

11226
24.130.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
I.S.S.S.T.E.
Clínica Dr. Ignacio Chávez

Curso de Especialización en Medicina General Familiar

FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN DOS MODULOS DE
ATENCION MEDICA DE MEDICINA FAMILIAR 1985.

TESINA RECEPCIONAL

Para obtener el Título de
Especialista en Medicina General Familiar

p r e s e n t a n

**DRA. ONEYDA C. MARRON RODRIGUEZ
DR. LUIS FERNANDO IGLESIAS FERNANDEZ**

GENERACION 83-85



México, D. F.

1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	I
1 IDENTIFICACION DEL PROYECTO	
2. ANTECEDENTES Y PROBLEMA	1
2.1 - DESCRIPCION DEL PROBLEMA	1
2.2 - JUSTIFICACION	6
2.3 - REVISION CRITICA DE LA INFORMACION EXISTENTE (MARCO TEORICO)	8
3. OBJETIVOS	12
4. PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION	13
4.1 - TIPO DE ESTUDIO	13
4.2 - POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.	13
4.3 - INFORMACION QUE SE VA A RECOLECTAR	
4.4 - METODO DE MEDICION	13
4.5 - PROBLEMAS ETICOS	14
4.6 - INSTRUMENTO DE ESTUDIO	14
4.7 - PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	
4.8 - PLANES PARA EL ANALISIS	14
5 RESULTADOS Y ANALISIS	24
6 CONCLUSIONES	59
RESUMEN	60
BIBLIOGRAFIA	61

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como fin conocer la frecuencia del síndrome depresivo en pacientes que asisten a consulta de primer nivel, haciendo una comparación entre los módulos con situación geográfica y económica distinta, además de relacionar la presencia del síndrome con otras variables individuales, familiares y sociales.

La idea nace de la conceptualización del padecer, es decir, la vivencia personal de la enfermedad, la cual puede modificar el curso de ésta, su manejo y prevención; por la que se pensó en conocer un poco más al paciente que asiste todos los días a consulta de primer nivel, buscando intencionadamente el padecimiento Psicológico más frecuente "la depresión".

Sabemos que los datos obtenidos únicamente servirán como un pequeño acercamiento del problema, pero lo más importante es que esto sirva de base para realizar estudios posteriores sobre el tema y así, conocer cada día más a fondo al paciente que asiste con el médico familiar.

PROYECTO

I.- IDENTIFICACION DEL PROYECTO:

1.1 TITULO: FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN DOS MODULOS DE ATENCION MEDICA DE MEDICINA FAMILIAR 1985

1.2 NOMBRE DEL INVESTIGADOR COORDINADOR:

DR.: JORGE GUEVARA LANGLET.

PSIQUIATRA Y PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL UNAM.

1.3 NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES PARTICIPANTES:

DRA: ONEYDA C. MARRON RODRIGUEZ

DR. LUIS FERNANDO IGLESIAS FERNANDEZ

RESIDENTES DEL TERCER AÑO DEL PROGRAMA DE ESPECIALIZACION-DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR

2.- ANTECEDENTES Y PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA QUE SE VA A INVESTIGAR:

Para el presente estudio se manejará el concepto de -- "Síndrome Depresivo" bajo el cual se entiende un complejo sintomático que presenta preponderantemente un trastorno del estado de ánimo, manifestado por tristeza, acompañado de temor, de inhibición de los pensamientos, de inhibición o agitación psicómota, así como de trastornos somáticos. (1)

Para ésta investigación los criterios diagnósticos - -

de trastorno distímico (Neurosis depresiva) fueron tomados del DSM III (2) y son los siguientes:

A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo, triste, melancólico, abatido, bajo), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

- 1) Insomnio o hipersomnia;
- 2) Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
- 3) Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación;
- 4) Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;
- 5) Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;

6) retraimiento social;

7) pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras;

8) irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores);

9) incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos.

10) menos activo o hablador de la habitual, o sensación de lentitud o inquietud;

11) actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo.

12) llanto o sollozo;

13) pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

La Depresión es una de las enfermedades que con más --

frecuencia padece la humanidad. La primera parte de éste siglo fué considerada como la época de la angustia, la segunda esta considerada como la época de la melancolía. (3).

El incremento de la Depresión en los últimos años ha sido tan importante que se le ha considerado en la actualidad como uno de los problemas de Salud Pública. (4)

La importancia de la Depresión se ha destacado en -- los últimos años en forma tal que es considerada hoy en día -- no sólo como el problema más frecuente en el campo de la Sa-- ludo Mental sino aún y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de N. Kline, como el padecimiento que más afecta a la humanidad. (4)

El Dr. Norman Sartorius Director de la División de - Salud Mental de la OMS, calcula que hay por lo menos 100 millones de personas que sufren desórdenes deprevistos y se necesita de la asistencia para que estos mejoren. (5) (6), teniendo esto un incremento por las expectativas de vida, el consumo de medicamentos y las enfermedades crónicas que se asocian con "Síndrome Depresivo" en un 20% de los casos, así como el rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso lo que predispone a un aumento -- en la prevalencia de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

De ahí la importancia de los estudios epidemiológicos para la identificación de problemas biológicos y psicosociales.

Realizando una revisión bibliográfica por los auto--

res de éste trabajo de los estudios epidemiológicos acerca del Síndrome Depresivo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y -- en la Facultad de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM se encontró que existen algunas estadísticas a nivel internacional -- que estiman en un 3 a 5% de la población total de la frecuencia de las depresiones; y en México se llevó a cabo una investigación acerca de la prevalencia de la Depresión entre la población general en 1981 que reportó una prevalencia de 14.1%.

miento oportuno del Síndrome Depresivo.

Además de considerar que los conocimientos adquiridos en los últimos años en relación con sus causas, manifestaciones y tratamiento, han rebasado el campo de la psiquiatría y deber ser accesibles a médicos generales ó a médicos familiares, ya que su detección temprana y tratamiento adecuado pueden evitar al paciente y a sus familiares muchos años de sufrimiento y un mal rendimiento que puede repercutir en la estabilidad económica y social del núcleo familiar.

Es por ésto que el Médico General Familiar debe identificar cual es la frecuencia y con ésto la magnitud del daño, - así como la población de mayor riesgo para orientar sus acciones hacia la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno así como la limitación de la incapacidad no sólo en el individuo sino en su familia, además de recalcar la prevalencia tan importante tanto a nivel internacional como en México y dado los pocos estudios realizados en nuestro país, así como la no existencia de estudios a primer nivel de atención por médicos generales ó médicos familiares los autores del presente -- trabajo consideraron la importancia de llevar a cabo dicho estudio para contribuir con el Perfil Epidemiológico de éste padecimiento en México, además de comparar la frecuencia del Síndrome Depresivo entre dos módulos de Medicina General Familiar uno en un medio urbano y otro suburbano; así como identificar su relación con ciertas variables como son sexo, edad, estado civil, ocupación, tipo de familia (nuclear, extensa) fase del ciclo vital, rol familiar, nivel educativo y socioeconómico -- (12) (13).

2.3 REVISION CRITICA DE LA INFORMACION EXISTENTE PARA RECONSIDERAR EL PROBLEMA

- En un estudio epidemiológico realizado hace años por Sorenson y Stromgren en un área geográfica definida, se encontró que 3.9% de la población mayor de 20 años había presentado por lo menos un cuadro depresivo en una época determinada de su vida. (4)

- En 12 estudios realizados desde 1936 a 1964 se ha observado que la prevalencia se ha incrementado: (8)

Baltimore 1936 = 0.1%
 Martha's Vineyard Mass. 1964 = 0.9%

- Actualmente se refiere que hay una prevalencia entre el 5-8% y que existen variaciones según sexo, edad, estado socioeconómico etc. (14)

- En una encuesta levantada en 1974 en que participaron más de 15000 médicos generales de la República Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaba que uno de cada 20 de sus pacientes sufría depresión (5%), y que el 27% de los encuestadores estimaban en 10% la frecuencia de la depresión entre sus pacientes (15). Casi el 80% respondió afirmativamente cuando se le preguntó si creían que la depresión iba en aumento. Decada tres médicos interrogados, dos trataban personalmente a éstos enfermos y sólo uno los enviaba al especialista. (15)

- Alec Coppen señala que "de acuerdo con las múltiples investigaciones realizadas sobre la incidencia y la extensión de los síndromes afectivos", especialmente en la Gran Bretaña y

en los países escandinavos, puede esperar que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general pueden padecer un cuadro depresivo durante su vida. - (16).

- El Dr. Norman Sartorius, director de la División de Salud Mental de la OMS, calcula que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión. (5) (6).

- Según DSM III (2)

- Los estudios en Europa y E.U. indican que la población adulta, aproximadamente del 18 al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres tienen o han tenido en algún momento un episodio depresivo mayor.

- Se estima que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio depresivo mayor lo suficientemente grave como para requerir la hospitalización. (19)

- Según Lehman, H.E. reportan en la *Experta Medica-1971*. (20)

La tasa de prevalencia de la depresión en los países desarrollados es entre 3 y 4%.

De estos enfermos reciben tratamiento médico 1 de cada 5, cometen suicidio 1 de cada 200.

Durante el curso de su vida 1 de cada 10 personas sufre de cuadros depresivos.

El 10% de los enfermos deprimidos pasan más de 4 - -

grupos de poblaciones.

Respecto a los estudios realizados en México sobre el Síndrome Depresivo manifiesta que sin lugar a dudas son importantes, ya que nos aportan datos sobre el perfil epidemiológico en México sobre este padecimiento, pero la limitante que observaron los autores en su estudio es que se realiza un análisis a nivel de detección múltiple (aplicando test psicológico y una cédula de entrevista) faltándole una parte muy importante como lo es la corroboración clínica.

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS:

a) OBJETIVOS INMEDIATOS

1.- Identificar la frecuencia del Síndrome Depresivo en dos módulos de MGF, uno en la Clínica Dr. Ignacio Chávez en el D.F. y otro en la Clínica Texcoco (suburbana) ambas clínicas de primer nivel de atención y de la institución ISSSTE.

2.- Hacer un análisis comparativo de la frecuencia -- del Síndrome Depresivo entre ambos módulos.

3.- Establecer la relación que hay entre el Síndrome Depresivo y las variables sexo, edad, estado civil, ocupación-tipo de familia, fase del ciclo vital, rol familiar (12) (13, así como nivel educativo y socioeconómico.

b) OBJETIVOS ULTIMOS:

1.- Motivar a los Médicos Familiares para la detección oportuna a primer nivel de atención del Síndrome Depresivo.

2.- Servir de antecedente ante futuras investigaciones.

4.- PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

4.1 TIPO DE ESTUDIO: TRANSVERSAL

4.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

- Unidades de observación: Pacientes adultos mayores de 18 años que asisten a consulta de Medicina General Familiar.

- Lugar: Módulo de la Clínica Dr. Ignacio Chávez de MGF del D.F. y un módulo de MGF de la Clínica Texcoco. Ambas pertenecientes a la institución ISSSTE.

- TIEMPO: Dos meses en cada módulo.

4.3 INFORMACION QUE SE VA A RECOLECTAR:

La información que se obtendrá en cada uno de los pacientes entrevistados está en función de las siguientes variables:

- Clínica de Adscripción.
- Nombre.
- Dirección.
- Número de cédula
- Edad.
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Actividad Económica
- Percepción Económica
- Vivienda
- Tipo de Familia (12)
- Fase de Familia (Ciclo vital) (13).
- Rol dentro de la familia (13).

El test, psicológico que se utilizará (17) (18) ya está elaborado, válido y confiabilizado.

El estudio médico psicológico se realizará de acuerdo a la forma habitual de historial clínico.

La codificación de las variables se llevará a cabo en las formas que sirven para tal fin, vaciando los diferentes valores de las variables previamente numeradas en los instrumentos que se usarán. (se anexan los instrumentos utilizados con instrucciones de llenado) (anexo 1,2,3)

4.7 PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Los autores de éste trabajo se adiestrarán en el uso de los test psicológicos que se aplicarán en la presente investigación estudiando el instructivo de la prueba y aplicándola con la asesoría de un médico psiquiatra que maneje habitualmente el test elegido.

Para la organización del estudio se entrevistará a los pacientes que asisten a la consulta iniciando con el cuestionario de datos de identificación o ficha de identificación en segundo lugar el Test psicológico y después el examen médico psicológico.

Se realizó una prueba piloto con aproximadamente 30-pacientes para realizar ajustes con el instrumento.

- Con el objeto de estandarizar criterios en el interrogatorio se hizo una prueba piloto con los entrevistadores a fin de que el examen médico-psicológico tuviera la misma información para todos los casos basada en los criterios Dx de DSM III que existen para la depresión.

ANEXO # 1

NUMERO DE ENTREVISTA _____
 VISTA _____

"CEDULA DE LA ENTREVISTA"

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____ FECHA _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE _____ CEDULA _____

DIRECCION: _____

EDAD: _____ SEXO: a) Masculino _____ b) Femenino _____

ESTADO CIVIL: a) Soltero _____ b) Casado _____ c) Separado _____
 d) Divorciado _____ e) Viudo _____ f) Unión libre _____
 g) Rehusa contestar _____

OCUPACION: a) Profesionista _____ b) Subprofesionista _____ c) Técnico _____
 d) Empleado _____ e) Oficios _____ f) Vendedor _____
 g) Jubilado _____ h) Ama de casa _____ i) Estudiante _____
 j) Otros _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN CASA: _____

INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA: _____

ESCOLARIDAD:

- | | |
|--|---|
| a) Nunca ha ido a la escuela _____ | i) Carrera Universitaria incompleta _____ |
| b) Primaria incompleta _____ | j) Carrera Universitaria completa _____ |
| c) Primaria completa _____ | k) Estudios de postgrado _____ |
| d) Secundaria incompleta _____ | |
| e) Secundaria completa _____ | |
| f) Estudios comerciales y técnicos _____ | |
| g) Preparatoria incompleta _____ | |
| h) Preparatoria completa _____ | |

VIVIENDA:

TIPO DE VIVIENDA: a) Departamento _____ b) Casa _____
 c) Vecindad _____ d) Jacal _____

LA VIVIENDA QUE ACTUALMENTE HABITA ES: a) Propia _____ b) renta
 da _____ c) Prestada _____ d) Otros _____ e) Rehúsa contestar _____

En caso de ser rentada cuanto paga: _____

TIPO DE FAMILIA:

DEMOGRAFICO: a) Urbana _____ b) Suburbana _____ c) Rural _____

COMPOSICION: a) Nuclear _____ b) Extensa _____

INTEGRACION: a) Integrada _____ b) Semiintegrada _____ c) Desinte-
 grada _____

TIPOLOGICO (ocupación) a) Campesina _____ b) Obrera _____ c) Profe-
 sional _____

FASE DEL CICLO VITAL: a) Matrimonio _____ b) Dispersión _____ -
 c) Expansión _____ d) Independencia _____ e) Retiro _____

ROL FAMILIAR: Padre _____ b) Madre _____ c) Hijo _____ d) Hermano-
 _____ e) Esposo _____.

NUMERO DE MIEMBROS DE QUE ESTA FORMADA LA FAMILIA: _____

CUANTOS HIJOS: _____

CUANTAS PERSONAS FUERA DEL NUCLEO FAMILIAR VIVEN EN CASA _____

PROBLEMAS FAMILIARES ESPECIFICOS _____

ALCOHOLISMO _____ INTENTOS DE SUICIDIO: _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

19. Creo que les haría un favor a los demás
muriéndome

R = _____

20. Todavía disfruto con las mismas cosas

R = _____

NOMBRE: _____

FECHA _____

CEDULA: _____ CALIFICACION _____

"ESCALA DE AUTOEVALUACION ZUNG"

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA PRUEBA

Para la aplicación de la prueba se da al paciente la lista de declaraciones, y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para hacer la calificación, se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 (Ver tabla para convertir la calificación básica al índice EAMD).

Para el presente estudio se hicieron algunas modificaciones en la aplicación de la prueba como el que en lugar de poner una marca, se pusiera la letra que correspondiera a la opción más acertada, esto con el objeto de que una sola hoja concentrara la información completa.

Para la medición de la depresión del paciente no se utilizará la cubierta transparente para hacer la calificación por no contar con ella, pero se correlacionarán las respuestas directamente con la tabla para convertir la calificación básica al índice EADM. Esto será bastante más laborioso pero es necesario el hacerlo de ésta manera.

Se anexa Tabla para convertir la calificación básica al índice EAMD.

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

Calificaciones inferiores a 40 indican que no hay depresión, o que ésta es de poca importancia.

Entre 50 y 60 puede manifestar ansiedad, desordenes de la personalidad y reacciones de ajuste a situaciones transitorias.

Mayor de 60 indicará depresión y debe valorarse la necesidad de algún tratamiento.

ANEXO 3

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICA EAMD

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

Zung, W.W.K., "A self-rating depression scale", Arche. gen. Psychiat., 12:63, 1965

4.8 PLANES PARA EL ANALISIS

Para identificar la correspondencia entre los resultados del síndrome depresivo en zonas urbanas y suburbana se recurrirá a una prueba estadística de correlación llamada "Coeficiente de Correlación Phi" ya que permite el manejo de datos nominales (trabaja con frecuencias), los datos pueden vaciarse en una tabla de 2 x 2 y la selección de la muestra se hizo no-aleatoriamente. Estos son los requisitos para usar la prueba-mencionada. (19)

Para analizar los datos obtenidos por ambos cuestionarios, se analizaron las siguientes comparaciones en cuanto a su frecuencia:

A todos los pacientes estudiados en ambas unidades se comparó:

Depresión y No Depresión	con edad	en medio urbano	y suburbano				
"	"	"	"	"	sexo	"	"
"	"	"	"	"	estado civil	"	"
"	"	"	"	"	ocupación	"	"
"	"	"	"	"	Escolaridad	"	"
"	"	"	"	"	Tipo de Familia	"	"
"	"	"	"	"	Vivienda	"	"

Los datos se presentarán para su mayor comprensión en gráficas quedando previamente plasmados en tablas de frecuencias.

Posteriormente los datos de cada población entrevistada se compararán entre sí para conocer las diferencias o semejanzas entre la muestra urbana y suburbana.

RESULTADOS Y ANALISIS

El primer resultado es que la población atendida en los meses ya marcados fue de un total de 209 pacientes, teniendo una distribución muy similar en las dos poblaciones (Ver cuadro No. 1).

Módulo de México, D.F. = 105 pacientes.

Módulo de Texcoco Edo. de México = 104 pacientes.

Los resultados en cuanto a la frecuencia del Síndrome Depresivo fueron clasificados por sus características clínicas y prueba de autoevaluación de Zung generándose tres formas de Diagnóstico: en un primer grupo con clínica concordante con Prueba de Zung llamado Deprimidos, el cual fue de 41 pacientes en las dos poblaciones, correspondiendo al 19.6% del total de la población; un segundo grupo en los que hay concordancia clínica y prueba de Zung negativos correspondiendo a un total de 155 pacientes representando esto al 74.21% de la población y por último un tercer grupo en el cual no hay concordancia clínica con el test de Zung y se denominó grupo Mixto siendo un total de 13 pacientes que corresponden al 6.19% siendo este grupo estadísticamente significativo en cuanto a operatividad Zung-clínica.

En cuanto a los módulos estudiados tenemos que la población del grupo de pacientes estudiados es muy similar siendo para el módulo del D.F. la frecuencia del 20% (21 pacientes) y el módulo de Texcoco del 19.2% (20 pacientes), muy similar estadísticamente no significativo en la prueba ϕ^2 de .0032 o sea no hay diferencias significativas entre la población urbana y suburbana respecto al síndrome depresivo.

De éstos el grupo mixto es mucho mayor en la población del D.F. 8.5% (9 pacientes) en contraste con el módulo de Texcoco 3.8% (4 pacientes).

De lo anterior podemos concluir que la frecuencia -- del Síndrome Depresivo en pacientes que acudieron a consulta -- de primer nivel de atención es elevada tanto para la población urbana como para la suburbana, y que dicho estudio descriptivo nos permitirá dejar como antecedente para futuras investigaciones, así como contribución el perfil epidemiológico de dicha entidad, ya que como se mencionó anteriormente no existían estudios con los que se pudiese comparar su frecuencia.

RESULTADOS Y ANALISIS

RELACION ENTRE EDAD Y SINDROME DEPRESIVO

El grupo más afectado en el módulo de medicina general familiar del D.F. (MMGFDF) es el de 60 años o más con un porcentaje del 40%, siguiéndole el grupo entre 40-49 años con un 35.2%. En el módulo de Medicina general familiar de Texcoco (MMGFT) el grupo más afectado corresponde a las edades entre 50 y 59 años siguiéndole el grupo de 20-29 años con un 33.2% (Ver cuadro 2 gráfica 1).

Los datos de revisión encontrados (Ver marco teórico) de otros autores, concuerdan con los datos de las poblaciones analizadas, es de llamar la atención que en la unidad de MGFT se encuentre como siguiente grupo de edad afectado el de 20-29 años, este dato no es tan frecuentemente reportado, no se conoce el porqué, pero es importante considerarlo en futuras investigaciones.

RELACION ENTRE SEXO Y DEPRESION

En ambos módulos predominó el sexo mujer, con un total global de 149 mujeres y 60 hombres; y en relación al síndrome depresivo predominaron también las mujeres con un 29.9% para el MMGFDF y un 22.6% para el MMGFT, mientras que el sexo hombre el 12.9% para el MMGFDF y el 10.3% para el MMGFT (Ver cuadro 3 gráfica 2).

Este aspecto concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones y reportes anteriores, se han diseñado muchos modelos Psicopatológicos para explicar este fenómeno,

actualmente se acepte que están involucrados fenómenos culturales-biológicos.

RELACIONE ENTRE ESTADO CIVIL Y SINDROME DEPRESIVO

La mayor parte de la población fué el de casados de ambos módulos y en relación al síndrome depresivo el grupo más afectado para el MMGFDF fué el de separados con un 50% seguido por el grupo de casados con un 22.5% y en el MMGFT el más afectado fué el grupo de viudos con un 66.6% seguido por el grupo de -- unión libre con un 33.5% debiendo aclarar que las muestras de estos dos grupos es pequeña. (Ver cuadro 4 gráfica 3)

Aunque la muestra es de pocos individuos, si consideramos un factor de riesgo importante, y que el médico familiar deberá tener en cuenta como posibilidad diagnóstica.

PERCEPCION ECONOMICA Y SINDROME DEPRESIVO

El grupo predominante en ambos módulos es el correspondiente al B(dos salarios mínimos) siendo en relación al síndrome depresivo más afectado en ambos grupos el correspondiente al grupo A (un salario mínimo) con un 36.3% para el MMGFDF y un 30.7% para el MMGFT. (Ver cuadro 5 gráfica 4)

En este sentido, cabe comentar, que el resultado suena lógico, pues esta población (grupo A) se encuentra sujeta frecuentemente a constante tensión económica, para suplir necesidades básicas.

ESCOLARIDAD Y SINDROME DEPRESIVO

El grupo predominante que asistió en ambos módulos -- fué el de primaria completa y en relación al síndrome Depresi-

vo el grupo más afectado en el MNGFDF es el correspondiente al de primaria completa con un 42.8% y en el MMGFT predominó el de analfabetas con un 100% haciendo la aclaración que la muestra fue muy pequeña, el grupo que le siguió en este módulo fué el de secundaria incompleta. (Ver cuadro 6 gráfica 5)

Como primera observación parece que las personas con menos recursos educativos tienen más facilidad de adquirir el Síndrome, pero se tiene también que decir que en relación a -- que las personas con más recursos educativos, reconozcan más rápido el problema y puedan de alguna manera sublimarlo o buscar la ayuda necesaria.

VIVIENDA Y SINDROME DEPRESIVO

En ambos módulos el tipo de casa propia fué el dominante y en relación al Síndrome depresivo, predominó el tipo de casa rentada tanto para el MMGDF con un 27.7% como en el MMGFT con un 33.3%. (Ver cuadro 7 gráfica 6)

Este fenómeno puede deberse a un factor económico que cause tensión en los miembros de la familia facilitando la presencia de la entidad.

TIPO DE FAMILIA SEGUN DEMOGRAFIA EN RELACION AL S. DEPRESIVO

Para el grupo del D.F. predominó la población urbana a diferencia con el módulo de texcoco donde la población predominante fué de tipo rural, presentando para el D.F. en relación al Síndrome depresivo, un 20.1% correspondiente a 21 sujetos deprimidos de un total de 104; para el grupo de texcoco el 19.5% de deprimidos correspondiendo a un total de 19 sujetos de un total de 97. (Ver cuadro 8).

En esta variable no se puede hacer muchas observaciones, lo que si diremos es que entre la población suburbana y urbana, la proporción del síndrome es prácticamente igual.

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU COMPOSICION EN RELACION A SINDROME DEPRESIVO

El tipo de familia que predominó fué la nuclear para ambos módulos y en relación al Síndrome depresivo se encontró con mayor frecuencia a la familia extensa para ambos módulos - con un 23.3% y 26.3% respectivamente para D.F. Texcoco (Ver - cuadro 9 gráfica 7)

El tipo de familia predominante en la actualidad es nuclear, se conoce que estas modalidades están dictadas por la funcionalidad basándose en condiciones económicas y culturales; - en los medios se refiere tradicionalmente que es más predominante la familia de tipo extenso, de alguna manera esa falta de funcionalidad y adecuación puede representar un factor de riesgo, las familias que se estudiaron de área suburbana son familias que estaban incorporadas a la vida productiva moderna - - pues la mayoría eran asalariados obreros-campesinos, por lo que se piensa, que éste factor de riesgo sea válido también para el área suburbana estudiada.

TIPO DE FAMILIA SEGUN INTEGRACION EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

En ambos módulos predominó el grupo de individuos con familias integradas; pero en relación con el síndrome depresivo para ambos módulos predominó el tipo de familia desintegrada representando un 44.4% para el MMGFDF y el 66.6% para el - MMGFT. (Ver cuadro 10 gráfica 8)

Este resultado encontrado parece lógico, los problemas que hacen que una familia se desintegre pueden facilitar la presencia del síndrome depresivo en sus miembros, pero también se puede contemplar la situación desde otro ángulo importante; hasta que punto la presencia de la depresión detectada o no detectada puede facilitar la desintegración familiar.

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A LA TIPOLOGIA EN RELACION A SINDROME DEPRESIVO

Para el módulo del D.F predominó el grupo de profesionistas a diferencia del módulo de Texcoco donde la población de sujetos que asistió en su mayoría fué de campesinos; y en relación con el síndrome depresivo para ambos módulos predominó el grupo de obreros, representando el 24% para el D.F. y el 32.2% para Texcoco. (Ver cuadro 11) Con lo que simplemente se corrobora por lo mencionado o encontrado por otros autores-- según revisión bibliográfica (marco teórico). (Gráfica No.9)

FASE DEL CICLO VITAL EN RELACION CON EL SINDROME DEPRESIVO

En ambos módulos el mayor grupo de población que asistió, correspondió a la fase de dispersión, y en relación con el síndrome depresivo, en ambos predominó la fase de retiro, -- siendo en porcentaje igual para ambos en un 33.3%. (Ver cuadro 12 gráfica 10)

Efectivamente no hay estudios que podamos comparar -- con éste resultado, pero obviamente, en la fase de retiro hay una pérdida de objeto importante causando una crisis, ya que se trata de la desintegración de la familia.

ROL EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

En ambos módulos el grupo de sujetos que asistió en su mayoría tenía el rol familiar de Madre/esposa y en relación con el síndrome depresivo para el D.F. el grupo más afectado fué el que tenía el rol madre/esposa, con la misma frecuencia con el de hija siendo de un 25%, haciendo la aclaración, que para este grupo la muestra fué muy pequeña 1 de 4. Para el MMGFT el rol más frecuente fué el de madre en relación con la depresión siendo de 42.8%. (Ver cuadro 13 gráfica 11)

NUMERO DE INTEGRANTES EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

Para ambos grupos el total de integrantes familiares fué muy similar de 4 a 6 integrantes. En relación al síndrome depresivo en el D.F. el porcentaje mayor fue de 10 a 12 individuos, aclarando que la muestra fué pequeña con un 66.6% y 50% respectivamente. Para Texcoco el grupo más afectado fue el de 12, 14, 21 individuos representando el 50, 100, 50% respectivamente. (Ver cuadro 14 gráfica 12)

NUMERO DE HIJOS EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

Para el grupo del D.F. la mayoría se encuentra entre 1 y 4 hijos, para el grupo de Texcoco de 2 a 5 hijos; en relación al síndrome depresivo para México se relacionó con un 33.3% para el grupo de 8, 9 y 10 hijos, aclarando que la muestra en éstos es pequeña 1 a 3 y para Texcoco el más afectado de 2, 9, 13 y 16 hijos, representando el 33.3% para los 2 primeros y el 100 y 50% para los siguientes respectivamente. (Ver cuadro 15 grafica 13).

Por lo que se puede observar que ambos módulos (aunque las muestras son muy pequeñas) se encontró una mayor fre-

cuencia en los grupos de más integrantes; así también para el número de hijos (8/16), que se podría tener correlación con la mayor frecuencia encontrada en los más bajos niveles socio-económicos lo que hace más vulnerables a las familias con dichas características.

PROBLEMAS FAMILIARES EN RELACION CON EL SINDROME DEPRESIVO

En ambos módulos predominó negativo a problemas familiares, pero en relación con el síndrome depresivo, para ambos módulos fue más frecuente positivo a problemas familiares, con un 26.4% para el D.F. y 30.4% para el módulo de Texcoco.

Esto es una relación lógica y es importante buscar en caso de disfunciones familiares alguno de los miembros con problemas de depresión (Ver cuadro 16 gráfica 14)

ALCOHOLISMO Y SUICIDIO EN RELACION CON EL SINDROME DEPRESIVO

Respecto al alcoholismo en relación con el síndrome depresivo para el D.F. representó el 17.6% (3 de 17 pacientes), a diferencia con módulo de Texcoco en que no se encontró relación de depresión con alcoholismo.

Respecto al suicidio, en ambos módulos representó una gran relación siendo para el D.F. de un 70% (7 de 10 sujetos) y para Texcoco del 87.5% (7 de 8 sujetos). Ver cuadro 17. gráfica 15)

Por lo que se reafirma lo encontrado por otros autores en relación al síndrome depresivo y dichas variables, aunque en este estudio para Texcoco no hubo relación con el alcoholismo, esto podría deberse entre otras causas a la negación de dicho problema, quizá por las características culturales --

propias de dicha población, pero si en general podríamos concluir, sobre todo con lo del suicidio, que éste tiene un fondo-depresivo con una relación muy directa, lo que hace al sujeto-vulnerable al mismo y esto deberá tener al MGF alerta para considerar como un sujeto de alto riesgo que puede llegar incluso a la muerte en el peor de los casos.

FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 1

MODULO DE MGDF			MODULO DE MGFTXCOCO	
DIAGNOSTICO	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
Deprimidos	21Ss	20 %	20Ss	19.2 %
No Deprimidos	75Ss	71.42 %	80Ss	77.0 %
Mixto	<u>9Ss</u>	<u>8.58 %</u>	<u>4Ss</u>	<u>3.8 %</u>
TOTAL	105Ss	100.00 %	104Ss	100.0 %

ss=sujetos

EDAD Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 2

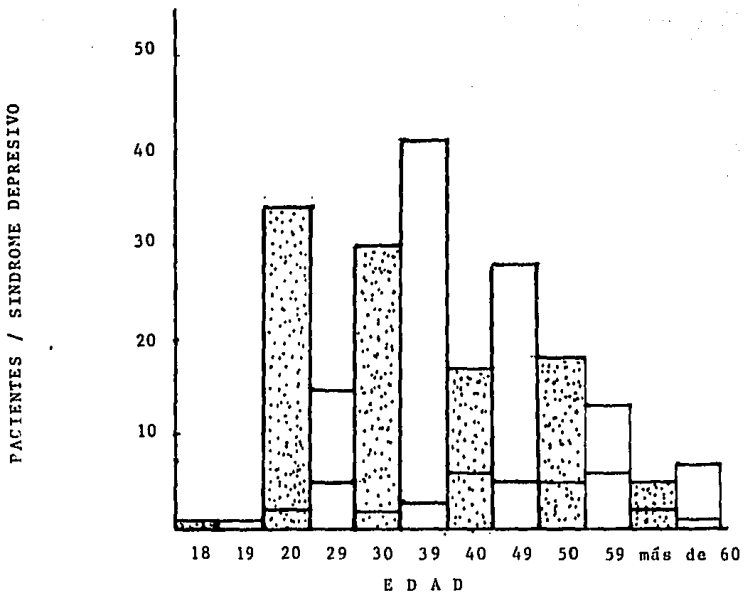
MODULO DE MGDF.F					MODULO DE MGFTXCOCO			
EDAD	TOTAL	DEPRIMIDOS	NOD.	MIX	TOTAL	DEP.	NOD.	MIX
18-19	1			1	1		1	
20-29	34	2	28	4	15	5	10	0
30-39	30	2	22	2	41	3	37	1
40-49	17	6	11	0	28	5	22	1
50-59	18	5	11	2	13	6	6	1
60-6 +	<u>5</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>0</u>			<u>4</u>	<u>1</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

SEXO Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 3

MMGF DF.					MODULO MGFTXCOCO			
SEXO	TOTAL	DEP	NO.D	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX
Fem.	74	17	50	7	75	17	55	3
Masc.	<u>31</u>	<u>4</u>	<u>25</u>	<u>2</u>	<u>29</u>	<u>3</u>	<u>25</u>	<u>1</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

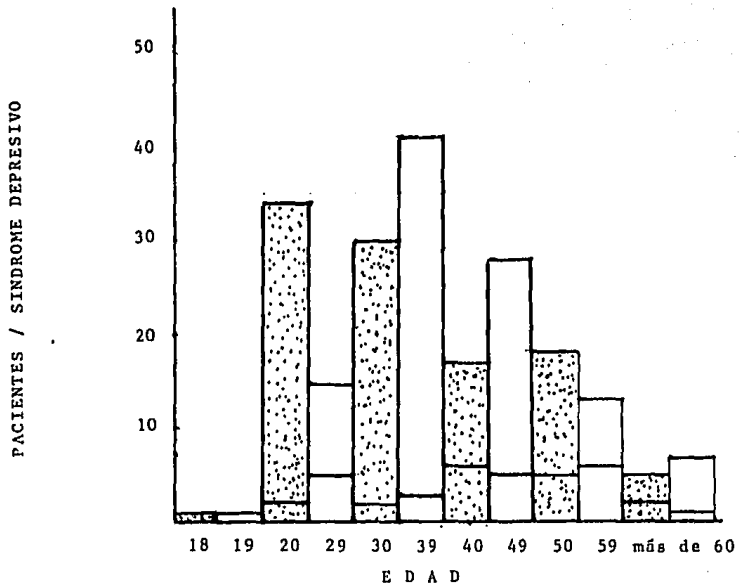
GRAFICA # 1
 EDAD Y SINDROME DEPRESIVO



MMGFDF

MMGFT

GRAFICA # 1
 EDAD Y SINDROME DEPRESIVO

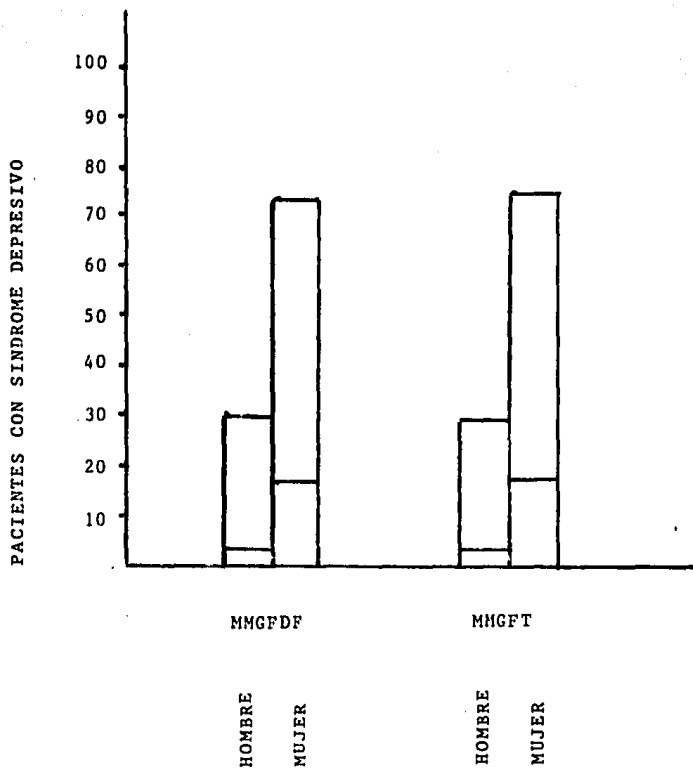


MMGFDF

MMGFT

GRAFICA # 2

SEXO Y SINDROME DEPRESIVO



ESTADO CIVIL Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 4

	MODULO DE MGFDF				MODULO DE MGFTEXCOCO			
	TOTAL	DEP	NO.D	MIX.	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
Solteros	12	1	9	2	0	0	0	0
Casados	71	16	50	5	92	15	68	3
Separados	8	4	4	0	5	1	0	4
Divorciados	4	0	4	0	1	0	1	0
Viudos	3	0	3	0	3	2	0	1
Unión Libre	7	0	5	2	3	1	2	0
	<u>105</u>	<u>21</u>	<u>75</u>	<u>9</u>	<u>104</u>	<u>20</u>	<u>80</u>	<u>4</u>

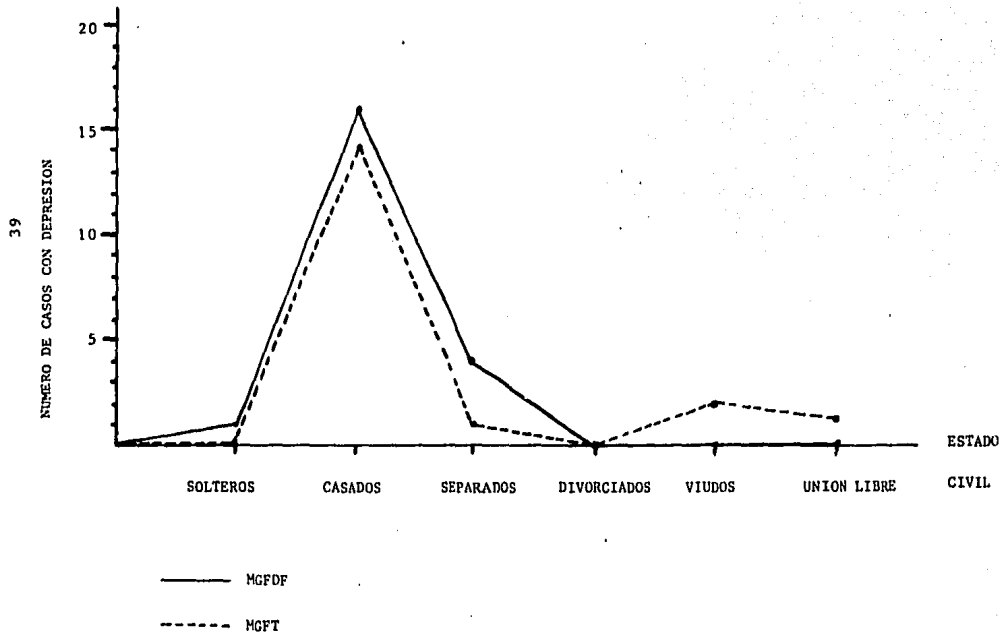
PERCEPCION ECONOMICA Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 5

	MODULO DE MGFDF				MODULO DE MGFTEXCOCO			
PERCEPCION	TOTAL	DEP	NO.D	MIX.	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
A	19	7	9	3	39	12	26	1
B	55	12	39	4	46	7	36	3
C	29	2	25	2	13	0	13	0
?	2		2		6	1		5
	<u>105</u>	<u>21</u>	<u>75</u>	<u>9</u>	<u>104</u>	<u>20</u>	<u>80</u>	<u>4</u>

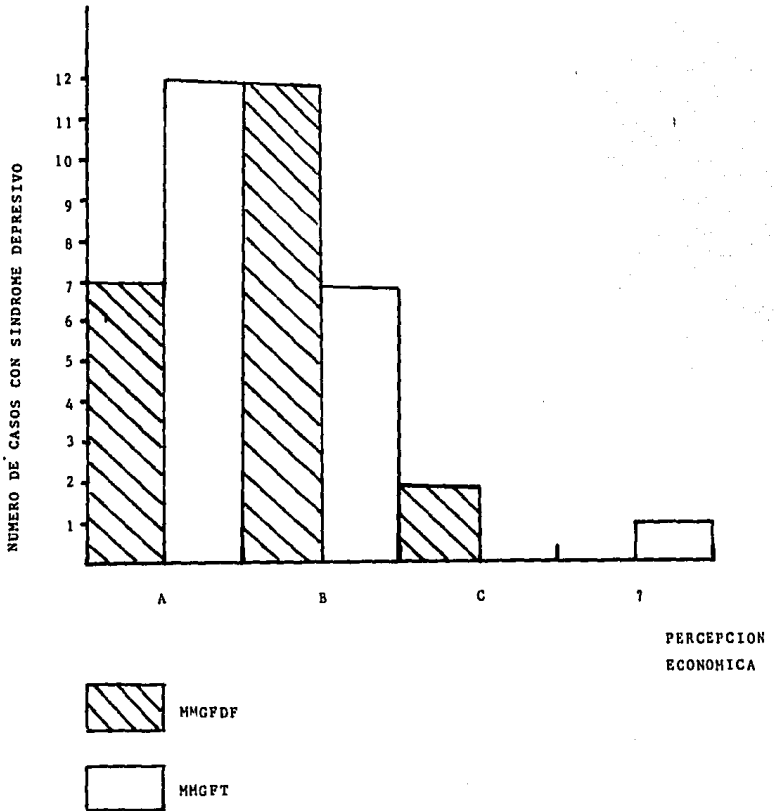
GRAFICA # 3

ESTADO CIVIL Y SINDROME DEPRESIVO



GRAFICA # 4

RECEPCION ECONOMICA Y SINDROME DEPRESIVO



ESCOLARIDAD Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 6

MODULO DE MGFDF

MODULO DE MGFTEXCOCO

	TOTAL	DEP.	NO.D	MIX	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
Analfabeta					2	2		
Priminc.	14	6	7	1	30	7	21	2
Prim. Com.	17	4	11	2	31	5	26	0
Sec. Inc.	2		2		5	2	3	0
Sec. Comp.	14	1	11	2	3	1	2	0
Técnica Com.	29	6	20	3	21	3	16	2
Prep. Inc.	3	1	0	0	2		2	
Prep. Comp.	11	2	9	0	2		2	
Univ. Inc.	4	1	3	0	1	0	1	0
Univ. Comp.	11		10	1	7	0	7	0

41

VIVIENDA Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 7

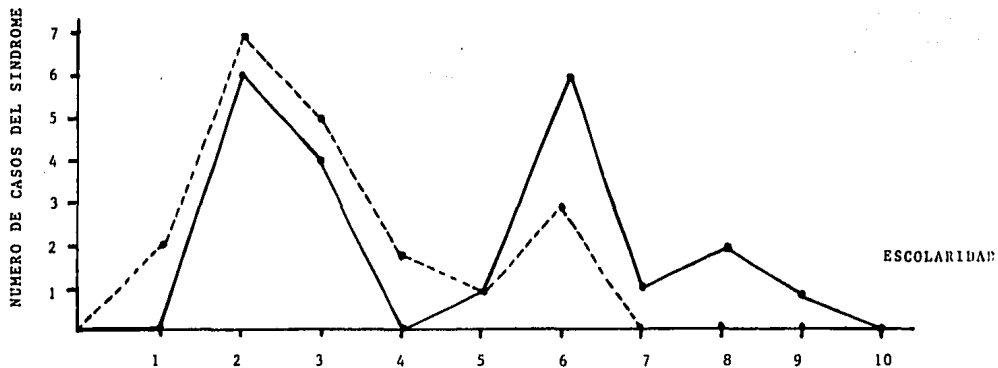
MODULO DE MGF DF.

MODULO DE MGFTEXCOCO

	TOTAL	DEP.	NO.D	MIX	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
Propia	79	16	55	8	84	14	68	2
Rentada	18	5	12	1	9	3	5	1
Prestada	<u>8</u>	<u></u>	<u>8</u>	<u></u>	<u>11</u>	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>1</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

GRAFICA # 5

ESCOLARIDAD Y SINDROME DEPRESIVO



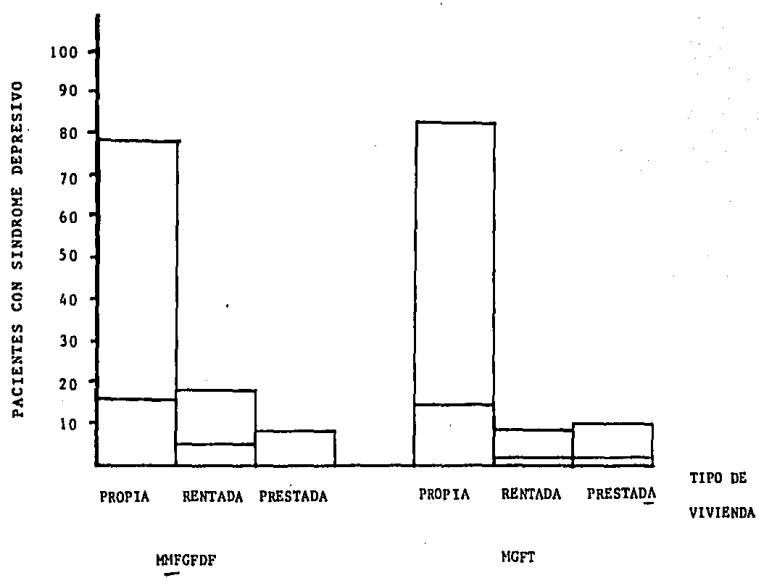
- 1 = ANALFABETA
- 2 = PRIMARIA INCOMPLETA
- 3 = PRIMARIA COMPLETA
- 4 = SECUNDARIA INCOMPLETA
- 5 = SECUNDARIA COMPLETA

- 6 = TECNICA, COMERCIAL
- 7 = PREPARATORIA INCOMPLETA
- 8 = PREPARATORIA COMPLETA
- 9 = UNIVERSIDAD INCOMPLETA
- 10 = UNIVERSIDAD COMPLETA

———— MGFDF

----- MGFT

GRAFICA # 6
VIVIENDA Y SINDROME DEPRESIVO



TIPO DE FAMILIA (DEMOGRAFICA) Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 8

MODULO DE MGFDE					MODULO DE MGFTEXCOCO			
URBANA	TOTAL	DEP	NO.D	MIX	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
Urbana	104	21	9	74	1		1	
Suburbana	1		1		6	1	4	1
Rural	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>97</u>	<u>19</u>	<u>75</u>	<u>3</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

TIPO DE FAMILIA (COMPOSICION) Y SINDROME DEPRESIVO

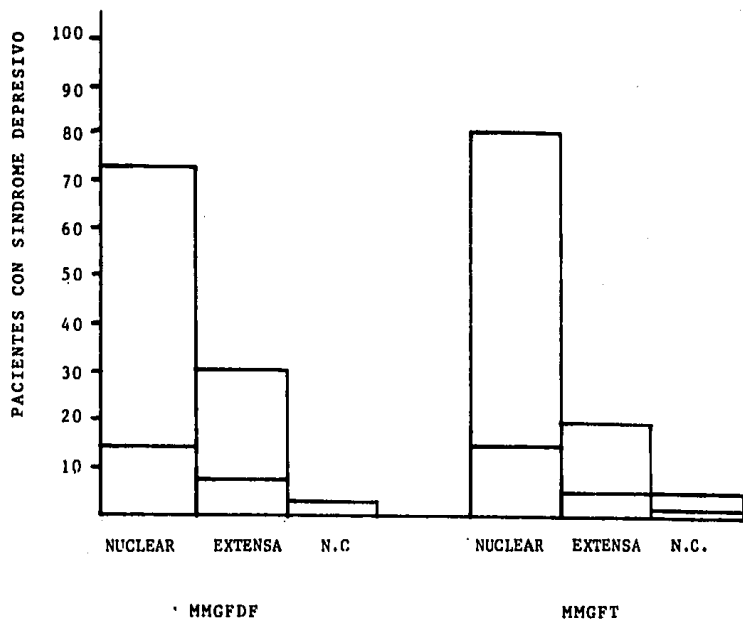
CUADRO 9

MODULO DE MGFDF					MODULO DE MGFTEXCOCO			
TIPO	TOTAL	DEP	NO.D	MIX	TOTAL	DEP	NO.D	MIX
Nuclear	72	14	53	5	80	14	64	2
Externsa	30	7	19	4	19	5	12	2
N.C.	<u>3</u>		<u>3</u>		<u>5</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>0</u>
	105	21	9	75	104	20	80	4

N.C. Nuclear Compuesta

GRAFICA # 7

TIPO DE FAMILIA (COMPOSICION) Y SINDROME DEPRESIVO



CUADRO 10
TIPO DE FAMILIA (INTEGRACION) Y SINDROME DEPRESIVO.

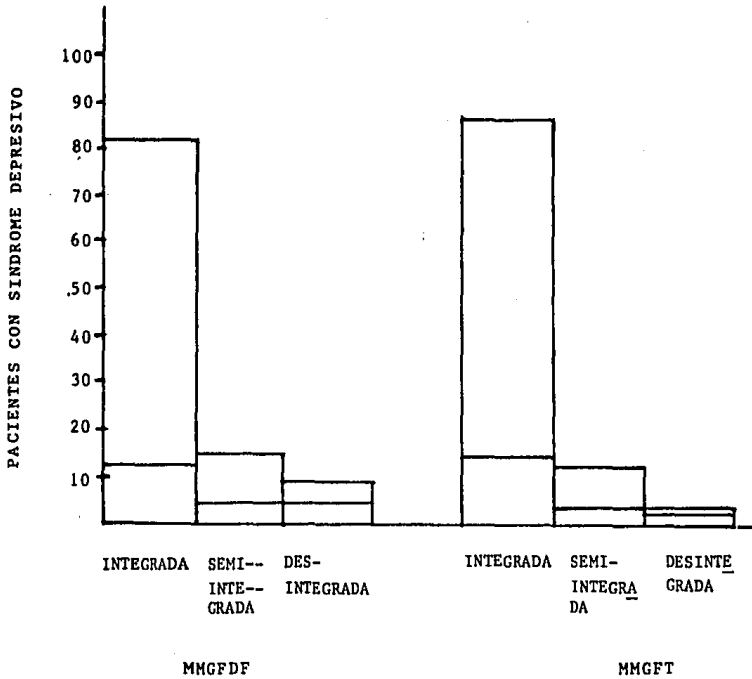
NODULO DE MGF DF					NODULO DE MGFTEXCOCO			
TIPO	TOT	DEP	NOD	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX
Integrada	81	13	61	7	88	15	69	4
Semintegrada	15	4	10	1	13	3	10	0
Desintegrada	<u>9</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

CUADRO 11
TIPO DE FAMILIA (TIPOLOGIA) Y SINDROME DEPRESIVO

MODULO DE MGFDF.					NODULO DE MGFTEXCOCO			
TIPO	TOT	DEP	NOD	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX
Profes.	79	15	58	6	33	1	29	3
Obrero	25	6	16	3	31	10	21	0
Campefino	<u>1</u>	<u>—</u>	<u>1</u>	<u>—</u>	<u>40</u>	<u>9</u>	<u>30</u>	<u>1</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

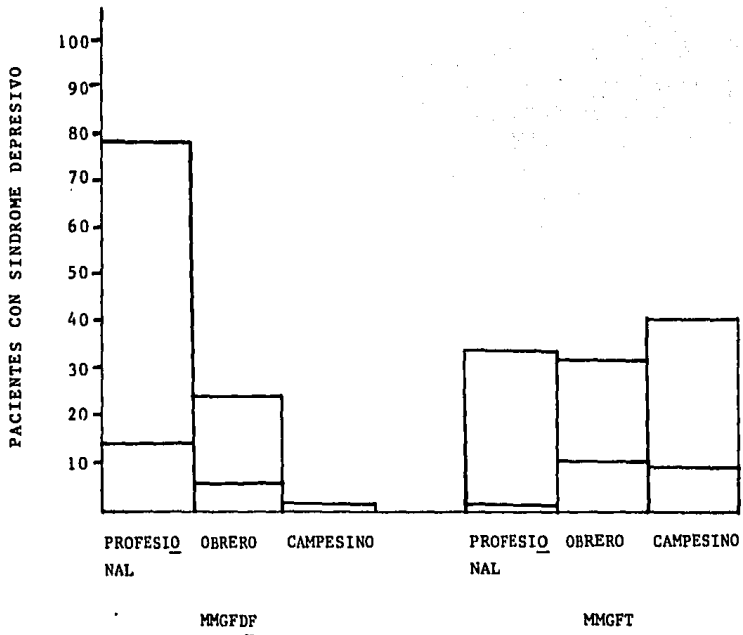
GRAFICA # 8

TIPO DE FAMILIA (INTEGRACION) Y SINDROME DEPRESIVO



GRAFICA # 9

TIPO DE FAMILIA (TIPOLOGIA) Y SINDROME DEPRESIVO



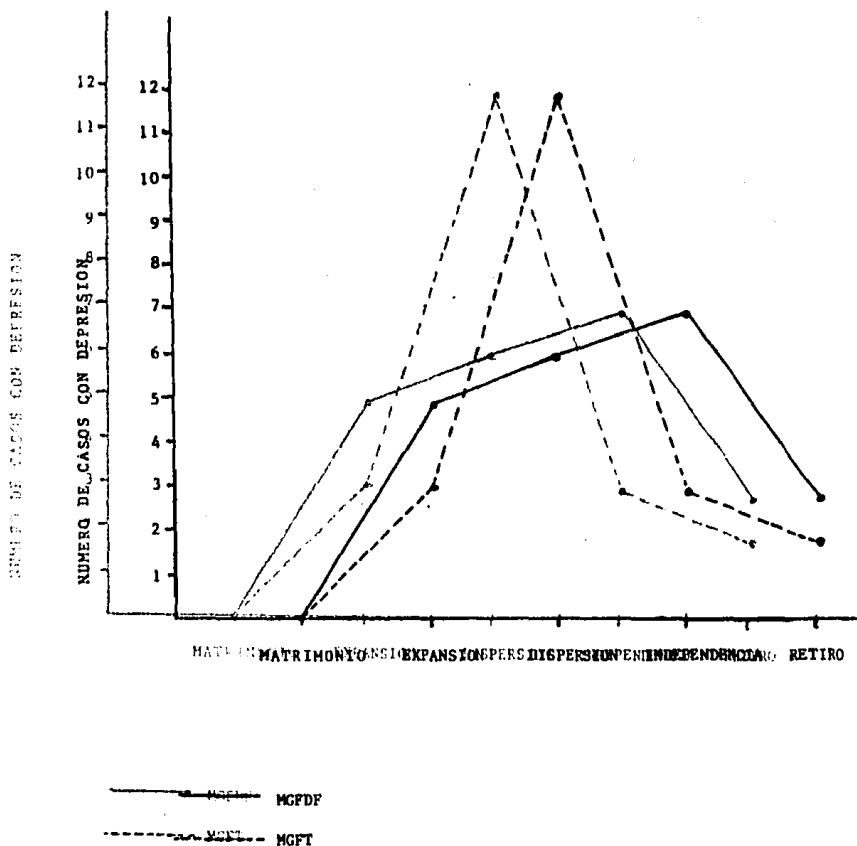
CUADRO 12
FASE DEL CICLO VITAL Y SÍNDROME DEPRESIVO

MODULO DE MGFDF					MODULO DE MAGFTEXCOCO			
FASE	TOTAL	DEP	NOD	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX.
Matrimonio	7		7		1			1
Expansión	21	5	15	1	15	3	12	0
Dispersión	40	6	30	4	62	12	47	3
Independiente	29	7	19	3	20	3	17	0
Retiro.	<u>9</u>	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>1</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

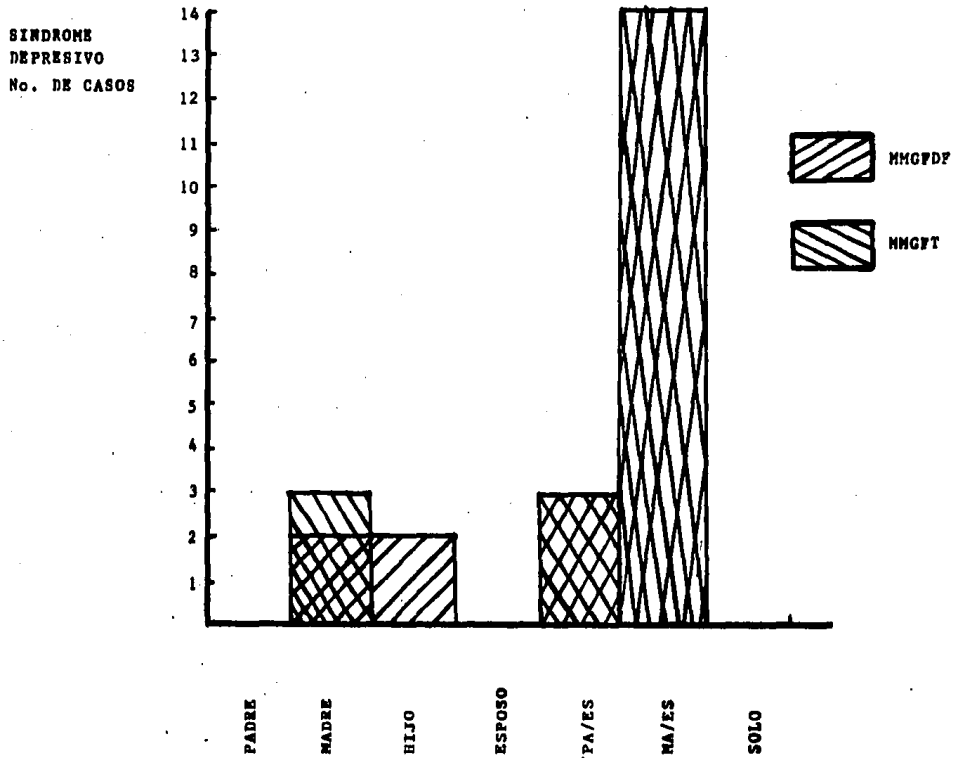
CUADRO 13
ROL FAMILIAR Y SÍNDROME DEPRESIVO

MODULO DE MGFDF.					MODULO DE MGFTXCOCO.			
ROL	TOTAL	DEP	NOD	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX
Padre					2		1	1
Madre	11	2	9	0	7	3	4	0
Hijo	10	2	7		0	0	0	0
Esposo	4		4	1			1	
Pa/Es	23	3	19	1	27	3	24	0
Ma/Es	56	14	36	6	67	14	50	3
Solo	<u>1</u>							
	105	21	75	4	104	20	80	4

GRAFICA # 10
 FASE DEL CICLO VITAL Y SINDROME DEPRESIVO



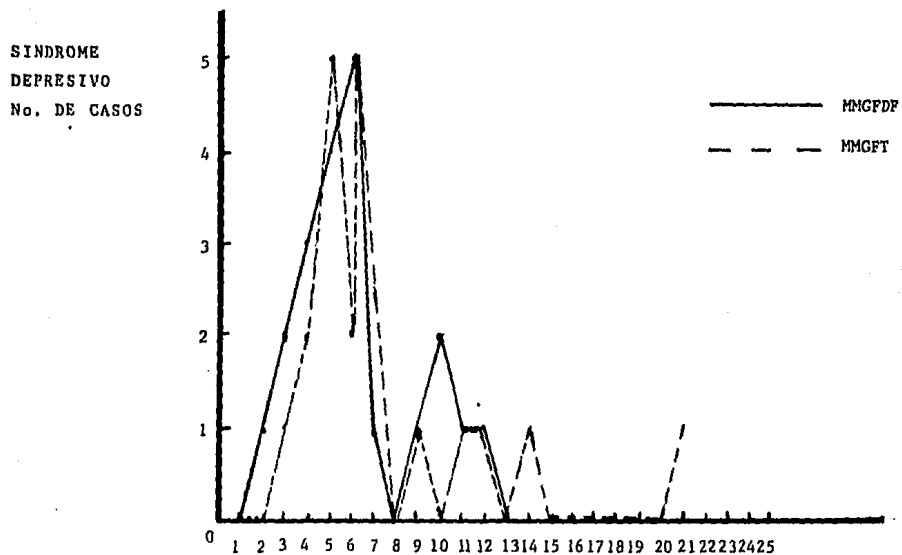
GRAFICA # 11
ROL FAMILIAR Y SINDROME DEPRESIVO



CUADRO 14
 NUMERO DE INTEGRANTES Y SINDROME DEPRESIVO

MODULO DE MGFDF.					MODULO DE MGFTEXCOCO			
NO.	TOTAL	DEP	NOD	MIX	TOTAL	DEP	NOD	MIX
1	1			1				
2	8	1	7		1			
3	11	2	9		5	1	4	
4	19	3	13	3	20	2	18	0
5	18	4	13	1	20	5	14	1
6	19	5	13	1	18	2	14	2
7	12	1	10	1	18	5	12	1
8	5		5		3		3	
9	4	1	3	0	6	1	5	0
10	3	2		1	4		4	
11	2	1	1		4	1	3	0
12	2	1		1	2	1	1	0
14	0		1		1	1		
19	1				0			
21	<u>0</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

GRAFICA # 12
NUMERO DE INTEGRANTES Y SINDROME DEPRESIVO



NUMERO DE HIJOS Y SINDROME DEPRESIVO

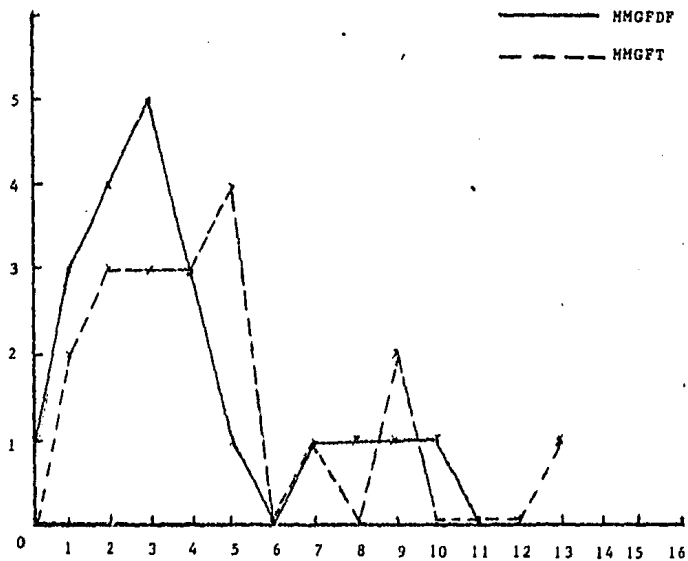
CUADRO 15

MODULO DE MGDFD					MODULO DE MGFTEXOOCO				
No.	TOTAL	DEP	No D	MIX	TOTAL	DEP	NoD	MIX	
6	9	1	7	1	1		1		
1	15	3	11	1	6	2	4		
2	24	4	18	2	22	3	19		
3	18	5	12	1	18	3	14	1	
4	12	3	8	1	19	3	14	2	
5	10	1	8	1	13	4	8	1	
6	5		5		3		3		
7	2	1	1		8	1	7		
8	3	1	1	1	4		4		
9	3	1	2	0	6	2	4	0	
10	3	1	1	1	1		1	0	
13	1		1		1	1	0	0	
16	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	
	105	21	75	9	104	20	80	4	

GRAFICA # 13
NUMERO DE HIJOS Y SINDROME DEPRESIVO

SINDROME
DEPRESIVO

No. DE CASOS



NUMERO DE HIJOS

PROBLEMAS FAMILIARES Y SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 16

	MODULO DE MGFDF				MODULO DE MGFTEXCOCO			
	TOTAL	DEP	NO D	MIX	TOTAL	DEP	NO D	MIX
Positivo	34	9	23	2	46	14	31	1
Negativo	<u>71</u>	<u>12</u>	<u>52</u>	<u>7</u>	<u>58</u>	<u>6</u>	<u>49</u>	<u>3</u>
	105	21	75	9	104	20	80	4

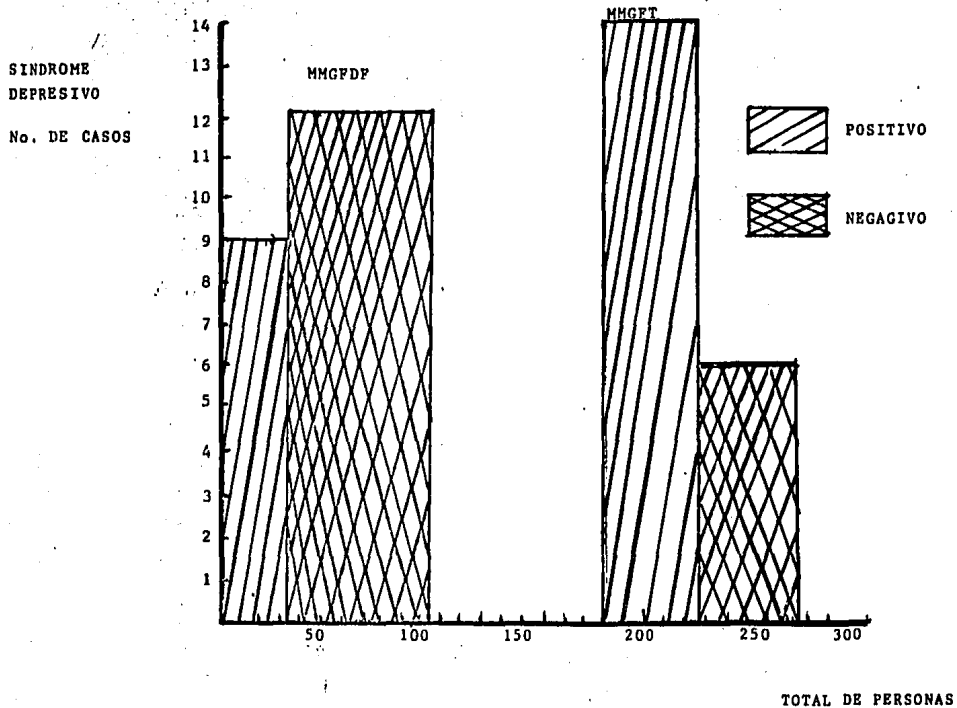
ALCOHOLISMO Y SUICIDIO EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

CUADRO 17

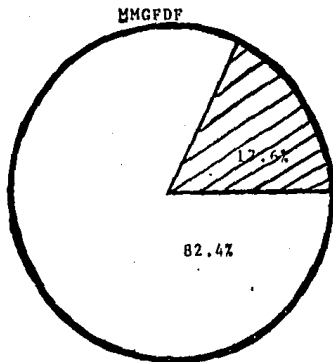
	MODULO DE MGFDF				MODULO DE MGFTEXCOCO			
	TOTAL	DEP	NO D	MIX	TOTAL	DEP	NO D	MIX
A	17	3	13	1	6		6	
S	<u>10</u>	<u>7</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
	27	10	15	2	14	7	7	0

GRAFICA # 14

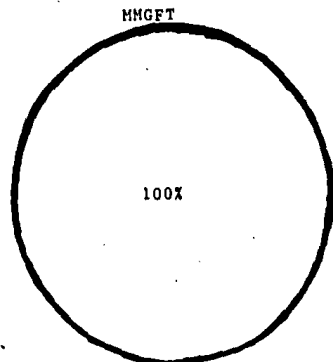
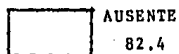
PROBLEMAS FAMILIARES Y SINDROME DEPRESIVO



GRAFICA # 15
 ALCOHOLISMO Y SUICIDIO EN RELACION AL SINDROME DEPRESIVO

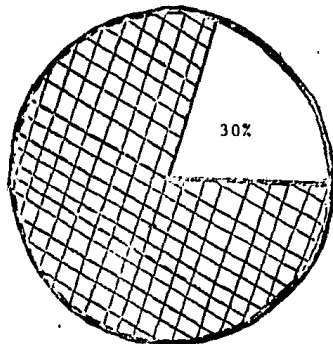
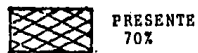


SINDROME DEPRESIVO

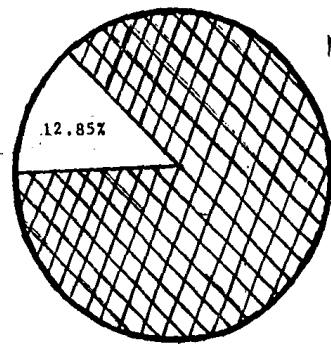


ALCOHOLISMO

SINDROME DEPRESIVO



SUICIDIO



CONCLUSIONES

El trabajo mostró que la frecuencia del síndrome depresivo en las dos poblaciones fué practicamente el mismo, con una frecuencia del padecimiento elevada, lo que nos situá como médicos familiares ante una gran responsabilidad de realizar una detección temprana del síndrome y poder limitar la incapacidad del individuo y su familia.

Las asociaciones con las demás variables son algunas definitivamente contundentes y en muchas de ellas coincidentes con las encontradas por otros autores, pero si bién no era el objetivo primario del trabajo conocer los factores de riesgo del síndrome, si nos ayuda a tenerlo más presente en las familias con la presencia de alguna de las variables.

Respecto al instrumento utilizado para la detección del síndrome depresivo (Test de Autoevaluación de Zung) se cree que sirvió como una herramienta más que pudiera utilizar el MGF ya que éste mostró ser práctico, veráz, de bajo costo, y fácil de conseguir.

Finalmente los autores consideran que es necesario -- continuar con investigaciones de éste tipo que no existen en el primer nivel, ya que frecuentemente nos basamos en trabajos que no tienen una aplicación en nuestra sociedad y cultura, y se desconoce la verdadera magnitud del daño, sobre todo en éste tipo de estudios de investigación en los que tienen -- una gran implicación dichos factores, tanto en su génesis (factores de riesgo) como en el abordaje de dicha entidad para su detección temprana.

RESUMEN

El presente trabajo investigó la frecuencia del síndrome depresivo encontrada en 2 módulos de MGF, uno en la Clínica Dr. Ignacio Chávez en el D.F. (Zona urbana) y otro en la Clínica Texcoco (Zona suburbana), ambas de la Institución Imsste, siendo esta del 20% y 19.2% respectivamente en una población de primer nivel de atención de pacientes mayores de 18 años que acuden a consulta por cualquier causa.

De manera secundaria se estableció la relación del síndrome depresivo con las variables sexo, edad, estado civil, ocupación, tipo de familia, fase del ciclo vital, rol familiar, nivel educativo y socioeconómico con el objeto de conocer la población de mayor riesgo, y de esta manera contribuir con el perfil epidemiológico de dicha entidad.

Para identificar la frecuencia del síndrome depresivo se utilizó como medio auxiliar diagnóstico el test de autoevaluación de "Zung" (test psicológico para la detección temprana del síndrome depresivo), seguido de una entrevista médico psicológica para corroborar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS:

- 1.- O. Benkert. Reconocimiento del Síndrome Depresivo. Primera edición, Pags 2-19. 1981.
- 2.- Pierre Pichot. DSMIII Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association Masson, S.A. 1984.
- 3.- Caso Agustín. "Depresión" en Gaceta Médica de México. Vol-113, pags 43-45. Enero 1977.
- 4.- Calderón Narváez G. "Depresion a public health problem". -- Salud Pública México. 23(5) 503-8, sept-oct 1981.
- 5.- Sartorius, N., "Epidemiology of depression", Who Cronicle, - 29:423-427, 1975.
- 6.- Sartorius N., "Depressive Disorders a Mayor Public Health-Problem", editado por Ayd, F.J. y Taylor, I.d, Ayd Medical Communications, División of the Ayd Corporation, Baltimore.
- 7.- Lilienfeld, Lilienfeld. Fundamentos de Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano pags. 124-125, 1983,
- 8.- Jeffrey H. Boyd. MD, Myrna M. Neissman, PhD. "Epidemiology of affective disorders". Arch. Gen Psychiatry, Vol 38, -- sept 1981,
- 9.- De la Fuente Ramón. "La Salud Mental en México" Revista - de Salud Mental. Vol. 1 No. 1 1977.

- 10.- Pucheu Regis C, Padilla G. Paula. "Reflexiones sobre la frecuencia de los desordenes mentales en la práctica médica general familiar en material de apoyo del Curso de Especialización en MGF módulo de Psicología Médica tercer año, Unidad I, documento 3, 1985-86.
- 11.- Howard F. Conn. Robert E. Rakel. "Depresión en Medicina Familiar teoría y práctica", capítulo 27, pags 315-325,- Interamericana 1974.
- 12.- Irigoyen Coria Arnulfo. Fundamentos de Medicina Familiar. Primera edición. Ediciones MF Mexicana, pags 15-18, 1982.
- 13.- Alarid Huberto Jaime y cols. "La Familia" en Fundamentos de MF. Ediciones MF Mexicana. pag 3-11. 1982.
- 14.- Hirschfeld Robert MA, MD, K. Cross, MA. "Epidemiology of affective disorders". Arch. Gen Psychiatry. Vol 39 jan - 1982
- 15.- Pöldinger, W. "Primeros auxilios en las depresiones", In formación Geigy Psiquiatria-Neurología, 7:2, 1982.
- 16.- Coppen, A., "Cuadro clínico de la depresión", en Depresión, MEDCOM, Nueva York, 1970.
- 17.- Zung, W.M.K., "A self-rating depression scale", Arch. -- Gen Psychiatry 12:63, 1965.
- 18.- Zung, W.M.I., Richards, C.B y Short. M.J., "Self-ratin de pression scale, in outpatient clinic", Arch Gen Psychiat. 13:508, 1965.

- 19.- Levin Jack. Fundamentos de Estadística en Investigación Social. Primera Edición. Editorial HARLA. pags:169-199, 1977.
- 20.- De la Fuente Ramón. "Depresión". Revista de la Facultad de Medicina, Vol XVIII Año 18. No. 10 pag. 6-32, -- 1975
- 21.- J. Vallejo Ruiloba. "Síndromes depresivos", tratado de medicina práctica MEDICINE, México. Primera serie 35 - - 111-118. Agosto 1984.
- 22.- Pérez Edgardo y Cols. "Sociedad Behavior in the Emergency Room. Part 1: Assesment of risk". Canadian Family - - Physicion vol 31 pag 1663-1666 sept-1985.