

LA DEPRESION Y EL MEDICO GENERALISTA*

Dr. EDUARDO LUNA YEPEZ

Hospital Carlos Andrade Marín. Quito

RESUMEN

El médico generalista se encuentra frecuentemente involucrado en el manejo de los estados depresivos. El manejo adecuado de estos pacientes se podrá realizar en base a una adecuada empatía médico-paciente. En este trabajo se revisan las causas más frecuentes de depresión exógena, se discute su fisiopatología y la conducta que debe adoptar el médico general. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 11: 61, 1986).

Tarde o temprano, estando o no dispuesto y preparado para ello, el médico generalista, llámese este Pediatra, médico general o familiar o el internista, se encuentra involucrado en el manejo de los estados depresivos que presentan los pacientes.

FRECUENCIA

La depresión como entidad clínica es tan frecuente que, según la OMS, de 120 a 150 millones de personas la sufren en el mundo, es decir la padece de un 3 a un 5 por ciento de la población universal. De tantos millones de deprimidos, el 98.3 por ciento o no ha sido diagnosticado o no recibe tratamiento. Recibe pues, atención médica, solo el 1.7 por ciento de los tratados, 1.5 por ciento (más del 88 por ciento) lo son por el médico generalista, pues acude al psiquiatra solo el 0.2 por ciento de los que demandan atención médica a causa de la depresión (12 por ciento) (21). Se afirma que entre los pacientes que acuden al médico general de 10 a 20 por ciento sufre trastornos depresivos como entidad primaria y algunos autores suben el porcentaje hasta un 40 o 50 por

ciento. De la consulta psiquiátrica se estima que de un 50 a 60 por ciento son pacientes depresivos. (13).

CUADRO CLINICO Y CONDUCTA DEL MEDICO

Muchas veces no es difícil para el médico darse cuenta de que el paciente con quien trata está deprimido, si su fisonomía o su actitud son elocuentes: triste hasta el llanto fácil o abatido hasta la inmovilidad (1, 2, 5, 8, 9, 11, 12, 16, 18, 21, 24).

UN DUELO CERCANO

La pérdida de un ser querido, provoca cuadros depresivos típicos que no se prolongan, más allá de unas pocas semanas, cuatro a doce como máximo. El duelo emocionalmente aniquilado, se deja llevar por la aflicción, la pena, la tristeza o la pesadumbre hasta el desaliento. Se siente frustrado, abriga sentimientos de culpa y alternan las manifestaciones depresivas con las de la angustia y ansiedad. (11) El médico pacientemente tiene que afrontar las reacciones severas que se suscitan

* Conferencia presentada en el V Congreso Ecuatoriano de Psiquiatría. Quito, X de 1984

en el período de duelo, que constituyen una verdadera depresión reactiva. Al desfallecimiento provocado por el dolor profundo, (o dolor del alma) muchas veces se acompaña un inexplicable sentido de hostilidad hacia los otros deudos o amigos cercanos.

El que sufre por una pérdida reciente, altera su conducta volviéndose carente de interés, automatizado, embargado por el recuerdo o la imagen del ser querido y perdido. Depresiones iguales, o peores sienten los íntimos de las personas raptadas, perdidas o desaparecidas, porque la angustia de la incertidumbre agrava las características reaccionales de tipo emocional y afectivo.

El médico sabe que deben respetarse las lágrimas, los sollozos, la angustia y la hostilidad que son expresiones de la pesadumbre y solo cuando la ansiedad, la inquietud, o la depresión rebasan los límites previsibles en intensidad o duración, debe recurrir a la ayuda de tranquilizantes menores o hipnóticos para cortar el insomnio angustioso, por ejemplo, drogar a un deudo que llora es taponar su escape emocional.

El médico debe ayudar al deudo deprimido siendo compasivo y empático y procurando asistirlo para que, comprendiendo la pérdida sufrida la acepte por irremediable, reordenando su dinámica emocional a fin de que logre reinsertarse, a través de una actividad normal, fruto de una actitud equilibrada, en el quehacer del contexto familiar y social.

Frente a lo absurdo, irracional e inexplicable de la muerte, el doliente no requiere respuesta a sus preguntas, ni actos de amabilidad. Sino de una relación humana con un testigo, a veces mudo, que demuestre entender y parezca aceptar la ambivalencia de la reacción de deudo, el cual carece de voluntad para continuar participando en los modelos corrientes de conducta personal y social.

Muchos de los rituales sociales empleados en los días primeros del duelo tienden a ser atenuantes de la pena y pueden ayudar a encontrar caminos hacia la reintegración social. En otras ocasiones, son el aislamiento y la so-

ledad gozada en ambiente físico distinto a aquel con el que participó con el extinto, los que ayudan a atenuar la depresión causada por la pena.

El médico debe alentar al deudo a que refuerce el "pasado selectivo recordado" de su añorado ausente, haciendo hincapié en la exaltación de sus virtudes y logros, cualidades y éxitos, para que su imagen contribuya no solo a consolar sino a enaltecer al afligido, pero también debe estar muy atento a avisorar las manifestaciones de reacciones patológicas al duelo que, aunque muchas veces larvadas, anuncian no en pocas ocasiones, verdaderas manifestaciones de reacciones psicopáticas; la situación de duelo prolongado, por ejemplo, una reacción de aflicción desmesurada e inacabable con características patológicas, frecuentemente auspiciadora de intentos suicidas o de la consumación de los mismos, también final de muchas otras depresiones. El médico, el familiar especialmente, puede reconocer el fenómeno de "la resurrección de la persona fallecida dentro del yo doliente" en el que, el deudo, en su estado depresivo, empieza a apropiarse de los problemas de la salud que ocasionaron la muerte de la persona perdida.

Si, esta murió de cáncer, se cree presa de dicha enfermedad o se atribuye síntomas premonitores de la misma; si un infarto fue la causa del fallecimiento, se aterra sintiendo palpitations o dolores precordiales y si la defunción fue debida a una enfermedad infecciosa, no se quedará tranquilo ni aún demostrándole que el no fue contagiado.

El hecho de que un deudo se apropie de todo lo que el estima constituyó el sufrimiento o la enfermedad del finado no constituye otra cosa que la expresión de su depresión con manifestaciones hipocóndricas; es pues, el momento de tratar el cuadro depresivo como tal.

En otras ocasiones, la perspicacia del médico le permite descubrir claros signos del "Síndrome del duelo postpuesto" en que se aprecian paradójicas reacciones de hiperactividad y complacencia, aparente indiferencia en relación al fenómeno luctuoso y luego, una to-

ma de actitudes no esperadas tales como la tendencia al derroche, a la aventura en asuntos económicos y financieros, al juego de azar, a la diversión incontrolada, al alcohol o a la droga que, al final, resultan preludio o anticipación de un derrumbamiento futuro hacia un estado depresivo tardío y profundo.

Todo médico, y en especial el generalista está llamado a anticipar estas situaciones de reacción patológica al duelo y orientar su acción hacia la prevención o tratamiento oportuno de los estados depresivos que de ellas se derivan.

Hemos mencionado en primer término el pesar por el duelo, por ser la más típica de las reacciones depresivas reactivas, aunque estas pueden presentarse también, por otras causas.

ORGANIZACION FAMILIAR

Destaquemos ahora el papel que juega la desorganización familiar en la depresión. Cuantas depresiones se originan cuando la unidad familiar es incompleta (ilegitimidad) o cuando la disolución familiar deseada es el resultado de anulaciones, separaciones, divorcios o deserciones o en el seno de las familias vacías en las que, sin disolución legal o formal, sus miembros viven junto pero con mínimo contacto y comunicación que no llega a satisfacer las necesidades personales y sociales básicas de sus miembros.

No son raros los casos de políticos, ejecutivos, artistas, agentes viajeros, investigadores, y profesionales —los médicos entre ellos— cuya presencia en el hogar es esporádica y que, aún presentes, son ajenos al contacto humano o al diálogo, por vivir absorbidos en sus preocupaciones de trabajo o rendidos de cansancio por él mismo.

La televisión también juega un papel disociador en el hogar absorbiendo los pocos momentos que deberían estar dedicados al diálogo y a la intercomunicación,

No solo la muerte de un individuo y las ausencias deseadas son las causas de la crisis

de origen externo, pues también la ausencia no deseada de un elemento familiar que puede deberse al raptó, plagio, encarcelamiento, guerra, situación de rehén, pérdida, fuga o confinamiento prolongado en una institución mental o en un hospital, ocasiona trastornos similares.

También ocurre lo propio cuando un miembro de la familia falla en la ejecución de su papel por enfermedad crónica sea mental, emocional o fisiológica o cuando la miseria reina en un hogar.

Situaciones vivenciales familiares, como las mencionadas, son desencadenantes o determinantes de problemas psicopatológicos graves, tales como los estados depresivos, pero debemos destacar que las neurosis individuales si bien es cierto no son contagiadas, en el sentido estricto de la palabra, si pueden ser inducidas por situaciones de psicopatía familiar (27).

Bien se ha dicho que cuando el niño cura de asma, se perforó la úlcera gástrica de su padre y la madre cayó en estado de profunda depresión al sanar los dos. Lo mencionado permite destacar otro fenómeno que debe mantener alerta al médico generalista que trata a un paciente deprimido o depresivo y es el punto que muchas veces el paciente que llega a la consulta no es el más enfermo entre los de su grupo familiar. Sino una muestra sintomatológica del ámbito psicopatológico que vive o una manifestación de la neurosis familiar imperante en su núcleo social primario. No es el más enfermo pero sí el más valiente o el más sensato o el más alterado y el que comprende oportunamente que requiere ayuda inmediata. (14).

El médico, inquiriendo situaciones familiares y penetrando en el campo de la psicodinámica o la psicopatología de esa familia, puede ejercer fundamental labor curativa o preventiva temprana en los otros familiares, tal vez más necesitados que el que acudió a su consulta.

La investigación de la psicodinamia familiar le permite conocer y aprender qué factores patogénicos determinantes o desencadenantes, presentes en la estructura familiar, son los que

han producido o desencadenado el problema depresivo que se trata de solucionar en el paciente que acudió a su consulta (14, 17).

ENFERMEDADES ASOCIADAS

También sabemos que hay enfermedades como la diabetes, el hipotiroidismo, la enfermedad de Addison, el hiperparatiroidismo, el hipoparatiroidismo, la artritis crónica, la anemia crónica perniciosa o ferropriva, o el cáncer, la que entre su constelación de síntomas ostentan la depresión como manifestación importante. Lo propio sucede con la influenza. El mejoramiento del proceso somático alivia también la reacción psicopática. En otras ocasiones el uso constante de fármacos tales como la reserpina, los barbitúricos, los contraceptivos, la clonidina, la alfametildopa y los corticoides pueden producir depresión, hay que suspenderlos o disminuirlos.

Además, bien podríamos afirmar que no hay enfermedad somática sintomática, por leve que sea, que no produzca estados depresivos, sobre todo si se cronifica.

Son manifestaciones somatopsíquicas y constituyen, por lo general, reacciones situacionales transitorias que no deben alarmar ni al paciente ni a médicos.

El dolor de la neuritis postherpética requiere de la administración de antidepresivos para que no pueda ser sobrellevado sin llegar a situaciones abismales de depresión. Es posible que los antidepresivos eleven, también, el umbral del dolor.

Claro está que el médico generalista tiene que tratar al paciente que ha venido en busca de su ayuda y aliviar los síntomas físicos que le aquejan sin soslayar la repercusión psíquica que generan; pero, no es menos cierto que, en muchas ocasiones, el ansioso, el angustiado o el deprimido no acuden al médico generalista por su psicopatía sino cuando se acentúan los síntomas físicos que expresan su estado depresivo, por ejemplo, síntomas tales como una anorexia marcada o una bulimia, la pérdida de peso, las palpitaciones, las taqui-

cardias paroxísticas, las hipoglicemias, los temblores, las cefaleas, los dolores cervicales, el insomnio de la primera etapa del sueño o los trastornos de la evacuación colónica, son manifestaciones psicósomáticas (6,26).

Pero sí la depresión está mimetizada por la manifestaciones somáticas, que muchas veces constituyen su única expresión, el problema se complica y el médico siempre está obligado a descargar inequívocamente el origen orgánico de los síntomas antes de referir al psiquiatra a un canceroso con metástasis o sin ellas, tal vez operable o a una paciente que sufra del Síndrome de Sheeham o una esclerodermia con compromiso intestinal y Síndrome de malabsorción o de un cáncer pancreático o hipertiroidismo larvado, como muchas veces ha ocurrido, hasta con pacientes que, adoleciendo de un absceso retrocecal crónico secundario a perforación apendicular de seis meses de evolución, que han sido enviados al psiquiatra por no encontrarse la causa de sus dolencias.

Descartado el origen orgánico de la depresión no queda otro recurso que tratarla como tal pues, muchas veces, las depresiones no descubiertas o inadecuadamente tratadas terminan en suicidios evitables.

La depresión, como hemos visto, no es única y puede comprender varios estados mórbidos que reconocen diferentes causas y se manifiestan ya sea por un estado de ánimo bajo o deprimido, penetrante o esparcido, asociado no infrecuentemente con ideación distorsionada pero consonante y compatible con la típica característica del humor alterado y con trastornos de las funciones biológicas tales como el apetito, el sueño y la actividad sexual y también las psicomotoras (6).

La depresión abarca una variedad de enfermedades que se manifiestan por el sentimiento primario de la aflicción o pena, que siguen a una sobrecarga emocional negativa, a pesar que ocasiona una enfermedad o, una pérdida de posición, pérdida material o personal grave, una muerte, una injuria, una injusticia sin visos de reparación, etc. Otras veces constituye una reacción catastrófica y despropor-

cionada, motivada o no, pero siempre negativa y hasta auto-destructiva.

A pesar de ser el trastorno depresivo el embargante, predominante, es notorio que otras emociones exageradas, de aparición periódica acompañan, alternativamente y en forma manifiesta, al paciente deprimido. Estas emociones son el sentimiento de ansiedad o miedo, la angustia, la vergüenza, la confusión, el disgusto, la ambivalencia, la sensación de vacío espiritual y hasta la irritabilidad.

Sin embargo, predominan las ideas y los sentimientos de indignidad, inferioridad, fracaso, desesperanza y culpabilidad y se presentan obsesiones y fobias.

Al clínico no psiquiatra le interesaría conocer a ciencia cierta no sólo la semiología de la depresión, sino también su etiología y su clasificación.

Conoce sus manifestaciones, los signos (o síntomas) propios o sus equivalentes y presume, muchas veces, los factores desencadenantes que en unos producen estados depresivos patológicos y, en otros, reacciones emocionales habituales; y no acierta a determinar, como tampoco los psiquiatras, qué factores intrínsecos son los que pueden determinar reacciones neuróticas.

El clínico tiene que ser un observador profundo del comportamiento humano. Debe darse cuenta de la situación del área cognoscitiva y de conciencia del paciente, de su ideación, memoria, raciocinio y juicio, de su capacidad de síntesis, de la forma de analizar las cosas de su conciencia moral y de las motivaciones de su conducta; así como del área afectiva y temperamental.

Le conviene, sin lugar a dudas, conocer las características que definen a los distintos tipos de personalidad y las manifestaciones o reacciones de tipo psicótico que una persona puede exhibir (3).

Tiene el clínico que saber reconocer al oligofrénico y al demente, al neurótico o al psicótico, ya sea orgánico o funcional.

En absoluto, cualquier individuo "el habitualmente equilibrado o el psicópata"

puede ser presa de la depresión.

Conviene al enfoque diagnóstico, terapéutico y al pronóstico darse cuenta de si la depresión es reactiva, manifestación depresiva neurótica o si es parte de un síndrome maníaco depresivo o si se trata de melancolía o depresión involutiva. Puede ser un estado de ánimo, un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica. Podría también, el clínico tratar de catalogar a sus pacientes siguiendo la clasificación americana DSM III denominando al deprimido menor o neurótico unipolar un trastornado distímico en contraposición al trastornado ciclotímico que sería el deprimido bipolar en el que alternarían estados depresivos e hipomaníacos, no severos, muy distintos en gravedad a la enfermedad maníaco-depresiva, como también es diferente la depresión mayor unipolar endógena de la menor ya mencionada. (5, 10, 21, 28).

De la misma manera que el obstetra debe manejar la depresión de la puerpera y el ginecólogo la de la "ligada", la histerectomizada o la mamectomizada o el urólogo la depresión del castrado o el ortopedista la del amputado, el geriatra la del individuo de la tercera edad, el cardiólogo la del infartado, la del cirujano general la del transplantado o la del paciente con ileostomía y el nefrólogo la depresión del insuficiente renal crónico sujeto a diálisis periódicas o el dermatólogo la del eczematoso. Así el médico generalista debe manejar al paciente deprimido; primero comprendiendo su problema; en segundo lugar dándole todo el tiempo requerido para que pueda ser oído y en tercer lugar tratando de ayudarlo a fin de que, enfocando su problema, se ayude permitiendo ser ayudado. Una psicoterapia natural, discreta, comprensiva y parca permitirá que el juicioso, adecuado, lo suficientemente prolongado y supervisado uso de los otros medios terapéuticos beneficien al paciente (22, 23, 15).

El paciente debe sentirse apoyado por el médico para salir de una situación transitoria, aunque a veces extremadamente prolongada, y ajena a la voluntad del paciente.

El médico tratará de alentar al paciente deprimido poniendo de relieve sus logros ayu-

dando a reconstruir su propia imagen y su autoestima; procurando que pase de su aislamiento inicial al contacto social demandado por sus necesidades de la vida o profesión.

ARSENAL FARMACOLOGICO

Ventajosamente el clínico dispone de fármacos, tan útiles en el tratamiento de las depresiones, que su uso se ha ido extendiendo cada vez más, aunque no siempre son adecuadamente empleados, ni en cantidad ni en lapso de administración.

Su utilización dependen del conocimiento que de ellos tenga y de la experiencia que haya adquirido con su uso (4, 5, 13, 15, 20).

Los inhibidores de la monoaminooxidasa y los antidepresores tricíclicos, tanto las aminas terciarias tales como la imipramina y la amitriptilina y las secundarias: desimitramina y nortriptilina, protriptilina) pueden ser adecuadamente utilizadas. Tomando en cuenta que las terciarias se convierten en secundarias, teniendo éstas más acción noradrenérgica que las terciarias de acción más serotoninérgica.

Un tercer grupo de antidepresores tetracíclicos, bicíclicos, inhibidores serotoninérgicos (algunos pocos sedantes o debilmente anticolinérgicos) pueden ser empleados con buenos resultados (mianserina, trazodone, vilicaxina, nomifensin, entre otros) (7).

Se ha utilizado el L-triptofano como potenciador de los tricíclicos, su uso, como el de sales de litio, T3, TRH asociado a antidepresivos, y el electroshock, debe dejarse en manos de los psiquiatras a los que deben referirse todos aquellos pacientes que no responden a los tratamientos indicados o que tienen tendencias suicidas.

No es del caso sino mencionar que están en marcha trabajos tendientes a identificar los sub-grupos biológicos de las depresiones de acuerdo a su respuesta a los fármacos antidepresivos, utilizando marcadores y predictores, estudiando en los pacientes el comportamiento del sueño, los metabolitos de las monoaminas neuro-transmisoras, pruebas de la

función neuro-transmisoras, pruebas de la función neuro-endócrina, etc. que en un futuro cercano, podrán también anticipar el beneficio que pueda obtenerse de la utilización de tal o cual fármaco.

No siendo el médico generalista un curador de almanaque que aplica al paciente que adolece de tal o cual presunta enfermedad la medicación que le corresponde en el índice terapéutico del folletín consultado, conviene no solo que comprenda al individuo deprimido enmarcando su problema de acuerdo a su personalidad, tendencias, factores determinantes físicos, biológicos hereditarios o desencadenantes o ambientales, sino que conozca y tal vez se adhiera en cada caso a un cuerpo o teoría de doctrina de la personalidad la cual, aunque muchas veces hipotética, le pueda ayudar a entender la psicodinamia de las manifestaciones psicopáticas, sobre todo de aquellas que trastornan el orden afectivo.

HIPOTESIS FISIOPATOLOGICAS

Es posible que si las estrategias de defensa del amor propio acosado son usadas en forma exagerada e inconsistente, sean nocivas para la personalidad. El médico debe ayudar al paciente a corregir sus autosentimientos falsos y su conducta defensiva alterada. Freud lo vio así.

Habría manifestaciones neuróticas cuando existe disarmonía entre los núcleos que integran o regulan la vida psíquica de un sujeto en su doble vertiente: la íntima o concienical y la conductual o social.

La falta de síntesis en la conducta entre los impulsos eróticos, creadores, efusivos, perpetuantes de la especie y los thanáticos: unas veces agresivos, otros punitivos y hasta auto-destructivos, alterarían el equilibrio emocional y la conducta individual.

Para Adler la pugna desequilibrante se establecería entre la voluntad de poder y el sentimiento de minusvalía o de inferioridad. Jung sostenía que el individuo se quiebra emocionalmente al darse cuenta que su conducta enmascara su persona, al comportarse desempe-

ñando papeles impuestos por la presión social y desoyendo la llamada de los arquetipos núcleos energéticos anclados en estratos del inconciente colectivo. Los neoanalistas sugieren que las presiones económicas, culturales y sociales actuales, y antes que los conflictos y traumas infantiles, (Freud) serían las causantes de la incapacidad de mantener el equilibrio de las relaciones interpersonales, tan propia de los neuróticos. Los existencialistas querrían ver en los neuróticos no inconformes sino desorientados o cobardes que no encuentran el camino o carecen de fuerza para seguirlo y canalizar su angustia existencial en una autorealización como un ser que existe para cumplir una misión y realizar un destino.

Los que siguen la escuela pavloviana o neuroreflexológica explican las neurosis como productos de un desequilibrio en la autorregulación de los reflejos condicionados que trastorna su capacidad adaptativa.

A más de estos factores fisiopatológicos, actuarían los psicopatológicos, separables a través de una mejor organización social (19).

Posiblemente los tratamientos dados a los disidentes políticos en la URSS se basan en procedimientos descondicionalizantes de supuestas conductas aberrantes consideradas como manifestaciones neuróticas.

También a los psiquiatras del mundo occidental se les acusa de hacer el juego a "La ideología dominante" (10).

Comprensión humana, disposición para ayudar al paciente, apertura mental para tratar de precisar los elementos semiológicos, las manifestaciones y los procesos fisiopatológicos, las causas desencadenantes o determinantes así como el conocimiento de los elementos terapéuticos de que se disponen y su mecanismo de acción, efectos secundarios e interacciones, ayudarán al médico general y al psiquiatra para que puedan tratar de resolver los problemas que aquejan a sus pacientes deprimidos hasta que, en el futuro pueda conocerse la etiología de los mismos lo que permitirá una acción más beneficiosa y efectiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, R.D. and Victor.: Derangements of intellect, mood, and behavior including schizopenia and manic depressive states. In Harrison. (Ed.) *Principles of internal medicine*, IX/ED. Mc Gran Hill book Co. New York, pp. 147-159, 1980.
2. Adams, R.D.: Nervousness, anxiety and depression. (Ed). *Principles of internal medicine*. VIII Ed. Graw Hill Book Co. New York. pp. 70-72, 1977.
3. Allport, A. y Gordon, W.: La personalidad. Barcelona, Edit. Herder, 1970.
4. *AMA Drugs Evaluation*. 2a. Ed. *Antidepressants*. Publishing sciences group, inc. acton, Massachusetts. pp. 359-367, 1973.
5. Benkert, O.: *Reconocimiento del Síndrome Depresivo*. Ed. Hoechst. A.G. Alemania, 1981.
6. Cohen, N. Irving, H.: *La Depresión Enmascarada*. Tratamientos modernos: La Psiquiatría en la práctica médica. Vol. 4 No. 4, 1969.
7. Costrini, N. and Thomson, W.M.: Antidepressantes, In *Manual of Medical Therapeutics*, 22 ND. Boston: Little, Brown, Co. pp. 17-18, 1978.
8. Henry, E, Bernard, P. y Brisset, Ch.: Estados depresivos y crisis de melancolía en *Tratado de Psiquiatría* 2a. Ed. Barcelona. Toray-Masson, S.A. pp. 237-72, 1969.
9. Gregory, I.: *Trastornos Neuróticos en Psiquiatría Clínica*. 2a. Ed. México. Ed. Interamericana, S.A. pp. 338-364, 1970.
10. Guze, S.B.: Clasificación de las enfermedades mentales: su valor para el médico general. *Tribuna Médica*. Mayo, 1984.
11. Hackett, T. and Adams, R.D.: Grief, reactive depression, manic depressive psychosis, involuntional melancholia and hypochondriasis In Harrison (Ed.). *Principles of internal medicina*. VIII ED. pp. 1955-1964, 1977.
12. Harvey, Johns, Owens y Ross: Psiquiatría en Medicina, *En tratado de Medicina Interna*. II ED. México. Interamericana. pp. 1255-98, 1973.

13. Herrero-Velasco, L.: Trastornos depresivos en la práctica diaria. *Newsletter*. Psiquiatría, Hechst, Ibérica, 1983.
14. Howells, I.: Sintomatología de la neurosis familiar. En Heyagono. Basilea. Ed. Roche. pp. 16-24, 1976.
15. Información terapéutica. Interacción de Fármacos en anestesiología (antidepresivos). *Gaceta Médica*. 33-60, 1984.
16. Kols, L. y Noyes, C.: *Psiquiatría Clínica Moderna* IV Ed. México. La prensa Médica mexicana, 1971.
17. Lesser, L. y Stenart, W.: Psicodinámica familiar en: Conn, H. (Ed.): *Medicina familiar*. México. Interamericana pp. 17-25, 1974.
18. Mc Hugh, P.: Trastornos psicológicos en la práctica médica en Cecil-Loeb, *Tratado de Medicina Interna*, XIV Ed. México. Interamericana, pp. 659-82, 1977.
19. Mira y Lopez, E.: La mente enferma. Montevideo. S.C. Roche. 1962.
20. Norros, A., S. y Zervanos, N.: Agentes psicofarmacológicos en Conn, (Ed.). *Medicina familiar*. Interamericana, México pp. 230-40, 1974.
21. Ruiloba-Vallejo, I.: Síndromes depresivos en Psiquiatría. *Medicine*.: pp. 3345-59, 1983.
22. Schaffer, D. y Blanchard, L.B.: Depression en Conn, (Ed.). *Medicina familiar*, México. Interamericana. pp. 315-25, 1974.
23. Shochet, B.R.: Breve psicoterapia en el despacho del médico: tratamientos modernos: *La Psiquiatría en la práctica médica*. 4: 1969.