

11241

7

2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina.

TESIS

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

"FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES
REFERIDOS DEL PRIMERO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION"

Especialidad en Psiquiatria.



TUTOR



Dr. José Gpe. Mercado Verdín

ALUMNO E INVESTIGADOR

Dr. Roberto Carranza Nieto



1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ANTECEDENTES

LA DEPRESION

Es imposible imaginar que exista ser humano alguno, que no haya sufrido el síntoma de la depresión. Todas las personas experimentan este sentimiento, aunque las formas diversas y sutiles en que aparece la melancolía dan lugar a controversia. En unos se manifiesta simplemente como tristeza, en otros infelicidad o pesimismo. En los más una mera sensación de soledad. Podría decirse que la depresión está en todos nosotros y que se repite a lo largo de nuestra vida, sin descanso. (12)

Sin embargo, tenemos que diferenciar el síntoma de la enfermedad depresiva propiamente dicha, y en base a esto ya que la depresión es considerada simplemente por algunos como un estado del afecto, para su estudio ha sido dividida dentro de dos grandes categorías: La Psicótica y la No Psicótica. No obstante revisaremos mas a fondo su clasificación histórica y actual.

Desde la antigüedad la palabra melancolía era conocida por los griegos, quienes pensaban que la presencia de la bilis negra la causaba. Los romanos usaban el vocablo latino "tristitia" como equivalente al anterior. (12)

Los escritores cristianos de la Edad Media distinguían dos tipos de desesperación, aquella que proviene de Dios y la que es causada por el mundo. El hombre padecería de depresión racional y la irracional. Atribuyendo la primera al amor y la segunda al odio.

Pinel en 1801 describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad, a pesar de que se encuentra en buena salud y en prósperas circunstancias. Fue además el primero en mencionar que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo. (12)

Es Griesinger (1845) el primero que llevó a cabo una detallada descripción de la depresión. Observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

En un esfuerzo por definir entidades absolutas en Psiquiatría, Emil Kraepelin (1925) separó los diferentes complejos sintomáticos y redujo las psicosis en dos divisiones esenciales, los episodios sin daño procesal en el pensamiento, o sea la enfermedad maniaco-depresiva y aquellos con deterioro progresivo de la personalidad, es decir, la demencia precoz. (13)

Dentro del concepto maniaco-depresivo, Kraepelin incluyó desórdenes como: la melancolía simple, la que se acompaña con delirio persecutorio, la periódica o sea la circular y por último la manía simple. Las muy mencionadas por algún tiempo como la depresión neurótica y la depresión involutiva no fueron clasificadas por Kraepelin. (32)

Lange (1928) discípulo de Kraepelin, fue el primero que llamó la atención sobre las depresiones que se desarrollan como resultado de la angustia que presenta el vivir. El término depresión neurótica fue adoptado en 1930 por Gillespie. A partir de Kraepelin (1925), la depresión se ha clasificado de múltiples maneras: psicótica-neurótica, reactiva, endógena, unipolar-bipolar (Leonhard 1962, C. Perris 1966), y primaria-secundaria (Robins y Guze 1972) entre otras. (5)

Actualmente la clasificación utilizada con respecto a los Trastornos afectivos, en los cuales se incluye la depresión es la siguiente:

Crisis maniaca

Crisis depresiva mayor y se subclasifica en primera crisis, recurrente y con o sin síntomas psicóticos.

Crisis depresiva con melancolía

Trastorno bipolar mixto

Trastorno bipolar maniaco

Trastorno bipolar deprimido

Depresión mayor recurrente

Trastorno ciclotómico

Trastorno distímico

Trastorno bipolar atípico

Depresión atípica.

En estudios comparativos, se reconoce un incremento en la prevalencia del síndrome depresivo a partir de la segunda guerra mundial. (13)

Estudios epidemiológicos realizados en Dinamarca, Reino Unido, E.U.A., entre los años 1961 a 1976, indican que el 15-30% de la población general, ha experimentado un episodio depresivo de una intensidad moderada, que implicara de alguna forma tratamiento. Esto ha hecho que diferentes especialistas de la salud hayan puesto especial interés en el problema y sobre todod, en las áreas de primer contacto y de primer nivel; detectándose con un rango del 12-56%. (2)

Es importante considerar que existen una gran diversidad de síntomas agregados al síndrome depresivo, como son: síntomas generales, autonómicos, cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos, genitourinarios, músculo-esqueléticos y psicosexuales, que en un momento dado ayudan o distraen al médico a reconocer el síndrome.

(21)

Se han intentado múltiples sistemas para reconocer a tan importante problema de salud pública, tratando de cumplir con las características de ser económico, fácilmente aplicable y con una sensibilidad y especificidad óptima. Algunos de estos sistemas son: Escala de Zung, Hamilton M. y Beck entre muchos otros.

El inventario de Beck (BDI) consta de un total de 21 preguntas con un valor numérico que va del 0 al 3 e inicia el grado de severidad, pero no así, la etiología subyacente del proceso psicológico de la depresión. Se puede decir que el BDI, es útil para medir la severidad de la depresión de una manera más o menos unidimensional.

(20)

De acuerdo a Beck, el BDI ofrece un número de ventajas en su uso para propósitos de investigación. Primero, evita el problema de la variabilidad del juicio clínico de entidades nosológicas y provee uno estandarizado y una medición consistente que no es sensible a la orientación teórica o a la idiosincrasia del individuo que lo administra. Segundo, el inventario puede ser aplicado por un entrevistador fácilmente entrenado para ello. Tercero, dado que el inventario provee una marca numérica facilita la comparación de otros datos cuantitativos. Finalmente el inventario refleja cambios con el tiempo, en la profundidad de la depresión, lo que da una medición objetiva para el juicio de la evolución y resultado de la psicoterapia, tratamiento medicamentoso y otras formas de manejo.

Una limitación de este instrumento y que debe tomarse en consideración, es que su aplicabilidad depende de la cooperación del paciente, así como de su capacidad para comprender los items.

(2)

Consideramos que el instrumento ofrece múltiples ventajas, además de que contamos con validación realizada en el Instituto Nacional de Cardiología, con población de características socioeconómicas y culturales muy parecidas a las del Hospital Manuel Gea González.

Se estima que al menos un millón de personas en el mundo, sufren de síndrome depresivo. La esperanza de vida, está incrementándose en la mayoría de los países y el número y porcentaje de gente, están corriendo mayor riesgo de sufrir depresión. Además, el incremento en la morbilidad de enfermedades crónicas, traerá un aumento en la depresión. (32)

La depresión parece ser el trastorno psiquiátrico más común entre pacientes médicos (10), por lo que se están realizando múltiples esfuerzos para su detección y manejo oportuno. En algunas circunstancias los signos y síntomas de la depresión son difíciles de discriminar de los atribuidos a la enfermedad física en sí, como pacientes oncológicos (19). En contraposición, un síntoma físico

como el dolor crónico sin lesión orgánica demostrable, puede expresar una depresión subyacente, la cual, se manifiesta en forma somática a través del dolor, reportando una prevalencia entre el 30 y 60%. (23)

Las variables sociodemográficas, tales como edad, sexo y estatus marital, no condicionan o alteran la relación, entre quejas de salud y síntomas depresivos entre angloamericanos y México-americanos.

J. Louks en 1989, utilizando una rotación varimax, encontró la existencia de un factor dominante del BDI, el cognitivo, que se estima del 67 al 81% y una reproductibilidad (r) de 0.94%; un segundo factor vegetativo demostró 58 al 19% y una $r=58$. El primer factor dominante consiste en síntomas cognitivos, la naturaleza bidimensional del BDI, es conciente desde el punto de vista teórico de Beck, de que la depresión es el resultado de un proceso de pensamientos alterados o perturbados. (2,20)

Lo anterior concuerda con algunos estudios que han investigado la interacción entre los eventos de la vida y las variables cognitivas de la personalidad para precedir la depresión, Beck (1983), quien asegura que los trastornos emocionales están asociados con presencia de pensamientos automáticos negativos. Robins 1988, reporta una mayor frecuencia de síndrome depresión si este se acompaña de eventos

sociales negativos y una alta sociotropía. Silberhatz G en 1989, encontró que tanto la dependencia como la autocrítica, estuvieron significativamente relacionados con la depresión (30). Christiansen en 1989 en un estudio clínico sobre diaforia premenstrual, observó que las mujeres pueden estar mas predispuestas a reportar altos niveles de ansiedad y depresión cuando conocen del tema del estudio premenstrual.

Clarck en 1988, aplicó el BDI a estudiantes con edad media de 23.6 años y encontró el 12% con síntomas depresivos, utilizando una marca arbitraria de 10 o más. (8,9)

A.C. Nielsen en 1980, realizó un estudio con población ambulatoria de pacientes no psiquiátricos con una edad que osciló entre los 21 y 80 años y encontró una prevalencia del síndrome depresivo del 12% con un corte a 10 con BDI, refiriendo una sensibilidad y una especificidad de 0.92 y 0.35 respectivamente. Además observó una mayor detección con el instrumento, en relación a los médicos de atención primaria. (25)

U.H. Ithezeu. en 1986 aplicó la escala de Zung a pacientes de la consulta externa de un Hospital General, con edades entre 18 y 73 años y detectó un 25% de síndrome depresivo. (14)

En estudios realizados en acianos, se ha visto que la depresión no se reconoce en la mayor parte de las ocasiones por el médico general, que los pacientes deprimidos están dañados en el área social y que contrariamente a lo que se supondría, la prevalencia de la depresión no se incrementa con la edad, sino que es mas frecuente en personas menores de 45 años.

Aunque se reconoce en general que los trastornos afectivos son comunes, es difícil determinar su prevalencia a causa de las diferencias entre los procedimientos y los criterios diagnósticos.

Las valoraciones de los síntomas depresivos, por ejemplo, intensos, penetrantes y sentimientos casi diarios de tristeza o disgusto que afectan al funcionamiento normal, manifiestan proporciones de prevalencia de 9 a 20%. Cuando se recurre a criterios mas rígidos para la depresión, la prevalencia de ésta es de 3% en los varones y de 4 a 9% en las mujeres. El riesgo durante toda la vida es de 8 a 12% para los varones y de 20 a 26% en las mujeres (26). Estas cifras pueden ser también elevadas, puesto que dependen en gran medida de las valoraciones subjetivas de los individuos que no han solicitado tratamiento. No obstante todo lo referido anteriormente aún no se cuentan con porcentajes realmente significativos y repetitivos en los estudios, por lo cual se considera necesario continuar investigando para poder unificar criterios tanto en la población general, como en aquella que solicita tratamiento especializado.

Aunque en este trabajo, no existe la intención de apoyar alguna de las teorías de la depresión, considero conveniente mencionar alguna de las teorías bioquímicas de este tan común padecimiento de nuestros días.

La teoría hasta la actualidad mas aceptada es la expuesta por Schildkraut (1967) en la que se refiere que existe vaciamiento de las aminas cerebrales: noradrenalina, dopamina y serotonina, por lo cual Schildkraut postuló que un aumento de estas aminas producía un estado de manía y una disminución llevaba a la depresión. Otros autores (Van Praag, 1977 y 1978; Mass, 1975) son todavía mas específicos y han demostrado que los pacientes con depresión endógena pueden separarse en dos grupos: uno cuyo déficit se encuentra en los niveles de serotonina: y otro, en los de la noradrenalina. (32)

Así han seguido surgiendo teorías relacionadas a los neurotransmisores y encontramos entre otras, la propuesta por Benesova y Nahunek (1971), quienes piensan que el neurotransmisor responsable de la alteración depresiva es la acetilcolina, ya que casi todos los antidepresivos tricíclicos tienen un potente efecto anticolinérgico muscarínico y por tanto la amitriptilina parecería ser el mas efectivo y, a la vez, el más potente anticolinérgico. Además, se ha visto (Mendela y cols 1976), que la fisostigmina (un

antagonista de la colinesterasa) disminuye considerablemente las manifestaciones maniacas, así como la colina exacerba la depresión en algunos pacientes (Tamminga y cols., 1976), y los inhibidores irreversibles de la colinesterasa como lo son los organofósforos, producen depresión intensa (Davis y cols., 1978). Robinson y Cols., encontraron posteriormente que los medicamentos antiparkinsonianos tales como el trihexifenidilo y la atropina son mas potentes anticolinérgicos que la amitriptilina, y su efecto antidepresivo no lo es, agregándose a esto que existen antidepresivos que no tienen efecto anticolinérgico como son la nomifensina y la mianserina. (32)

Desde hace algunos años se ha observado que la supresión o disminución del período REM del sueño mejora algunos estados depresivos. Algunos medicamentos que suprimen el período REM tienen capacidad antidepresiva y por ello, algunos autores se han inclinado a pensar que el efecto antidepresivo se encuentra íntimamente ligado a la modificación del REM.

Por el momento aún no contamos con nada concluyente, pero la investigación en encontrar fundamento biológico del problema de salud mental mas frecuente en nuestros días no ha cesado.

MATERIAL Y METODO

UNIVERSO DEL ESTUDIO.

Pacientes referidos de los centros de salud José Castro Villagrana, Xochimilco y Manuel Escontria al H.G.M.G.G. sin diagnóstico psiquiátrico.

(Cuadro No. 1)

CUADRO NO. 1

EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
16-45	220	13.07	555	32.99	775	46.06
46-65	136	8.08	564	33.53	700	41.61
66 o +	65	3.86	142	8.44	207	12.30
TOTAL	421	25.02	1261	74.97	1682	100.00

(ver gráficas 1,2,3)

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo estratificado simple. por grupos etarios y sexo de la siguiente forma: Distribución de pacientes que asisten al H.G.M.G.G. de 16 años en adelante y siempre y cuando hayan sido referidos de los centros de salud José Castro Villagrana, Xochimilco y Manuel sin diagnóstico psiquiátrico, entre los meses Septiembre, Octubre y Noviembre de 1989.

(cuadro No. 2)

TAMAÑO DE LA MUESTRA UTILIZANDO N=1 FORMULA Z

CUADRO NO. 2

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
16-45	24	26	50
46-65	31	36	67
66 ó +	17	23	40
TOTAL	72	85	TOTAL 157

TAMAÑO TOTAL DE LA MUESTRA: 157 Casos

(ver gráficas 4,5,6)

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.- Pacientes referidos de los centros de salud José Castro Villagrana, Xochimilco y Manuel Escontria al 2 nivel de atención en el H.G.M.G.G. sin diagnóstico psiquiátrico.

PORCENTAJE DE LOS PACIENTES QUE REFIEREN LOS 3 CENTROS DE SALUD:

de los 157 casos.

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1.- Castro Villagrana | 40.4% |
| 2.- Xochimilco | 34.8% |
| 3.- Manuel Escontris | 100.0% |

2.- Pacientes que sepan leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.- Pacientes analfabetas

2.- Menores de 15 años

3.- Pacientes con hipoacusia o amaurosis

4.- Pacientes con alteraciones de la conciencia

5.- Pacientes no referidos de alguno de los centros de salud José Castro Villagrana, Xochimilco y Manuel Escontria.

VARIABLES:

Variables dependiente: Edad, sexo enfermedad subyacente, alteraciones en el estado metabólico, trastornos neurotransmisores, trastornos oncológicos, alteraciones en la dinámica familiar, antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia, problemas económicos laborales.

Variables independientes: Cultura, nivel educativo, No. de hijos, ingreso económico, ocupación, lugar de residencia, trastornos psiquiátricos subyacentes.

MATERIAL Y METODO

Los pacientes referidos de los centros de salud José Castro Villagrana, Xochimilco y Manuel Escontria al H.G.M.G.G. son llamados y se registra la edad. Posteriormente en caso de ser seleccionados a participar en la investigación en base a los resultados dependiente de la tabla de números aleatorios para cada grupo etario, se les solicita su colaboración para responder al cuestionario BDI. Se dan las instrucciones de llenado del cuestionario y de la misma forma se vigila que no tengan dudas durante la contestación del mismo. Posteriormente se evalúa el cuestionario ya resuelto y en caso de considerarse necesario atender al síndrome depresivo se solicita la colaboración del personal de preconsulta para su canalización adecuada o contrarreferencia del paciente a su centro de salud, ya que en éstos se cuenta con Psiquiatra.

PARAMETROS DE MEDICION:

Se usarán escalas nominales (variables epidemiológicas y ordinales para los resultados de la prueba del BDI.

RESULTADOS

La muestra total obtenida para esta investigación fue de 157 pacientes utilizándose la técnica $n=1$ fórmula Z. Los pacientes fueron reunidos en grupos etarios tal y como se muestra en el cuadro No. 2

Con respecto a la ocupación de los pacientes, encontramos que la mayor incidencia del síndrome depresivo en la población estudiada, se encontró en las personas dedicadas al hogar con el 57% (n=69) quedando en 2 lugar los estudiantes con el 19% (n=12), cuadro No. 2. Todo esto concuerda con la muestra tomada ya que en ella el número mayor lo representan las mujeres (n=85) quienes son las que se dedican principalmente al hogar.

Con respecto a los ingresos familiares medido para fines de este estudio en salarios mínimos destacan los pacientes en cuyas familias el infreso estriba entre menor de uno y un salario mínimo con el 7.3% (no. 112) Cuadro No. 4

En el cuadro No. 5 mostramos que los pacientes que no tienen hijos, así como en cuyas familias existen uno o dos hijos presentan el índice mas elevado de síndrome depresivo con el 35.6 y 34.4% (n=56 y n=54) respectivamente.

Los pacientes que se encuentran casados o en unión libre muestran la mayor incidencia de síndrome depresivo en los tres grupos de edad seleccionados en la investigación, destacando principalmente el grupo comprendido entre los 46-65 años de edad con el 76.4% (n051), ver cuadro No. 6

El nivel escolar, aunque aparentemente no es determinante, en nuestra muestra presenta un porcentaje de 36.4% (n=57) enpacientes con Primaria completa, siendo este el resultado mas elevado, y el inferior es de 1.1% (n02) para los pacientes con nivel educativo superior (Universitarios o carrera a nivel licenciatura). Ver cuadro No. 7. En el cuadro No. 8 encontramos que el motivo de referencia era principalmente Gineco-obstétrico con un número total de 38 casos (24%). Los resultados del BDI, se muestran en el cuadro No. 9, en el cual nuevamente la incidencia mayor se presenta en mujeres, en el grupo de los 46-65 años con 21 casos, sin embargo la mayor incidencia se mostró en las mismas mujeres pero en el grupo de mayores de 66 años con el 65.4%. En general se encontró que el 47.13% de los pacientes de la muestra presentó una puntuación mayor de 14 puntos y con esto se concluye que padecen de Síndrome depresivo.

CUADRO NO. 3

	casos	%
Hogar	89	57
Estudiantes	19	12
Obreros	9	5.5
Técnicos	8	4.8
Profesionistas	9	6.0
Jubilados	2	1.4
Comerciantes	13	8.1
Desempleados	7	4.3
Otros	1	1.0
TOTAL	157	100.0%

(Gráfica 7)

RESULTADOS

CUADRO NO. 4

DISTRIBUCION POR SALARIOS

(con respecto al salario mínimo)

	%	No. de casos
0-1	71.3	112
1-2	24.1	38
2-3	3.1	5
+ 3	1.5	2
TOTAL	100.0%	157

(gráfica 8)

CUADRO NO. 5
HIJOS DE FAMILIA

	%	TOTAL	CASOS	157
0	35.6			56
1-2	34.4			54
3-4	22.1			35
5-6	2.9			5
+ 7	5.0			7
TOTAL	100.0			157

(Gráfica 9)

CUADRO NO. 6
ESTADO CIVIL

16-45	48%	26	52%	26	0	100%
46-65	15.2%	10	76.4%	51	8.4%	6 100%
65 +	8.3%	3	62.4%	25	29.3%	12 100%

(Gráfica 10,11,12)

CUADRO NO. 7
NIVEL EDUCATIVO

S/E	%	Casos:
S/E	3.2	5
Prim. Incomp.	22.6	35
Prim. Compl.	36.4	57
Sec. Incomp.	10.6	17
Sec. Compl.	6.9	11
Técnicos	6.6	10
Prep. incompl.	3.4	5
Prep. compl.	4.8	8
Prof. incompl.	4.4	7
Prof. compl.	1.1	2
TOTAL	100.0	157

(Gráfica 13)

CUADRO NO. 8

MOTIVO DE REFERENCIA. (enf. subyacente)

	%	CASOS
Gin. y Obst.	24	38
Med. Int.	20	31
Cir. gen.	18	28
Otorrino	10	16
Oft.	9.4	15
Derma	8.2	13
Ortopedia	6.4	10
Otros	4.0	6
TOTAL	100.0%	157

(Gráfica 14)

CUADRO NO. 9

RESULTADOS DE BDI (+14 puntos) (de los pacientes incluidos)

HOMBRES

	Muestra	No. de casos	
16-45	24	8	30
46-65	31	13	41.4%
+ 66	17	8	42
TOTAL	72	29	*40.2

*de los hombres seleccionados.

CUADRO 10
 RESULTADOS DE BDI (+14 PUNTOS) (DE LOS PACIENTES)
 MUESTRA MUJERES

Muestra	No. Casos (BDI + 14)	%
16-45	9	34.6
46-65	21	58.3
+ 66	15	65.2
TOTAL	45	53.0
N= 45		

CUADRO 11
 RESULTADOS GLOBALES DE BDI POR SEXO Y
 PUNTUACION MENOR A 14 (MUESTRA 157 PACIENTES)

SEXO	No. CASOS	%
HOMBRES	29	18.47
MUJERES	45	28.66
TOTAL	74	47.13
-14 PUNTOS	83	52.87

(Gráfica 15)

INDICE DE GRAFICAS

- 1.- Material : Hombres
 - 2.- Material : Mujeres
 - 3.- Material : Distribución del total de pacientes referidos, por sexo.
 - 4.- Distribución de la muestra seleccionada por sexo.
 - 5.- Distribución de la muestra seleccionada, Hombres por edades.
 - 6.- Distribución de la muestra seleccionada, mujeres por edades.
 - 7.- Distribución de la muestra por ocupación.
 - 8.- Distribución de la muestra por salarios.
 - 9.- Distribución por número de hijos.
 - 10.-Distribución por edad civil grupo de 16 a 45 años.
 - 11.-Distribución por estado civil grupo de 46 a 65 años.
 - 12.-Distribución por estado civil grupo de mayores de 66 años.
- Nota: Gráficas 10,11 y 12 el número de casos y el porcentaje, se encuentran dados con respecto al grupo por edades; sin embargo, al sumar los casos de las 3 gráficas, obtenemos nuestra muestra (n=157)
- 13.-Distribución por nivel educativo
 - 14.-Distribución por motivo de referencia.
 - 15.-Resultados BDI por sexo y global

NOTA: Algunos cuadros se ilustran con más de una gráfica, manteniendo el subtítulo de "Tamaño de la Muestra = 157 Pacientes";

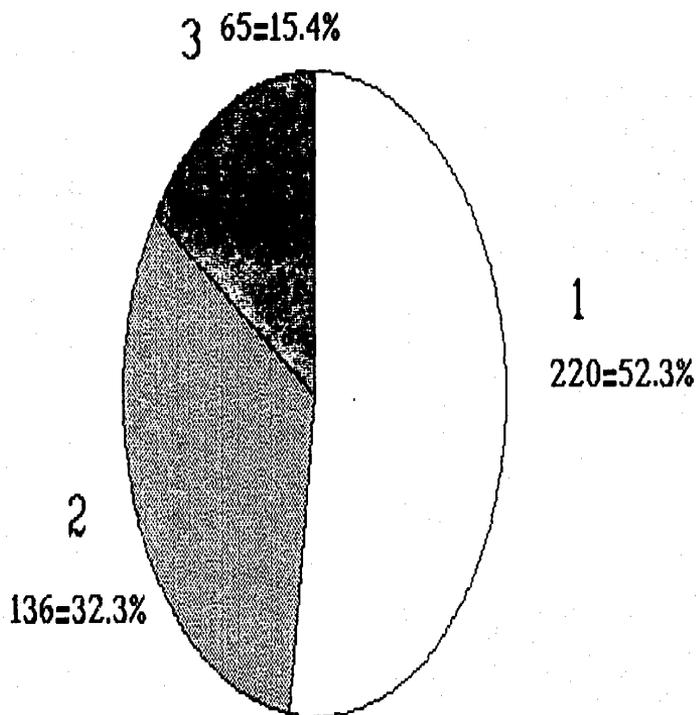
Algunos resultados son parciales, pero al sumar los resultados de las muestras correspondientes a los cuadros, se obtiene 157.

GRAFICA NO. 1

MATERIAL HOMBRES

MATERIAL

HOMBRES



GRUPOS

- 1.- DE 16 A 45 AÑOS
- 2.- DE 46 A 65 AÑOS
- 3.- MAS DE 66 AÑOS

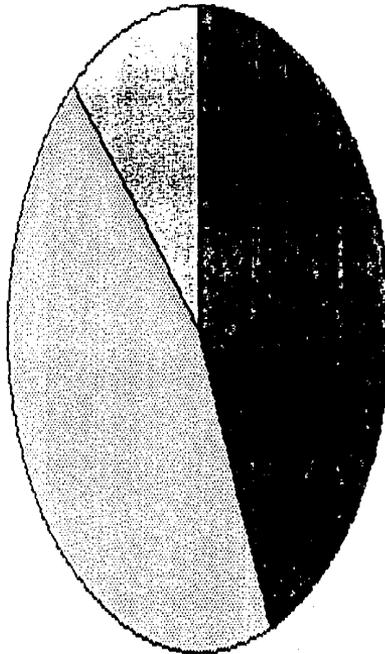
GRAFICA NO. 2

MATERIAL MUJERES

M A T E R I A L

MUJERES

3 142=11.3%



2

564=44.7%

1

555=44.0

GRUPOS

- 1.- DE 16 A 45 AÑOS
- 2.- DE 46 A 65 AÑOS
- 3.- MAS DE 66 AÑOS

GRAFICA NO. 3

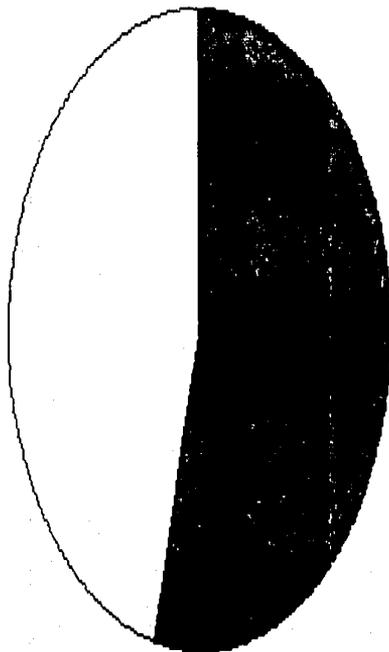
DISTRIBUCION DEL TOTAL DE PACIENTES REFERIDOS

POR SEXO

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SELECCIONADA,
POR SEXO

HOMBRES
72=45.8%



MUJERES
85=54.2%

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

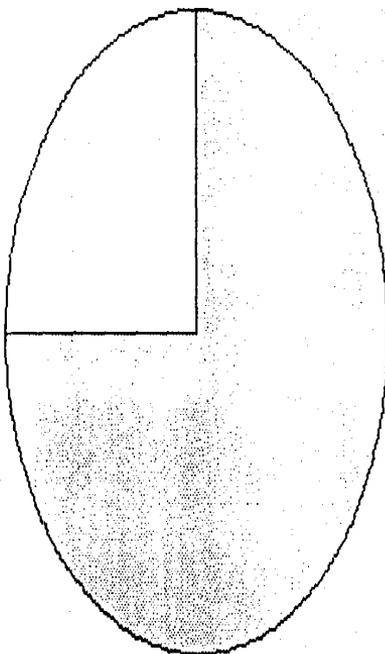
GRAFICA NO. 4

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA
SELECCIONADA POR SEXO

MATERIAL

DISTRIBUCION DEL TOTAL DE PACIENTES REFERIDOS
POR SEXO

HOMBRES
421=25%



MUJERES
1261=75%

GRAFICA NO. 5

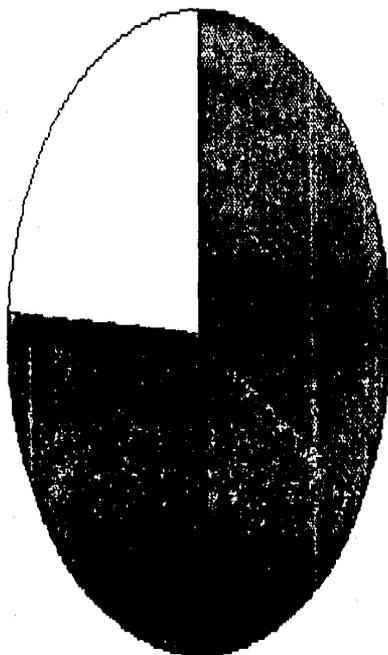
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SELECCIONADA.

HOMBRES POR EDADES

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SELECCIONADA, HOMBRES POR EDADES

DE 16 A 45
AÑOS
24=33.3%



DE 66 O MAS
AÑOS
17=23.7%

DE 46 A 65
AÑOS
31=43%

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 6

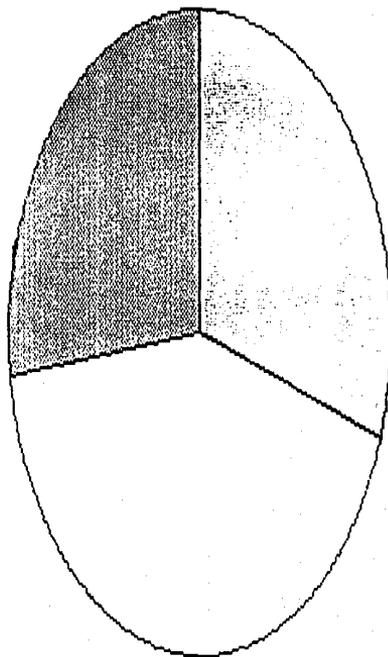
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SELECCIONADA

MUJERES POR EDADES.

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SELECCIONADA, MUJERES POR EDADES

DE 16 A 45
AÑOS
26=30.6%



DE 66 O MAS
AÑOS
36=42.4%

DE 46 A 65
AÑOS
23=27.0%

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

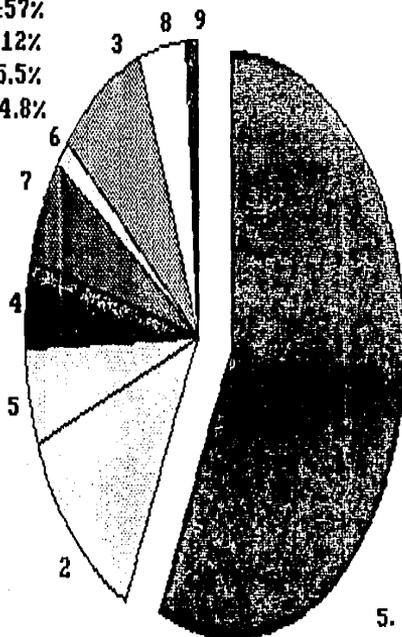
GRAFICA NO. 7

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR OCUPACION

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR OCUPACION

- 1. HOGAR 89=57%
- 2. ESTUDIANTES 19=12%
- 3. OBREROS 9=5.5%
- 4. TECNICOS 8=4.8%



- 5. PROFESIONISTAS 9=6%
- 6. JUBILADOS 2=1.4%
- 7. COMERCIANTES 13= 8.1%
- 8. DESEMPLEADOS 7=4.3%
- 9. OTROS 1

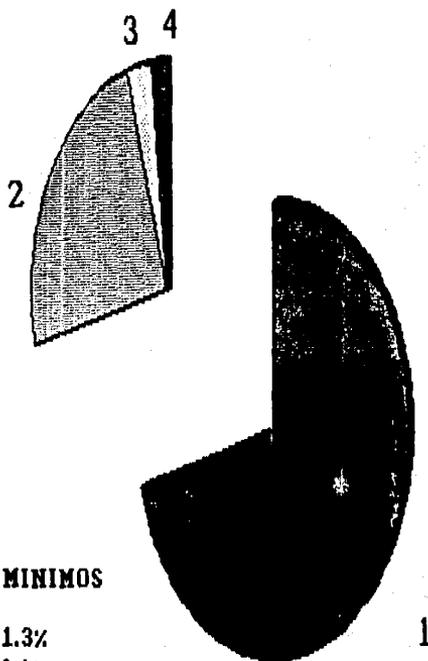
TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 8

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SALARIOS

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SALARIOS



NUMERO DE SALARIOS MINIMOS

- 1.- DE 0 A 1 112=71.3%
- 2.- DE 1 A 2 38=24.1%
- 3.- DE 2 A 3 5=3.1%
- 4.- MAS DE 3 2=1.5%

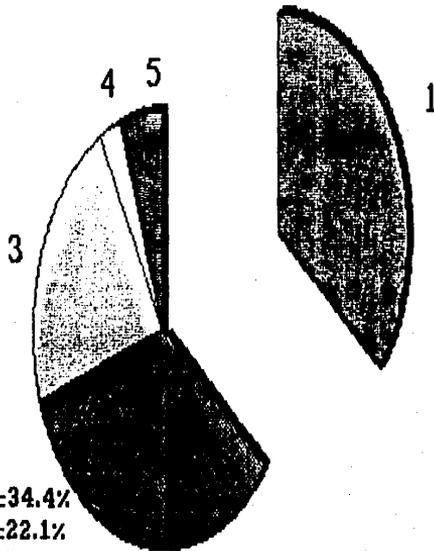
TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 9

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR NUMERO DE HIJOS



- 1.- 0 HIJOS 56=35.6%
- 2.- DE 1 A 2 HIJOS 54=34.4%
- 3.- DE 3 A 4 HIJOS 35=22.1%
- 4.- DE 5 A 6 HIJOS 5=2.9%
- 5.- MAS DE 7 7=5.0%

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 10

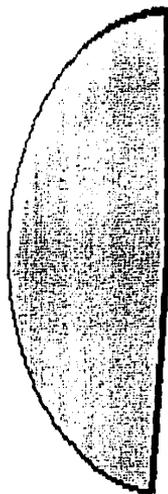
DISTRIBUCION POR EDAD CIVIL
GRUPO DE 16 A 45 AÑOS

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

GRUPO DE 16 A 45 AÑOS

SOLTEROS
48%



CASADOS
52%

- 1.- SOLTEROS 24
- 2.- CASADOS O UNION LIBRE 26
- 3.- VIUDOS 0

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

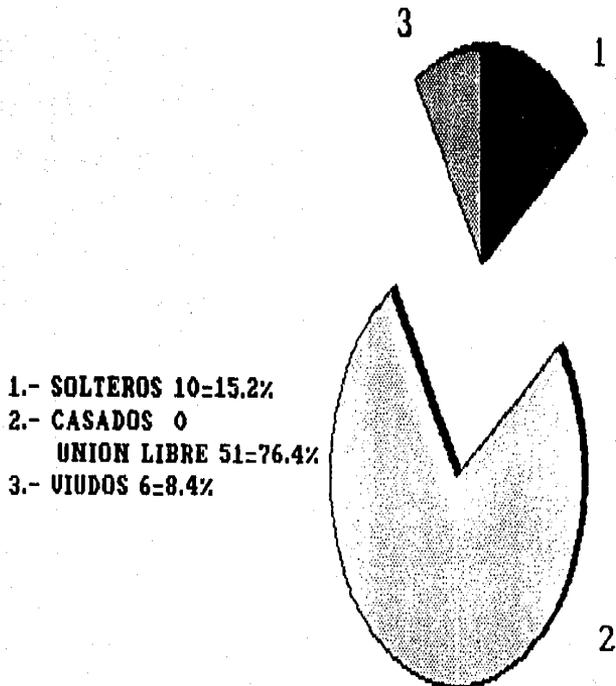
GRAFICA NO. 11

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL
GRUPO DE 46-65.

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

GRUPO DE 46 A 65 AÑOS



TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

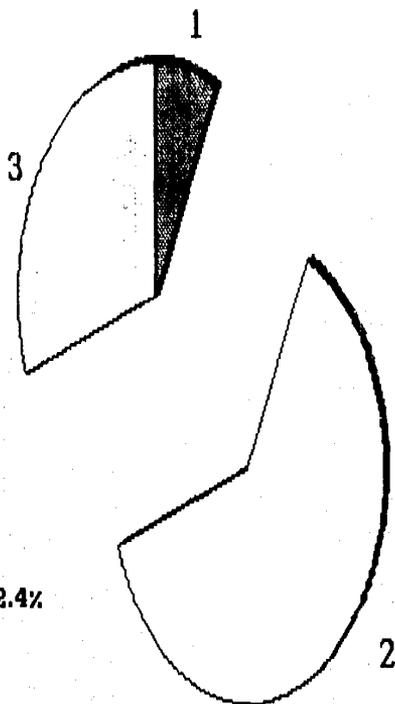
GRAFICA NO. 12

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL GRUPO
DE MAYORES DE 66 ANOS.

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

GRUPO DE MAYORES DE 65 AÑOS



1.- SOLTEROS 3=8.3%

2.- CASADOS O

UNION LIBRE 25=62.4%

3.- VIUDOS 12=29.3%

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

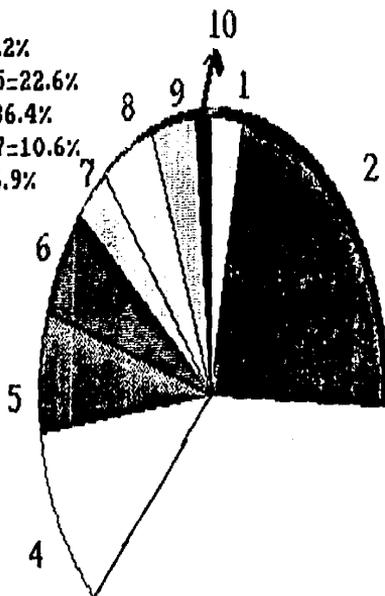
GRAFICA NO. 13

DISTRIBUCION POR NIVEL EDUCATIVO

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR NIVEL EDUCATIVO

- 1. SIN ESTUDIOS 5=3.2%
- 2. P. INCOMPLETA 35=22.6%
- 3. P. COMPLETA 57=36.4%
- 4. S. INCOMPLETA 17=10.6%
- 5. S. COMPLETA 11=6.9%



- 6. TECNICOS 10=6.6%
- 7. PREP. INCOMPLETA 5=3.4%
- 8. PREP. COMPLETA 4=4.8%
- 9. PRGF. INCOMPLETA 7=4.4%
- 10. PROF. COMPLETA 2=1.1%

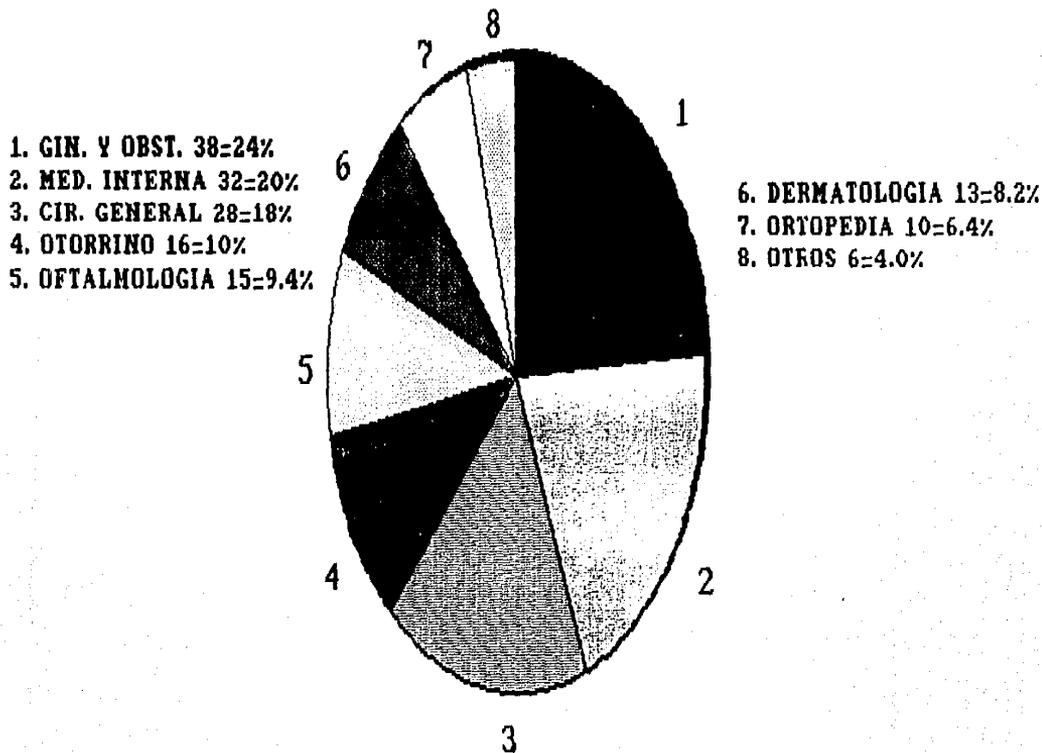
TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 14

DISTRIBUCION POR MOTIVO DE REFERENCIA

MUESTRA SELECCIONADA

DISTRIBUCION POR MOTIVO DE REFERENCIA



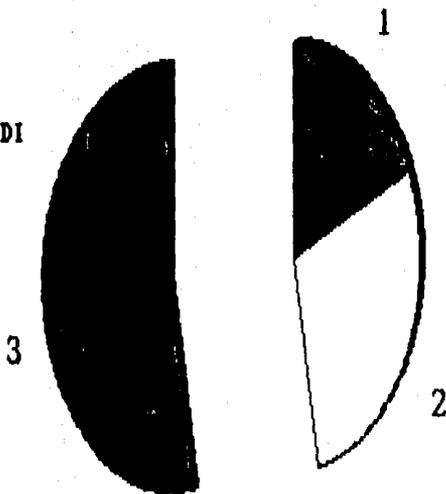
TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

GRAFICA NO. 15

RESULTADOS BDI POR SEXO Y GLOBAL

RESULTADOS BDI POR SEXO Y GLOBAL

3. PACIENTES QUE
PRESENTARON BDI
INFERIOR DE
14 PTS.



1. HOMBRES CON BDI
MAYOR DE 14 PTS.
29=18.4%

2. MUJERES CON BDI
MAYOR DE 14 PTS.
45=28.6%

*NOTA:

DEL TOTAL DE LA MUESTRA, EL 47.1% (74) CASOS, PRESENTARON
BDI MAYOR DE 14 PUNTOS.

TAMAÑO DE LA MUESTRA = 157 PACIENTES

UNIVERSIDAD
DE LA
SALUD
DE LA
CIUDAD DE
MADRID

DISCUSION

En el momento actual es difícil conocer exactamente la proporción de la Depresión en la población general; no obstante, se considera que el síndrome depresivo es el más común de los padecimientos mentales y uno de los más frecuentes a nivel general. Algunos autores consideran que la prevalencia supera al 25% de la población general aunque en los extremos de la vida disminuye su frecuencia.

En este protocolo consideramos de antemano que los resultados obtenidos muy probablemente superan al 25%, considerado principalmente debido a que la encuesta se aplicará a pacientes que por algún motivo han sido referidos del primero al segundo nivel de atención en nuestro sistema de salud y generalmente estas referencias se elaboran después de practicar un tratamiento infructuoso en los pacientes.

Decidimos aplicar el cuestionario de Beck debido a que anteriormente se validó en la población mexicana de características similares a la que acude a todos los tipos de servicio de la Secretaría de Salud. Haciendo hincapié en este rubro, encontramos en estudios anteriores, que la frecuencia del síndrome depresivo no se ve modificado por algunas variables como pudieran ser el nivel educacional, el estado civil o el lugar de nacimiento.

Por último, consideramos que la investigación pudiese llevarse in muchas dificultades, ya que el inventario de Beck se aplica fácilmente, y puede ser utilizado tanto por psiquiatras como por médicos generales para la valoración de los pacientes y de esta manera mejorar la comprensión del mismo para posteriormente poder manejarse o canalizarse adecuadamente.

CONCLUSIONES

Una vez revisados los resultados obtenidos de 157 pacientes referidos del primero y segundo nivel de atención en nuestro sistema de salud, encontramos que el 47.13% de los pacientes, mostraron un puntaje superior a los 14 puntos en la escala de BDI, lo cual demuestra que esta población cuenta con la puntuación necesaria para ser diagnosticados como pacientes que padecen síndrome depresivo. Este resultado no se contrapone con los encontrados por otros autores, ya que aunque se encuentra elevado con respecto a la media reportada de 25%, generalmente en esos estudios se evalúa población general y en este se consideraron exclusivamente pacientes ya revisados con anterioridad y problemente con tratamientos previo infructuosos debido a una sintomatología un tanto inespecífica y mal diagnosticada.

Encontramos que el índice mas elevado en nuestros resultados se encuentra entre las mujeres casadas cuya edad fluctúa entre los 46 y 65 años de edad 76.4% (n=51), siendo considerado normal este resultado en la población estudiada, ya que la mayor afluencia de pacientes que acude al H.G.M.G.G. se encuentra precisamente dentro de este grupo. Así mismo encontramos que la frecuencia mas elevada con respecto al nivel educativo fue el del grupo de la escolaridad de primaria completa y dentro de las enfermedades subyacentes o motivo de referencia la hospital sede del estudio fue el de los padecimientos Gineco-Obstétricos, complementándose esto con o referido anteriormente, ya que en dicho hospital atienden principalmente mujeres en edad reproductiva y procedentes de un estrato socioeconómico medio bajo y bajo, demostrando que el nivel educativo predominio de esta población es la Primaria completa y los síntomas gineco-obstétricos altamente frecuentes.

Con respecto al número de hijos de la familia, ingreso familiar y ocupación de los pacientes, nuevamente encontramos sin sorpresa los resultados, ya que predominan en nuestro estudio los resultados de 1 a 2 hijos con 35.6% (n=56) ingreso familiar de 0-1 salarios mínimos con 71.3% (n=112) y dedicadas al hogar con el 57% (n=89).

Con todo esto concluimos que se debe intensificar la promoción de la salud y la atención a la mujeres entre 16 y 65 años de edad, quienes generalmente se encuentran desprotegidas económicamente por

la situación familiar y por su escasa preparación académica, logrando mejorar su situación económica por medio de empleos subasalariados ocasionalmente.

Así pues, se desprenden dos factores que considero de suma importancia comentar:

1.- Nuestros médicos generales, no están lo suficientemente capacitados para diagnosticar un importante problema de salud pública en nuestro país.

2.- Es necesario intensificar la docencia en aspectos psiquiátricos y principalmente del síndrome depresivo, tanto a los médicos generales como a nuestros estudiantes de medicina; ya que al estar mejor capacitados en esta área lograremos optimizar nuestros recursos humanos y materiales al evitar gastos innecesarios y tiempo mal utilizado y de la misma manera mejoraremos la atención a nuestros pacientes al atenderlos o canalizarlos eficientemente y atacaremos adecuadamente un grave problema de salud pública de nuestros días.

REFERENCIAS

- 1.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders. Third Ed. (DSM-III-R) 1988.
- 2.- A.T. Beck: An inventory for measuring depression. Arch of Gen Psych 4:63-63, 1961.
- 3.- A.T. Beck: Alcohol abuse and eventual suicide: a 5- to 10 year prospective study of alcohol-abusing suicide attempters. J. Studies on Alcohol 50:202-209, 1989.
- 4.- Ben-Arie: Depression in the elderly living in the community its presentation and features. Br J Psych 150: 169-174, 1987.
- 5.- Bruce Lydiard: Precursors amino acid concentration in normal weight bulimics and norma controls. Prog Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiat 12:883-898, 1988.
- 5a- Bradley R.: Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. J of Fam Practice 25:67-72, 1987.
- 6.- Caetano: Alcohol use and depression among U.S. hispanics British J of Addiction 82:1245-1251, 1987.
- 7.- Christensen: Correlates of confirmed premenstrual dysforia. J of Psychosomatic Research 33:307-313, 1989.
- 8.- Clarck: Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. Jama 260:2521-2528, 1988.

9. - Clarck: The relationship between academic performance and severity of depressed mood during medical school.
Comprehensive Psychiatry 29:409-420, 1988.
10. -Diamond: Estimating the prevalence of depression in family practice using variant methods. J of Fam Practice 24:267-273, 1987.
11. -Dykman: Processing of ambiguous and unambiguous feedback by depressed and nondepressed college students: schematic biases and their implications for depressive realism. J of Personality and Social Psychology 56:431-445, 1989.
12. -Guarner, E. Psicopatologia Clinica y Tratamiento analitico. Libreria Porrúa pp 86-96, 1984
13. -Hamilton: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 23:56, 1960.
14. -Harvard: Guía psiquiátrica
15. -Ihezue: Prevalence of depressive symptoms among patients attending a general outpatient clinic. Acta Psych scand 73:395-398, 1986
16. -Kivelä: Prevalence of depressive and other symptoms in elderly finnish men. Acta psychiatr. scand 73:93-100, 1986.
17. -Kivelä: Prevalence of depressive symptoms and depression in elderly finnish home nursing patients and home help clients.
18. -Koenig: Depression and dysphoria among the elderly dispelling a myth. J of Fam. Pract. 23:383-385, 1986.

- 19.-Kolody: The correspondence of health complaints and depressive symptoms among anglos and mexican-americans. J Nervous and mental disease 174:221-228, 1986.
- 20.-Landis: Depression in women treated for gynecological cancer and neuroendocrine assessment. Am J Psych. 143:447-452, 1986.
- 21.-Louks: Replicated factor structure of the Beck depression inventory. J. Nervous and mental disease 177:473-479, 1989
- 22.-Lowenstein: The relation of windows needs and resources to perceived health and depression. Soc Sic Med 5:659-667, 1989.
- 23.-Lykouras: Depression among general hospital patients in Greece. Acta Pshchiatr Scand 79:148-152, 1989.
- 24.-Magni: On the relationship chronic pain and depression when there is no organic lesion. Pain 31:1-21, 1987.
- 25.-Nielsen: Depression in ambulatory medical patients. Arch Gen Psychiatry 37:999-1004, 1980.
- 26.-Robins & Paul: Personal vulnerability, life events, and depressive symptoms: a test of a specific interactional model. J of Personality and Social Psychology 54:847-852 1988.
- 27.-Norman Sartorius: Cross-cultural, research on depression. Psychopatology 19: suppl 2, pp6-11, 1986.
- 28.-Schulberg: Assessing Depression in primary medical and Psychiatric practices. Arch Gen Psychiatry 42:1164-1170, 1985.
- 29.-B. Sen: An analysis of the nature of depressive phenomena in primary health care utilising multivariate statistical techniques. Acta Psychiatr. scand 76:28-32, 1987.

- 30.-Silberschatz: Dependency, self-criticism, and attributional style. J of Abnormal psychology 98:187-188, 1989.
- 31.-M. Torres: Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Reporte preliminar. Inst. Mex. de Psiquiatría.
- 32.-Uriarte V. Psicofarmacología , Trillas pp 29-81, 1987.
- 33.-Yang: Depression in chinese medical inpatients. Am J Psychiatry 144:226-28, 1987.
- 34.-Zajiceck Coleman: Depression in mothers 6 years after the birth of a first child. Soc Psychiatry 21:76-82, 1986.
- 35.-Zung, W@W@K@: A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiat. 12:63, 1965.