$ 8.6<br>Sin: 30 $\pm$ 7.8   | < 0.001              |
| Afectividad positiva como rasgo,<br>Media $\pm$ DE            | Con: 22.9 $\pm$ 7.2<br>Sin: 29.9 $\pm$ 7.1  | < 0.001              | Con: 29 $\pm$ 8.6<br>Sin: 29 $\pm$ 7.0   | 0.80                 |
| Afectividad negativa como estado, Media $\pm$ DE              | Con: 26.2 $\pm$ 7.8<br>Sin: 19.6 $\pm$ 7.8  | < 0.001              | Con: 28 $\pm$ 7.9<br>Sin: 18 $\pm$ 6.2   | < 0.001              |
| Afectividad negativa como rasgo,<br>Media $\pm$ DE            | Con: 23.7 $\pm$ 7.2<br>Sin: 18.2 $\pm$ 6.9  | < 0.001              | Con: 25 $\pm$ 7.1<br>Sin: 17 $\pm$ 6.0   | < 0.001              |

<sup>1</sup>. De acuerdo al punto de corte del HADS, las pacientes con depresión fueron 59, pacientes sin depresión: 194; pacientes con ansiedad: 32, y las pacientes sin ansiedad: 193.

<sup>2</sup>. Comparación de medias con t-Student de muestras independientes; y de porcentajes con Chi cuadrada.

En el análisis de regresión múltiple, en donde la variable dependiente fue la sintomatología depresiva, entraron al modelo final: afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo en las últimas semanas, número de personas que apoyan a la paciente, afecto negativo generalmente y tiempo de evolución de la enfermedad. En el análisis de regresión múltiple, en donde la variable dependiente fue la sintomatología ansiosa, entraron al modelo final: afecto negativo en las últimas semanas, afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo generalmente y número de personas que apoyan a la paciente.

**Conclusiones:** En congruencia con reportes internacionales al respecto, las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan altas prevalencias de depresión y ansiedad, que sugieren la necesidad de implementar programas y servicios de salud mental efectivos para esta población. Adicionalmente, un bajo puntaje de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explicaron la presencia depresión y ansiedad, con lo que este estudio suma evidencia a la reportada relación entre tales entidades clínicas y el grado de apoyo social con que cuenta una persona que cáncer de mama.

**Referencias del estudio:** 1) Sobre la prevalencia: Morales M, Robles R, Jiménez LM y Morales J. (2007). Prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres mexicanas con cáncer de mama. *Salud Pública de México*. Vol. 49 (5).

2) Sobre la relación con afectividad y soporte social: Robles R., Morales, M., Jiménez, L.M. y Morales J. (2008). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El papel de la afectividad y el soporte social. *Manuscrito enviado a publicación*.

## Efectividad de la terapia cognitivo conductual para depresión de mujeres que habitan zonas rurales de Jalisco

### ANTECEDENTES:

La depresión mayor y los trastornos de ansiedad, se anticipan como algunas de las primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad y calidad de vida. A pesar de que se dispone de herramientas efectivas de manejo (farmacológicas y psicoterapéuticas), la accesibilidad a ellas en México, es escasa. El principal elemento de salud que cubre las necesidades de las zonas marginadas es el pasante en servicio social de la carrera de medicina. Por ello, este trabajo pretendió evaluar el impacto de una maniobra psicoterapéutica aplicada por un pasante de medicina con un entrenamiento específico en dicho procedimiento. Esto es planteado como una solución inicial para llevar acciones en salud mental al primer nivel de atención.

### OBJETIVO:

Determinar la efectividad de una intervención psicológica cognitivo-conductual grupal, breve, manualizada y impartida por un pasante de medicina previamente entrenado para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres que habitan zonas rurales.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Los sujetos elegibles fueron mujeres adultos, que supieran leer y escribir y que fueran residentes de la cabecera municipal de Guachinango y una de sus localidades, llamada la Estanzuela. Ambas, zonas rurales del Estado de Jalisco. Un pasante de medicina invitó de forma indistinta a por lo menos 80 mujeres a participar en el estudio, anticipando una tasa de deserción del 25%. La meta era concluir con al menos 20 mujeres en el grupo de intervención y 20 controles. Todas las mujeres firmaron voluntariamente un consentimiento de participación. El pasante de medicina (J.C.P) contó con un entrenamiento de cuatro horas impartido por una psicóloga con maestría en psicología Clínica (R.R.G), quien diseñó la intervención psicológica y los manuales para el terapeuta y las usuarias. La intervención consiste en un programa terapéutico fundamentado en los principios de psicoterapia cognitivo-conductual, que se caracteriza por ser una aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración. La intervención consistió en 4 sesiones semanales de dos horas cada una. Los instrumentos de medición de sintomatología, los Inventarios de Ansiedad (IAB) y Depresión (IBB) de Beck, fueron aplicados antes de la intervención para casos y controles, una evaluación posterior a la intervención para el grupo de casos y una a los 5 meses para ambos grupos.

### RESULTADOS:

El grupo de intervención (GI) (n=27), y el grupo control (GC) (n=24) no difirieron estadísticamente en ninguna variable sociodemográfica ni en la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad en los basales. En el ANOVA de medidas repetidas para la sintomatología depresiva, incluyendo basal y a los 5 meses se encontró un efecto significativo para los cambios en el tiempo ( $F_{22.7, gl=1, 50, p < 0.001}$ ) y la interacción tiempo por grupo experimental ( $F_{5.5, GI=1, 50, p=0.02}$ ). El IBB basal del GI fue de  $20.8 \pm 9.8$ , y el de 5 meses fue de  $11.0 \pm 10.3$ . El IBB basal para el GC fue de  $21.2 \pm 11.6$ , y el de 5 meses de  $17.9 \pm 13.9$ . En el caso de la ansiedad, se encontró un efecto significativo para cambios en el tiempo ( $F_{4.7, GI=1, 50, p=0.03}$ ) pero no significativa para la interacción tiempo por grupo experimental. El IAB basal del GI fue de  $12.9 \pm 8.6$ , y el de 5 meses fue de  $8.5 \pm 7.9$ . El IAB basal para el GC fue de  $17.1 \pm 13.7$ , y el de 5 meses de  $15.2 \pm 10.3$ . En la Tabla 1 se ofrecen las puntuaciones promedio de sintomatología depresiva y ansiosa de ambos grupos, tanto al inicio como al final y a los cinco meses de la intervención. Adicionalmente pueden observarse los estadígrafos producto de su comparación.

Tabla 1. Comparación de sintomatología depresiva y ansiosa al inicio, final y cinco meses de la intervención

| Grupo              | Sintomatología Inicial                                | Sintomatología Final                                  | Sintomatología a 5 meses                              | Comparación de Medias   |
|--------------------|---|---|---|---|
| Casos<br>n= 27     | Depresión $20.8 \pm 9.9$<br>Ansiedad $12.9 \pm 8.6$   | Depresión $10.2 \pm 9.8$<br>Ansiedad $8.2 \pm 8.0$    | Depresión $11 \pm 10.3$<br>Ansiedad $8.5 \pm 7.9$     | $F= 22.7$ $gl= 1, 50$ $p < .001$<br>$F= 4.7$ $gl= 1, 50$ $p=0.03$ |
| Controles<br>n= 25 | Depresión $21.2 \pm 11.4$<br>Ansiedad $16.9 \pm 13.5$ | Depresión $18.4 \pm 13.8$<br>Ansiedad $15.2 \pm 10.1$ | Depresión $17.9 \pm 13.9$<br>Ansiedad $15.2 \pm 10.3$ | $F= 5.5$ $gl= 1, 50$ $p=0.02$<br>No significativa                 |

### CONCLUSIONES:

Las mujeres que recibieron una intervención psicológica grupal por un pasante de medicina redujeron los niveles de sintomatología depresiva hasta 5 meses después en forma significativa en comparación del grupo control. En el caso de la ansiedad, los grupos no difirieron. Los síntomas depresivos pueden ser más susceptibles a este tipo de intervenciones que los ansiosos.

**Autores del estudio:** Páez F, Robles R y Chávez J.

**Instituciones (en el momento del estudio):** Instituto Jalisciense de Salud Mental y Universidad de Guadalajara.

## Efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva

**Introducción:** Los pacientes que presentan sintomatología de ansiedad o depresión muestran déficit conductuales en asertividad o habilidades sociales, lo que sugiere que pueden resultar beneficiados de un entrenamiento asertivo.

**Objetivo:** Determinar la efectividad de un entrenamiento asertivo para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa en adultos que acuden a servicios de Psicología con la queja de depresión, ansiedad y problemas interpersonales.

**Método:** Se impartió un entrenamiento asertivo manualizado, de forma grupal y breve (Ver Tabla 1 para una descripción); y se evaluaron antes y después del mismo con base en los Inventarios de depresión y ansiedad de Beck, y el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Tabla 1. Entrenamiento asertivo: Contenido

|  |  |
|--|--|
| <b>SESION 1.</b><br>ENCUADRE               | Presentación y expectativas del curso<br>Exposición de reglas para trabajo grupal<br>Aplicación de Instrumentos<br>Definición de marco conceptual del entrenamiento y del programa de trabajo.   |
| <b>SESION 2.</b><br>RELAJACION MUSCULAR    | Definición de relajación muscular<br>Procedimientos de relajación de pares de músculos de Jacobson   |
| <b>SESION 3.</b><br>MODIFICACION COGNITIVA | Identificación de ideas irracionales o pensamientos inadecuados relacionados<br>Análisis y modificación de pensamientos con base en técnicas de TRE.   |
| <b>SESION 4.</b><br>ENTRENAMIENTO ASERTIVO | Definición.<br>Identificación de conductas agresivas, pasivas y asertivas.<br>Identificación de relaciones comerciales, de autoridad y de igualdad<br>Ejercicios (presentaciones y relajación muscular).   |
| <b>SESION 5.</b><br>CONDUCTA NO VERBAL     | Definición e Identificación de Conducta no verbal.<br>Práctica Grupal de Ejercicio Tópicos superficiales, ejercicio SI-NO, y ejercicio saludo de mano.<br>Introducción a derechos asertivos.<br>Práctica Grupal del Ejercicio derechos humanos en imaginación. |
| <b>SESION 6.</b><br>TECNICAS ASERTIVAS     | Técnicas asertivas: Definición y práctica grupal (Libre información, autorrevelación, aserción negativa). Interrogación negativa   |
| <b>SESION 7.</b><br>TECNICAS ASERTIVAS     | Técnicas asertivas: Definición y práctica grupal (Disco rayado, banco de niebla, compromiso viable, hacer y rehusar peticiones, hacer declaraciones sin explicación).  |
| <b>SESION 8.</b><br>SOLUCION DE PROBLEMAS  | Entrenamiento en solución de problemas: Descripción y práctica grupal de solución de problemas de la vida cotidiana.   |
| <b>SESION 9.</b><br>EVALUACION             | Aplicación de Instrumentos de evaluación.<br>Evaluación del curso, cierre y despedida.   |

**Nota:** En todas las sesiones se llevó asignación y revisión de tareas para casa.

**Resultados:** La muestra final del estudio estuvo conformada por 10 pacientes, 7 de los cuales eran mujeres (70%), y 3 hombres (30%), con una edad promedio de  $26.2 \pm 9.57$  años, y una escolaridad de  $13.66 \pm 2.06$  (rango = 11 – 16) años. En la Tabla 2 que se muestra a continuación se presentan las puntuaciones promedio de depresión, ansiedad, y asertividad antes y después del entrenamiento, así como los resultados de su comparación.

Tabla 2. Comparación de puntuaciones de Asertividad y sintomatología depresiva y ansiosa antes y después del entrenamiento asertivo.

| Escala                           | Media y DS antes del entrenamiento | Media y DS después del entrenamiento | Comparación de medias |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <b>Depresión</b>                 | 21.16 $\pm$ 18.45                  | 11.6 $\pm$ 7.66                      | -9.4 p=.34            |
| <b>Ansiedad</b>                  | 22.57 $\pm$ 16.34                  | 11.14 $\pm$ 7.55                     | -11.43 p=.043         |
| <b>Grado de Incomodidad</b>      | 118 $\pm$ 26.43                    | 81.9 $\pm$ 24.09                     | -36.1 p=.005          |
| <b>Probabilidad de Respuesta</b> | 111.7 $\pm$ 16.04                  | 89.20 $\pm$ 17.67                    | -22.5 p=.007          |

**Conclusiones:** Después del entrenamiento asertivo se presentó una disminución de sintomatología depresiva y ansiosa y del grado de incomodidad para el comportamiento asertivo, así como un aumento de probabilidad de conducta asertiva.

Este estudio, que con suerte representa un esfuerzo por divulgar la utilización del entrenamiento asertivo por parte de los profesionales de la salud, presenta sin embargo limitaciones metodológicas, entre las que destaca el tamaño de la muestra. En esta dirección resultan necesarios estudios adicionales que hagan posible la generalización de sus resultados.

### Referencia del estudio:

Robles, R., Flores, E., Jurado, S. y Páez, F. (2002). Efectividad del entrenamiento asertivo para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa. *Psiquiatría*, 18 (3), 176-179.

# Promoción de la Salud mental

PSIC. MIRNA ALICIA RIVERA GONZÁLEZ

La Promoción de la salud es una disciplina básica de la salud pública; interviene en las condiciones en que encuentra el ser humano e instrumenta las acciones necesarias para incidir en un saludable desarrollo.

44

Por otro lado la salud mental es el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.

De este modo la promoción de la salud mental se identifica como el proceso orientado a estimular los recursos, habilidades y fortalezas de los individuos y las comunidades con el fin de obtener el control de sus propias vidas y mejorar su salud mental.

Para lograr incidir en la salud mental de la población es importante no perder de vista que se encuentra fuertemente vinculada a la conducta. Esto implica identificar los problemas mentales, sociales y de conducta, estos interactúan de forma tal que intensifican sus efectos sobre el bienestar del individuo.

El abuso de sustancias, la violencia, y los abusos de mujeres y niños por una parte y los problemas de salud como la enfermedad cardíaca, la depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo. Discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos.

Diversos estudios de salud pública han demostrado que las políticas y prácticas no saludables pueden afectar la salud mental.

En general la salud mental y los problemas mentales están determinados por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de enfermeda-

des mentales, los cuales en los países desarrollados y en vías de desarrollo están asociados con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de los niveles de desarrollo.

A partir de esto, la Organización Mundial de la Salud plantea que la promoción de la salud mental debe tener enfoques tanto en el individuo como en el ambiente. Esto exige la participación de una gama mucho más amplia de intervenciones y actores que la que conlleva el modelo tradicional de la medicina que se centra en capacitar a los especialistas para que devuelvan la función a los individuos.

En éste sentido la carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS 1986) propone las siguientes estrategias de acción:

1. Conformar políticas públicas saludables
2. Crear ambientes de apoyo
3. Fortalecer la acción comunitaria
4. Desarrollar habilidades personales
5. Reorientar los servicios de salud.

## Practica de la promoción para la salud mental

A pesar de los diversos entornos, el trabajo para la salud presenta características comunes basadas en la colaboración y ciclos recurrentes de planificación, implementación y evaluación de programas. Los modelos preponderantes (Tones & Tilford 2001; Raeburn 1998)

destacan la intención de desarrollar el potencial de las personas para controlar su propia salud y trabajar en colaboración. En este sentido la mayoría de los modelos prácticos de promoción para la salud incluyen:

Un estudio detallado de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de una comunidad en colaboración con la comunidad “haciendo en conjunto con” en lugar de “haciendo para”

Acuerdo sobre un plan de acción, recopilación de recursos, implementación y monitoreo de las acciones y demandas de condiciones nuevas o cambiantes, así como una vigilancia constante y reflexión sobre la práctica y

Un énfasis en la evaluación y diseminación de las mejores prácticas, con atención al mantenimiento de la calidad a medida que evoluciona la diseminación.

En el sentido de las acciones dirigidas a la promoción de la salud mental se sugiere realizar especial énfasis en promover la salud mental en las primeras etapas de la vida. Durante las primeras etapas de la vida, el funcionamiento mental, social y físico es mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Lo que sucede desde el nacimiento hasta la edad de tres años influye en la forma en que se desarrolla el resto de la infancia y la adolescencia (UNICEF 2002). Un inicio saludable en la vida contribuye enormemente a un mejor desempeño posterior en el niño en la escuela, con los compañeros, en las relaciones íntimas y con conexiones más amplias con la sociedad.

Respecto a ello es importante realizar intervenciones educativas y psicosociales para escolares, lo cual comprende: programas de lectura para familias en bi-

bliotecas, detección de problemas de salud, programas de recreación organizada y programas televisivos que enseñan las habilidades de lectura y valores socioemocionales a niños de escuela primaria.

Por otro lado es importante reducir la violencia y mejorar el bienestar emocional en el entorno escolar; debido a la conveniencia de realizar intervenciones en un entorno donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los entornos más importantes para las intervenciones en niños y jóvenes. Para que los niños se desempeñen efectivamente, necesitan destrezas sociales y emocionales. También necesitan la seguridad que les permita usar esas destrezas en forma constructiva y las oportunidades para practicar sus habilidades, con el fin de ayudar a desarrollar un sentido de identidad. Este es un proceso que se denomina “aprendizaje social y emocional”.

Coadyuvando a las anteriores premisas, es de vital importancia generar un ambiente psicosocial positivo en las escuelas (“escuelas cordiales para niños”) el niño puede impactar en forma positiva la salud mental y el bienestar de los jóvenes. (OMS 2003). Los componentes de un ambiente psicosocial positivo en la escuela incluye proporcionar una atmósfera amistosa, gratificante y de apoyo; respaldando la cooperación y el aprendizaje activo y prohibiendo el castigo físico y la violencia.

Apoyando estas acciones, se propiciará el empoderamiento de niños y jóvenes sobre su salud integral, favoreciendo el ejercicio de sus derechos e invitándolos a buscar mejores condiciones de salud física y mental.

#### Bibliografía:

- Promoción de la Salud Mental, Organización mundial de la Salud, Ginebra 2004.
- Modelo Operativo de promoción de la Salud, Secretaría de Salud, 2001-2006

# SALME



46





# DIRECTORIO 2008 DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL ESTADO DE JALISCO

Servicios De Salud Jalisco  
Instituto Jalisciense De Salud Mental  
Red Estatal de Módulos Comunitarios de Salud Mental

## Línea telefónica de intervención en crisis

**TEL:** 075  
**RESPONSABLE:** Dr. Eduardo Valle Ochoa  
**SERVICIOS:** información, orientación, intervención y canalización  
**HORARIO:** las 24 horas del día los 365 días del año  
**LADA SIN COSTO:** 01 800 227 47 47

## Módulos comunitarios de salud mental y prevención de adicciones

### SERVICIOS:

Consulta psiquiátrica y/o psicológica (individual, parejas, familias, grupos)  
Promoción de la salud mental y estilos de vida saludables  
Prevención de los trastornos mentales y las adicciones

### HORARIO:

De lunes a viernes de 8:00 a 15:30 hrs.

### REGIÓN SANITARIA I: Colotlán

Bolaños / Colotlán / Chimaltitán / Huejucar / Huejuquilla el Alto  
Mezquitic / San Martín de Bolaños / Santa María de los Ángeles  
/ Totatiche / Villa Guerrero

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Hospital de Primer Contacto

### DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO:

Dr. José de Jesús González Curiel

**DIRECCIÓN:** Conocido

**CIUDAD:** Colotlán, Jal. **C.P.:** 46200

**TEL/FAX:** 01 (499) 992-17-42, 992-17-43

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:** Lic. Blanca Gabriela López Maciel

### PSIQUIATRA:

**PSICÓLOGO:** Lic. Diana Margarita Carrillo Ávila

**TRABAJADORA SOCIAL:** Noemí Sánchez Martínez

### REGIÓN SANITARIA II: Lagos de Moreno

Encarnación De Díaz / Lagos De Moreno / Ojuelos / San Diego De Alejandría / San Juan De Los Lagos / San Julián / Unión De San Antonio / Teocaltiche / Villa Hidalgo

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Lagos de Moreno

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Pedro Graciliano García

**DIRECCIÓN:** Calle División del Norte s/n Col. San Miguel

**CIUDAD:** Lagos de Moreno, Jal. **C.P.:** 47420

**TEL:** (01-474) 742-42-60 **FAX:** 741-18-26

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:**

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Mario Mendoza Rentería \*\*

**PSICÓLOGO:** Lic. Elsa Aldana Ruiz Esparza

**TRABAJADOR SOCIAL:** Lic. Ma. de Jesús Macías Veloz

### REGIÓN SANITARIA III: Tepatitlán

Encarnación De Díaz / Lagos De Moreno / Ojuelos / San Diego De Alejandría / San Juan De Los Lagos / San Julián / Unión De San Antonio / Teocaltiche / Villa Hidalgo

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Tepatitlán

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Rubén Ramos Acuña

**DIRECCIÓN:** Calle Aldama y Calle Tepeyac

**CIUDAD:** Tepatitlán, Jal. **C.P.:** 47600

**TEL/FAX:** 01 (378) 782-03-63

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:** Dra. María Guadalupe Padilla Jiménez

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Miguel Ramírez Rodríguez

**PSICÓLOGO:** Lic. Ana Silvia Hernández Castellanos

**TRABAJADOR SOCIAL:** Lic. Irma Berenice López Ramírez

### REGIÓN SANITARIA III: Tepatitlán

Acatic / Arandas / Jalostotitlán / Jesús María / Mexxicacán / San Miguel el Alto / Tepatitlán / Valle de Guadalupe / Villa Obregón / Yahualica

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Modulo Municipal de Salud Mental de Arandas

**PRESIDENTE MUNICIPAL:** José Luis Magaña Coss y León.

**UBICACIÓN:** Hospital del Sagrado Corazón.

**DIRECCIÓN:** Calle Álvaro Obregón No. 268

**CIUDAD:** Arandas, Jal. **C.P.:** 47600

**Tel/fax:** 01 (348) 78-304-31

**PSIQUIÁTRA:** Médico residente en rotación

**PSICÓLOGO:** Lic. Ariadna de Guadalupe Muñoz Bustos.

**TRABAJADOR SOCIAL:** L.T.S. Ana Isabel Herrera.

---

**REGIÓN SANITARIA IV: La Barca**

Bolaños / Colotlán / Chimaltitan / Huejucar  
Huejuquilla el Alto / Mezquitic / San Martín de Bolaños  
Santa María de los Ángeles / Totatiche / Villa Guerrero

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud La Barca

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. David Cerda Vázquez

**DIRECCIÓN:** Adolfo Ruiz Cortines #29

**CIUDAD:** La Barca, Jal. **C.P.:** 47910

**TEL/FAX:** 01 (393) 93-5-11-12

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:** Lic. Rosa Elvira Zapien González

**PSIQUIÁTRA:** Dra. Carolina Rangel Fonseca.

**PSICÓLOGA:** Lic. Carmen Araceli González Arceo

**TRABAJADOR SOCIAL:** L.T.S. Viviana Alejandra Flores Arceo.

---

**REGIÓN SANITARIA V: Tamazula**

Concepción de Buenos Aires / Jilotlán de los Dolores  
Manuel M. Dieguez / Manzanilla de la Paz / Mazamitla  
Pihuamo / Quitupan / Tamazula / Tecalitlán / Valle de Juárez

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Hospital de Primer Contacto Tamazula

**DIRECTOR:** Dr. Paulo Salvador García Reyes

**DIRECCIÓN:** Quintanar #50 **C.P.:** 49650

**CIUDAD:** Tamazula, Jal.

**TEL/FAX:** 01 (358) 416-06-44 y 416-03-41

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Luis Arturo Ramírez Lomelí \*\*

**PSICÓLOGO:** Lic. Mónica Sánchez Mendoza

**TRABAJADORA SOCIAL:** LTS. Liliana Margarita Milanés Magaña

**RESPONSABLE:** Lic. Salvador Corona Anzaldo.

---

**REGIÓN SANITARIA VI: Ciudad Guzmán**

Amacueca / Atemajac de Brizuela / Atoyac / Chiquilistlan / Ciudad Guzmán / Gomez Farias / Sayula / Tapalpa / Techaluta / Teocuitatlán de Corona / Tolimán / Tonila / Tuxpan / Venustiano Carranza / San Gabriel / Zacoalco de Torres / Zapotitlic / Zapotitlán de Vadillo

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Ciudad Guzmán

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Adrián Rene González Ochoa

**DIRECCIÓN:** Av. Constituyentes #162

**CIUDAD:** Ciudad Guzmán, Jal. **C.P.:** 49000

**TEL/FAX:** 01 (341) 413-25-26 y 413-68-64

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:** Dr. Miguel Ángel Medina Gómez

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Sergio Ramírez Ortega\*\*

**PSICÓLOGO:** Lic. Mónica Morales Chávez

**TRABAJADOR SOCIAL:** Lic. Ma. Guadalupe Naranjo López

---

**REGIÓN SANITARIA VII: Autlán**

Atengo / Autlán / Ayutla / Casimiro Castillo / Cihuatlán / Cuautitlán / Ejutla / El Grullo / La Huerta / Juchitlán / El Limónn / Purificación / Tecolotlán / Tenamaxtlan / Tonaya / Tuxcacuesco / Union De Tula

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Hospital de las Montañas

**DIRECTOR:** Dr. Guadalupe Parra Romero

**DIRECCIÓN:** Antonio Borbón S/N o Aldama No. 18-A

**CIUDAD:** Autlán, Jal. **C.P.:** 48900

**TEL/FAX:** 01 317 381 35 00 01 (317) 382-00-55

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:** Dra. Lorena De Niz Olmedo

**PSIQUIATRA:** Dra. Ana Rosa D'ñiz Gómez

**PSICÓLOGO:** Lic. Nancy Cecilia Salazar Moreno

**TRABAJADOR SOCIAL:** Ma. Guadalupe Vega Navarro.

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Juchitlán

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Gilberto Gómez Ruiz

**DIRECCIÓN:** Constitución # 108 **C.P.:** 48600

**TEL/FAX:** (01-349) 374-01-44

**PSIQUIATRA:** Dra. M. Del Carmen Amador Flores

**PSICÓLOGO:** Lic. Adriana Covarrubias Amaral

**TRABAJADORA SOCIAL:** L.T.S. Ricardo Márquez Méndez

---

**REGIÓN SANITARIA VIII: Puerto Vallarta**

Cabo Corrientes / Mascota / Puerto Vallarta / San Sebastián del Oeste  
Talpa de Allende / Tomatlán

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Puerto Vallarta

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Ricardo Uribe González

**DIRECCIÓN:** Juárez #956

**CIUDAD:** Puerto Vallarta, Jal. **C.P.:** 48300

**TEL:** 01 (322) 223-39-29,

**FAX:** 01(322) 222-11-04 Región Sanitaria

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Héctor Hernández Fuentes

**PSICÓLOGO:** Plácido Estrada Márquez

**TRABAJADOR SOCIAL:** Lic. Ma. Josefina Quijas Gómez \*\*

---

**REGIÓN SANITARIA IX: Ameca**

Ahualulco del Mercado / Ameca / Antonio Escobedo  
Atenguillo / Cocula / Etzatlan / Guachinango / Hostotipaquillo  
Magdalena / Mixtlán

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro De Salud Ameca

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Rogelio Preciado Ramírez

**DIRECCIÓN:** Flavio Romero de Velasco # 162

**CIUDAD:** Ameca, Jal. **C.P.:** 46600

**TEL/FAX:** 01 (375) 758-00-66

**PSIQUIÁTRA:** Dr. Gerardo Plascencia Dorado

**PSICÓLOGO:** Lic. Luis Rafael Uribe Topete

**TRABAJADOR SOCIAL:** L.T.S. Benita Alcantar Nungaray

---

**REGIÓN SANITARIA XIII GUADALAJARA CENTRO.**

Sector Juárez / Sector Reforma / Sector Hidalgo / Sector Libertad

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud N° 3

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:**

**DIRECCIÓN:** Circunvalación División del Norte y Federalismo

**CIUDAD:** Guadalajara, Jal. **C.P.:** 45150

**TEL/FAX:** 38-233262

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA:**

**PSIQUIATRA:**

**PSICÓLOGA:** Lic. Esthela Hidalgo Torres.

---

## **Region Sanitaria X Zapopan**

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Zapopan Norte II

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Tiberio Cervantes Arce

**DIRECCIÓN:** Av. Laureles y Periférico Norte C.P.: 45149

**TEL/FAX:** (013) 38-54-41-22 Fax (013) 38-53-35-598

**PSIQUIATRA:** Dra. Emma Casillas Pérez \*\*

**PSICÓLOGO:** Lic. Martha Amelia Durán Hernández

**TRABAJADORA SOCIAL:**

---

## **REGIÓN SANITARIA XIII: GUADALAJARA**

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud # 4 "Yugoslavia"

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Rigoberto de la Rosa Ramos

**DIRECCIÓN:** Juan de Dios Robledo #230 C.P.: 44370

**CIUDAD:** Guadalajara, Jal.

**TEL/FAX:** 36-43-04-62 Fax 36-44-20-50-

**PSIQUIÁTRA:** Dra. Claudia Gabriela Inclán Sigala

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA SALUD MENTAL:** LT.S. Ma. Elena Flores

**50 PSICÓLOGA:** Lic. Rosa María Barba Huerta

**TRABAJADOR SOCIAL:** Lic. José Fernando Bravo Cisneros

## **REGIÓN SANITARIA XIII: GUADALAJARA**

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud No. I

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Ramón N. Pelayo Pelayo

**DIRECCIÓN:** Churubusco #143 C.P.: 44360

**CIUDAD:** Guadalajara, Jal.

**TEL/FAX:** 36-17-19-25 y 36-17-65-23

**PSIQUIÁTRA:**

**PSICÓLOGA:** Juana Martínez López

**TRABAJADORA SOCIAL:**

---

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de San Andrés II

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Enrique Efraín Plascencia Palacios

**DIRECCIÓN:** Andrés Bello # 3419 C.P.: 44810

**TEL/FAX:** 36 43-40-98

**PSIQUIATRA:**

**PSICÓLOGO:** Lic. Lourdes Ramírez Godínez \*\*

---

## **REGIÓN SANITARIA XIII: GUADALAJARA**

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Salud Echeverría

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Joaquín López

**DIRECCIÓN:** Salvador Mota #1284 Col. Echeverría C.P.: 44970

**CIUDAD:** Guadalajara, Jal.

**TEL/FAX:** 36-46-30-00

**PSICÓLOGA:** Lic. Bertha Alicia Quintero Tapia

**REGIÓN SANITARIA XIII:** GUADALAJARA

**NOMBRE DE LA UNIDAD:** Centro de Lázaro Cárdenas

**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD:** Dr. Ramón González Enríquez

**DIRECCIÓN:** Av. Patria # 2257 Col. López Portillo C.P.: 44980

**TEL/FAX:** 36-45-74-83

**PSICÓLOGO:** Lic. Lilia Raquel Delgado Covarrubias \*\*

---

## **Centros de Atención Integral en Salud Mental (C.A.I.S.A.M.F.)**

**UNIDAD:** Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve

**DIRECCIÓN:** Av. Zoquipan 1000-A Col. Zoquipan C.P. 45170

**CIUDAD:** Zapopan, Jal.

**TEL/FAX:** 36-33-19-01, 36-33-93-83, 36-33-94-74 y 36-33-95-35

**DIRECTORA:** Dr. Eduardo Valle Ochoa.

**SERVICIOS:**

Consulta externa en clínicas especializadas, hospitalización breve y atención integral de pacientes mentales agudos, urgencias psiquiátricas.

**UNIDAD:** Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada

**DIRECCIÓN:** Km. 17.5 Antigua Carretera a Chapala, Zapote del Valle

**CIUDAD:** Tlajomulco de Zúñiga, Jal.

**TEL/FAX:** 36-96-02-81, 36-96-02-01, 36-96-02-74

**DIRECTOR:** Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia.

**SERVICIOS:**

Hospitalización y atención integral de pacientes mentales crónicos, Rehabilitación y reinserción social.

a r t e



# phsicodelicias

s c o t t n e r i



**La fuerza 2**



**The beat**



LeRunTheDiavolo





El amor



**La sabiduría**



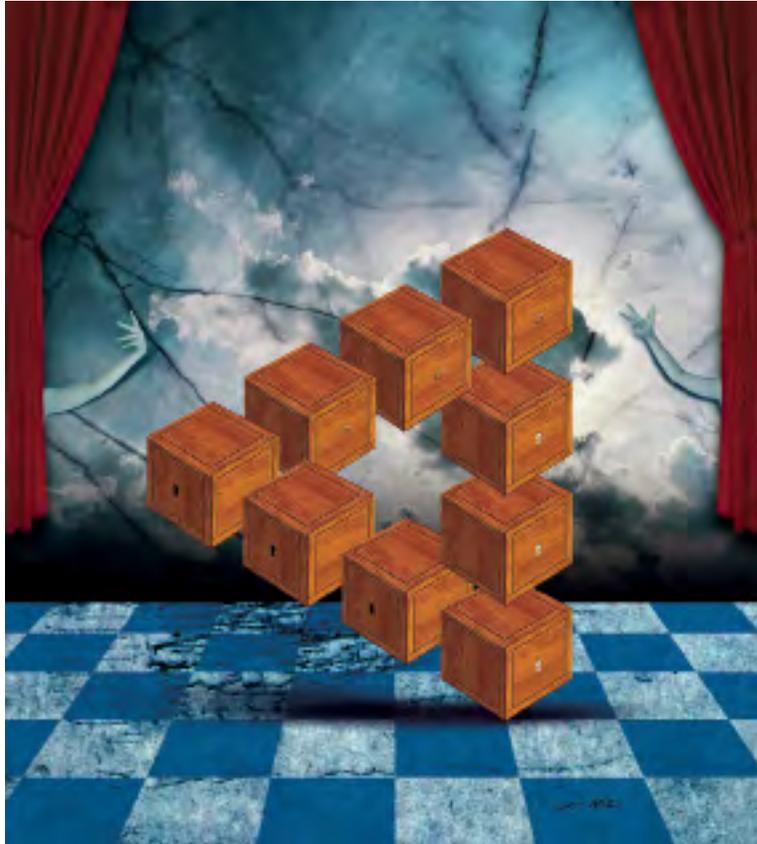
**La compasión**



SCOTT NEEL



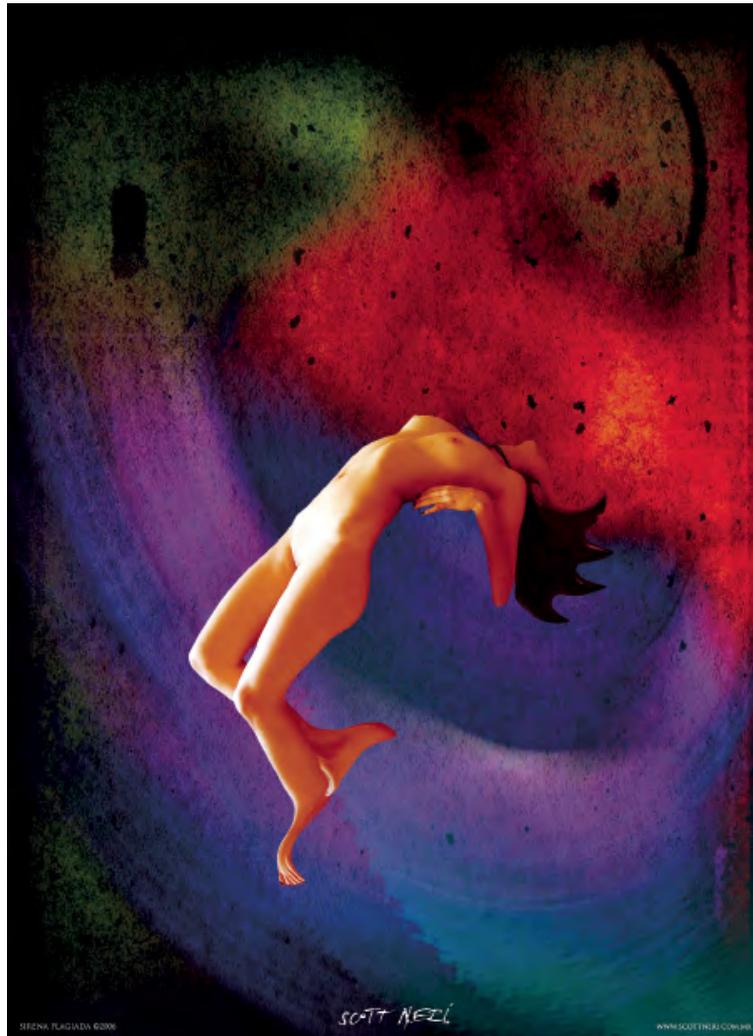
**Mistic Escalier**



El reino



SCOTT NEZI



**S**cott Neri. Guadalajara (18 de Diciembre de 1972). Estudió en Artes Plásticas (UdeG), Cine y video en el Centro de Arte Audio Visual (CAAV) bajo la dirección de Daniel Varela y Guionismo en el Centro de Actores y Autores de Occidente (CAAO) bajo la dirección de Oscar Trejo. Ha ilustrado varias portadas de libros en editoriales independientes. Tiene publicados un par de libros en Ediciones del Plenilunio (*Ritos*, 1997 y *Extrañas Entrañas*, 1998). Ha tomado cursos literarios con: León Plascencia Ñol, Luis Fernando Ortega, Bernardo Esquinca, Blanca Estela Ruiz, entre otros. Ha hecho el arte para la portada de varios albums de bandas mexicanas. ([www.scottneri.com.mx](http://www.scottneri.com.mx)). Trabajó en el periódico Siglo 21, Público, Televisa de Occidente, Publicidad de Aguinaga y otros. Actualmente es director General de Conspiración Tomarte ([www.tomarte.com](http://www.tomarte.com)). y Director de arte en EterUltra Studio. ([www.eterultra.com](http://www.eterultra.com)). Toma clases de pintura con los pintores Carlos Larracilla, Rita Basulto y Enrique Monraz.

### Sirena plagiada

# ¿Ansiedad?



inseguridad



irritabilidad



estrés



angustia



**Lozam**<sup>®</sup>  
Lorazepam