



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado

Unidad Académica

Clínica de Medicina Familiar Azcapotzalco

32  
2ej.

INCIDENCIA DE DEPRESION EN LA POBLACION ADULTA DE COAUTEPEC DELEGACION GUSTAVO A. MADERO DISTRITO FEDERAL USUARIA DE LA CLINICA CUITLAHUAC.

T R A B A J O  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A:

DR. JOSE RAMON CASTRO ORTIZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

200/104



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

INCIDENCIA DE DEPRESION EN LA POBLACION ADULTA  
DE COAUTEPEC DELEGACION GUSTAVO A. MADERO  
DISTRITO FEDERAL USUARIA DE LA CLINICA  
CUITLAHUAC.

P R E S E N T A :

DR. JOSE RAMON CASTRO ORTIZ

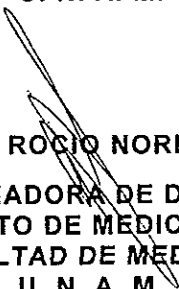
A U T O R I Z A C I O N E S :

  
~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINACION DE INVESTIGACION DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

INCIDENCIA DE DEPRESION EN LA POBLACION ADULTA  
DE COAUTEPEC DELEGACION GUSTAVO A. MADERO  
DISTRITO FEDERAL USUARIA DE LA CLINICA  
CUITLAHUAC.

P R E S E N T A :

DR. JOSE RAMON CASTRO ORTIZ



DRA. EDITH GUADALUPE MONTES LOPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES  
DEL I.S.S.S.T.E. EN LA CLINICA AZCAPOTZALCO.



A S E S O R D E T E S I S

DR. GERARDO HERNANDEZ CASTRO  
CLINICA CUITLAHUAC



A S E S O R D E T E S I S

DR. JOSE CASTRO CANTE



DRA. LETICIA ENAURRIZAR JURADO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR, JEFATURA DE  
SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

## INDICE.

1.-	INTRODUCCION.....	1
2.-	MARCO TEORICO.....	2
3.-	CLASIFICACION.....	3
4.-	EPIDEMIOLOGIA.....	8
5.-	CUADRO CLINICO.....	14
6.-	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	16
7.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
8.-	JUSTIFICACION.....	18
9.-	OBJETIVOS.....	19
10.-	HIPOTESIS.....	20
11.-	METODOLOGIA.....	21
12.-	UNIVERSO DE ESTUDIO.....	24
13.-	CONSIDERACIONES ETICAS.....	25
14.-	RESULTADOS.....	26
15.-	ANALISIS.....	40
16.-	CONCLUSIONES.....	42
17.-	SUGERENCIAS.....	43
18.-	BIBLIOGRAFIA.....	44
19.-	ANEXOS.....	49

## INTRODUCCION.

La depresión es uno de los trastornos afectivos más antiguos que se conocen. Las descripciones de los cambios de estado de ánimo semejantes a los que se consideran en nuestros días y que son característicos del trastorno depresivo, son descritos en el Antiguo Testamento y en muchos textos clásicos hindúes. Hipócrates (460-377 A.C.), considerado como padre de la medicina, describió la melancolía como una de las enfermedades mentales más importantes e indicó que se producía por un desequilibrio de los fluidos humanos. En 1621, el psiquiatra inglés Robert Burton (1577-1640) publicó el libro "The Anatomy of Melancholia" en el que consideraba que la melancolía era una "Enfermedad Universal". En el siglo XIX, la depresión se había convertido en una categoría central de la psiquiatría occidental, y psiquiatras como Pinel, Esquirol, -- Kraepelin, Freud, Jaspers, Schneider y muchos otros, realizaron contribuciones muy importantes para la comprensión del fenómeno depresivo. Hoy en día, el número de personas que padecen trastornos es tan grande, que Klerman (1979), ha indicado que éste período de nuestra historia puede llamarse de la "era de la Melancolía". La depresión por tanto, representa un importante problema de salud pública. Entre los diversos enfoques adoptados en la investigación sobre la depresión, los estudios transculturales representan un medio viable de investigar los rasgos universales y específicos de la etiología, la fenomenología y la evolución de los trastornos depresivos.

La clasificación de estudios epidemiológicos transculturales de los trastornos depresivos se han visto dificultados por importantes diferencias en las clasificaciones diagnósticas utilizadas por los investigadores y clínicos de diversos países. En la década de los setentas creció el interés en todo el mundo -- por mejorar la clasificación psiquiátrica (Sartorius, 1992), varios factores contribuyeron a cimentar esta tendencia, tales como la expansión de los contactos internacionales, la puesta en marcha de estudios de colaboración a escala internacional y la disponibilidad de nuevos métodos de tratamiento. Este cambio en la situación condujo en los Estados Unidos al desarrollo del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", tercera edición (DSM-III) (A.P.A. 1980), que incorporó criterios -- diagnósticos operacionales en su sistema de clasificación. En 1992, gracias a la colaboración internacional entre clínicos de unos 40 países, y al esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud, se publicó el ICD-10. (10), (12).

## MARCO TEORICO.

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos, diversos científicos han tenido que prestar apoyo a la idea, o, quizá con más precisión, al deseo de que mecanismos comunes subyazcan en fenómenos neurofisiológicos, farmacológicos, psicológicos y clínicos. Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que los métodos psicoterapéuticos son muchas veces efectivos en el tratamiento de algunos estados depresivos. (13).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo (5), desde Kraepelin, muchas generaciones de psiquiatra han realizado numerosos intentos para mejorar su clasificación, fruto de éstos esfuerzos son que se han desarrollado distintos criterios, como son: los St. Louis Criteria, los Research Diagnostic Criteria, la clasificación del DSM-III-R y posteriormente el DSM-IV (13) (12), el ICD (13), y el ICD-10 (10).

De La Fuente refiere que la depresión se presenta en la población en un 4%, aunque es frecuente que no se le reconozca. En algunas familias, varios de sus miembros sufren depresión, lo cual expresa que la herencia juega un papel muy importante, Por otra parte, unas personas son más susceptibles que otras, sobre todo a las tensiones que ocasionan los conflictos cotidianos y a las circunstancias adversas de la vida y a que son más propensas a sufrir depresión.



## CLASIFICACION.

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial consiste en una alteración del estado de ánimo, unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales. El estado de ánimo puede ser: normal, elevado o deprimido. Los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño, alta autoestima e ideas de grandeza. Los pacientes con el estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio.

Tomando en consideración las diferencias de las clasificaciones realizadas por investigadores de diversas partes del mundo, se desarrolló en Estados Unidos, en 1980, el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" y el DSM-III. En 1992, se realizó la publicación del ICD-10, a propuesta de la Organización Mundial de la Salud, como resultado del esfuerzo internacional de cuarenta países.

Las categorías observadas en el DSM-III agrupan a todos los trastornos del afecto o estados de ánimo, dentro de éste grupo, la subcategoría de trastornos afectivos mayores, incluye el trastorno bipolar (mixto, maníaco y deprimido) y a la depresión mayor (episodio único o recurrente). Existen, además, dos categorías adicionales de trastorno afectivo: otros trastornos afectivos específicos (ciclotímico y distímico) y el trastorno afectivo atípico (trastorno bipolar atípico y depresión atípica). TABLA 1.

Tabla 1.- Clasificación de los trastornos afectivos en el DSM-III.

Trastorno bipolar.

296.6x mixto.

296.4x maníaco.

296.5x deprimido.

Depresión mayor.

296.2x episodio único.

296.3x recurrente.

Otros trastornos afectivos específicos.

301.13 trastorno ciclotímico atípico.

300.40 trastorno distímico (neurosis depresiva).

Trastornos afectivos atípicos.

296.70 trastorno bipolar atípico.

296.82 depresión atípica. (13).

Tabla 2.- Clasificación del ICD-10 de los trastornos de ánimo.  
(afectivos).

- 1.- Episodio maniaco.
- 2.- Trastorno afectivo bipolar.
- 3.- Episodio depresivo.
  - 3.1 Episodio depresivo leve (con o sin síntomas somáticos).
  - 3.2 Episodio depresivo moderado (con o sin síntomas somáticos).
  - 3.3 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
  - 3.4 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- 4.- Trastorno depresivo recurrente.
  - 4.1 Episodio recurrente, episodio actual leve (con o sin síntomas somáticos).
  - 4.2 Episodio depresivo recurrente, episodio actual moderado (con o sin síntomas somáticos).
  - 4.3 Episodio depresivo recurrente, episodio actual grave (con o sin síntomas psicóticos).
- 5.- Trastornos persistentes del ánimo (afectivos).
  - 5.1 Ciclotimia.
  - 5.2 Distimia.
- 6.- Otros trastornos del ánimo.

Simplificado y adaptado del ICD-10 (OMS, 1992). (10).

Tabla 3.- Criterios del episodio depresivo mayor del DSM-IV.

Se presentan cinco (o más) de los síntomas siguientes:

- a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- b) Disminución marcada en el interés o placer por todo o casi todo.
- c) Pérdida de peso sin dieta o ganancia, por más del 5% corporal en un mes (disminución o aumento del apetito).
- d) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e) Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
- f) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g) Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
- h) Capacidad disminuída para concentrarse o pensar o indecisión.
- i) Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin ningún plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

Tomada del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual). 4a. ed.  
American Psychiatric Association, Washington, 1994. (12).

## EPIDEMIOLOGIA.

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre los adultos -- (13), sin embargo, el significado de éstas afirmacioens puede variar. Diversas culturas, aunque numerosas, sólo han podiso aportar escasas conclusiones definitivas sobre las variaciones etno-culturales en su frecuencia, las principales razones han sido:

- 1.- Diferencias en el establecimiento del umbral del cual se debe considerar normal.
- 2.- Criterios de diagnóstico empleados.
- 3.- Muestreo, falta de marcadores fiables de tipo bioquímico y Psicofisiológico.

Esto para realizar un diagnóstico veraz de depresión. Sin embargo, en las últimas décadas, se han llevado criterios homogéneos (ICD-(0, ICD-10, DSM-III, DSM-IV).

Se evaluaron por separado los diferentes trastornos afectivos en algunos Estados de los Estados Unidos y países del mundo.

Trastornos bipolares. De los estudios realizados en algunos Estados de los Estados Unidos, se concluyó que varían entre el - 0.7 y el 1.6 xon un promedio de 1.2, en Taiwan 0.16, en Corea - 0.41, en Puerto Rico 0.5 y en Canada 0.6, aplicándo los criterios ICD-9 y el DSM-III.

Las tasas de trastornos bipolares son similares entre hombres y mujeres (al comparar grupos étnicos y raciales), aunque son superiores en personas divorciadas, en zonas urbanas y sobre todo, en personas de estatus socioeconómico elevado (10).

La edad media varía entre los veinte, como ataque de inicio y -  
- los cincuenta años, con promedio de los 35 años, la mayoría de -  
- los autores coincide (10) (12) (13) (17), en que al aumentar la  
edad, se incrementa el número de cuadros. Los antecedentes fa-  
- miliares continúan siendo uno de los factores más importantes de  
riesgo de padecer este trastorno.

Depresión mayor. La tasa media en Florencia fué de 5.2, en Nue  
- va Zelanda 5.3 e inferior en Taiwan. La tasa media porcentual --  
- era de 4.4, en Puerto Rico 4.6 y en Corea 3.4; las tasas eran -  
- superiores en Nueva Zelanda 12.6 y en Canada 8.6. En Taiwan --  
- los trastornos más comunes son ansiedad y trastornos psicósomá-  
- ticos, apareciendo en quinto lugar la depresión mayor de preva-  
- lencia global. La tasa de por vida de la depresión mayor fué -  
- hallada en Corea con 3.4. La baja tasa de depresión mayor pue-  
- de ser el resultado de la tendencia a no comunicar debidamente  
los síntomas de sufrimiento psicológico en general, o bien, --  
- obedece al valor de error de los diagnósticos (10).

En relación a la edad de inicio, la frecuencia de depresión gra-  
- ve tiende a aumentar con la edad, sin embargo, un estudio de --  
- Becks, realizado con estudiantes de entre los 16 y los 17 años,  
en un pueblo Sueco, tuvo una frecuencia de 14% y 6% en mujeres  
y hombres, respectivamente, además de ser más aguda, sobre todo  
en intentos de suicidio (15). El artículo (10), refiere ser me-  
- nos frecuente en adultos mayores de 65 años de edad. Sin embar-  
- go, la mayoría de los autores señalan mayor frecuencia en las mu  
- jeres en relación de 2 a 1 (10) (13) (19) (7), y señalan que las  
características hormonales como la razón de que sea más intenso

en las mujeres.

Sexo. Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de la depresión entre mujeres que entre hombres, con una incidencia de dos veces a una. Algunas explicaciones ofrecidas incluyen los estrésés, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales, sin embargo, en -- los trastornos bipolares es igual el porcentaje

Clase social. En el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores, que en las demás clases. La depresión mayor no tiene correlación (13).

Estado Civil. Son ligeramente superiores en las personas que carecen de relaciones íntimas, o los que están solteros o divorciados. El trastorno bipolar puede ser más común entre los divorciados que los demás. En algunos países, se observa sobre todo en la mujer que se queda con la carga de los hijos, que carece de trabajo en un mundo laboral dominado por hombres, y que dependen económica y emocionalmente de sus maridos (10) (13).

Edad. El trastorno bipolar tiene una temprana edad de inicio, - al final de la adolescencia o antes de los 30 años. En las depresiones unipolares, las mujeres alcanzan la incidencia máxima entre los 35 y los 45 años, y en los hombres después de los 55 años (13). Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en adolescentes de entre los 16 y los 17 años, se observó con mas frecuencia en - el sexo femenino, en un promedio de 2 a 1 (19).

Raza. No existen pruebas concluyentes de que haya diferencia.

Distimia. Es una forma crónica y más leve, en donde los síntomas depresivos persisten durante al menos dos años, aunque puede coincidir con la depresión mayor, es muy agresivo el trastorno y resistente a los tratamientos. Dentro de los trastornos depresivos, los atípicos varían y se presentan con menor frecuencia, y son: depresión mayor con síntomas psicóticos, depresión mayor con melancolía, depresión mayor con un patrón estacional, depresión postparto, depresión breve recurrente, disforia premenstrual y trastorno ciclotómico (17) (2) (7).

Historia familiar. Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo de ocurrencia del 20% para estos trastornos. Los familiares en primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo de ocurrencia del 25% para estos -- trastornos. La recurrencia es del 50 al 60% con depresiones uni y bipolar con otro ataque. Los episodios suelen reproducirse durante 3 a 9 años (13).

Etiología. Las causas precisas de las variaciones del estado de ánimo, no se conocen, sin embargo, bibliografía anterior al establecimiento de criterios, señalan dos causas probables (13), se pueden identificar y dividirse en tres factores: biológicos, genéticos y psicosociales. Sin embargo, están relacionados entre sí (12).

Factores biológicos. Las hipótesis en este campo proponen un sin número de alteraciones de la regulación de neurotransmisores, dichas alteraciones pueden ser por: Aminoácidos biogénicos, cuya hipóte



sis se centra en la disminución de la sensibilidad de los receptores postsinápticos adrenérgicos beta y 5-hidroxitriptamina tipo 2. Aparentemente el aumento de los niveles de dopamina se asocia al síndrome maníaco y a la disminución en los niveles del mismo neurotransmisor de la depresión (11) (12); Regulación -- neuroendócrina, trata de la regulación de los ejes adrenal, tiroideo y la hormona del crecimiento es noradrenérgica, así que, la alteración de ésta, propicia la regulación defectuosa de la función endocrina en estos tres niveles, en algunos paciente deprimidos. La regulación tiroidea de hasta 1/3 de los pacientes con depresión se observa alterada (12).

Factores genéticos. El grado de expresión genética varía de uno a otro trastorno del estado de ánimo y entre distintos pacientes. Los estudios con gemelos de los trastornos del estado de ánimo, - dan tasas de concordancia entre monocigoto (MC) del 3.3 al 75%, y para dicigotos (DC) del 9 al 23%. Estas diferencias en las tasas de concordancia entre los gemelos MC y DC siguen con firmeza una vulnerabilidad genética heredada.

Los estudios familiares de los trastornos de ánimo, en el que se incluyen familiares en primer grado, muestran que el riesgo de - morbilidad en familiares de pacientes bipolares es del 2.8 al - 17.7%, y para los trastornos depresivos mayores es de hasta un - 22.4%, los familiares en primer grado de pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de un 6.4 al 17.0% de sufrir episodios depresivos mayores, y de un 0.3 al 29.0% para trastorno bipolar.

Hay grandes estudios en marcha que combinan un diagnóstico cuida

doso y estudios genealógicos, con la genética molecular, en un intento de identificar el nexo de unión entre un gen (o genes) o sondas de ADN específicos y los trastornos del estado de ánimo. Se ha comunicado un trastorno bipolar ligado al cromosoma X (17) (12) (13).

Factores psicosociales. Se ha establecido una relación entre los eventos estresantes de la vida cotidiana y el primer episodio depresivo mayor. Aunque es del conocimiento general, que el estrés no es productor de cuadros depresivos graves. Se ha establecido que un primer acontecimiento estresante productor de un cuadro depresivo produciría cambios irreversibles en la biología cerebral, con lo que aumenta el riesgo de un nuevo episodio depresivo a futuro (12).

Factores de personalidad y factores psicodinámicos, por lo general se cree que las personas proclives de la depresión se caracterizan por un bajo amor propio. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su personalidad, puede deprimirse en determinadas circunstancias, aunque ciertos tipos de personalidad (oral, dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica), pueden estar en mayor riesgo de depresión, que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidades que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizantes

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no solo por los conflictos dinámicos existentes (que se manifiesta en la culpa, las reacciones a la pérdida y a la hostilidad contra sí mismo), sino que pueden estar implicados en un episodio depresivo, también con los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y -

que, por consiguiente, pueden ser considerados causales. - Los pacientes deprimidos suelen desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en la sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. - También son introvertidos, y además, se sienten culpables, dependientes, narcisistas e inseguros. Los pacientes maníacos suelen tener una personalidad premórbida normal con más frecuencia que los depresivos (13).

#### CUADRO CLINICO.

Los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo, en los que se valora la similitud entre el DSM-III y el DSM-IV, de inicio se llamaba depresión mayor y actualmente se le conoce como - trastorno depresivo mayor y se caracteriza porque, cinco o más - de los síntomas siguientes se han presentado durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo, presentándose al menos uno de ellos:

- a) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- b) Disminución marcada en el interés o placer por todo o casi todo.
- c) Pérdida de peso sin dieta o ganancia de peso del 5% en un mes o disminución del apetito casi todos los días.
- d) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e) Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
- f) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada - casi todos los días.
- h) Capacidad disminuída para concentrarse o pensar o indecisión

casi todos los días.

- i) Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

Estos síntomas se presentan en el trastorno depresivo mayor.

Los síntomas del trastorno bipolar, en los cuales se alterna un trastorno depresivo mayor y episodios de manía. Los rasgos esenciales de un episodio maniaco, es que se efectúa durante un período distintivo de intensa activación psicopatológica, humor elevado o irritable, unido por uno o más de los siguientes síntomas: hiperactividad, inicio de demasiadas actividades, habla -- forzada, fuga de ideas, distracción, elevada autoestima e hipersexualidad. Este estado se caracteriza por presentar por lo menos cuatro de los siete síntomas del episodio maniaco, y son:

- 1). Aumento de la actividad social, sexual y profesional.
- 2). Aumento de la locuacidad.
- 3). Fuga de ideas por exámen objetivo o por descripción subjetiva de ideas fugaces.
- 4) Grandiosismo, en ocasiones de grado delirante.
- 5). Menor necesidad de sueño.
- 6). Distracción.
- 7). Participación conceptual poco elaborada en proyectos(13)(12).

En la distimia se presentan los síntomas en menor grado, pero durante dos años mínimo de la depresión mayor, con ausencia de trastornos maniacos y psicóticos.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Los trastornos afectivos mayores se caracterizan por uno o más episodios de enfermedad, que suponen una alteración acusada y persistente del estado de ánimo, maníaco o depresivo, Algunas enfermedades pueden estar acusando algunos de los síntomas, como: Intento de suicidio, disminución de la capacidad e interés por socializarse, alteraciones del sueño como insomnio o hipersomnia, ansiedad, trastornos del funcionamiento sexual; pero, - pueden estar dadas por enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicas, enfermedades del páncreas, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad de Addison o de Cushing, diversas neoplasias y desnutrición, o algunos antineoplásicos, antiparkinsonianos, cortisona y otros medicamentos, como cicloserina, preparados dardiovasculares como betabloqueadores, prazosina, agentes progestágenos, que alteran el estado de ánimo (13).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es considerada como un derecho de todo ser humano. Ésto debe preocupar a todo país para con sus habitantes, un padecimiento común es la depresión, sin embargo, esta varía de acuerdo a su etnocultura, por lo que nuestro país-- no escapa de este padecimiento, además es frecuente y muchas veces no diagnosticable por el médico por tal motivo queremos conocer ¿Cuál es la incidencia del síndrome depresivo - en la población adulta de Coatepec Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal, derechohabiente a la clínica Cuitlahuac, dependiente del Instituto de seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado?.

## JUSTIFICACION

Los trastornos de la depresión son un problema de salud pública en muchos países y que México no escapa de ello, para lograr el éxito de cualquier padecimiento es importante contar con el conocimiento e interés hacia la población, disponer de una tecnología adecuada, aceptable y contar con el recurso humano ideal para el logro de nuestros objetivos, muchos pacientes demandan consulta por síntomas como; cefaleas, trastornos gastrointestinales, osteoarticulares etc; y que son de origen psicósomático por lo cual es importante identificarlos, una buena consulta de forma integral y aplicar una test-entrevista que sea sencilla nos da un diagnóstico más certero y así evitar gastos infructuosos como son de laboratorio o de RX, por lo que esto redundaría en una disminución del gasto de recursos materiales y humanos, cuando la solución es necesaria de una atención de un segundo nivel, se debe canalizar en forma adecuada y oportuna con el especialista correspondiente.

## OBJETIVOS

Objetivo General.- Determinar la frecuencia de depresión en la población adulta de Coatepec, Delegación Gustavo A. Madero México Distrito Federal, usuaria de la Clínica Cuitlahuac del Instituto de seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

### Objetivos Especificos:

- Grupo de edad más afectado por depresión.
- Determinar el sexo más afectado por depresión.



## METODOLOGIA

1.- Se realizó estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

2.- Lugar y tiempo.- Fue población adulta, derechohabiente usuaria de la Clínica Cuitlahuac, del I.S.S.S.T.E. que radica en la población de Coatepec Delegación Gustavo A.Madero México D.F. pacientes asignados al consultorio 25 y que su población es aproximadamente 2,300 derechohabientes de los cuales 1800 son adultos, el estudio abarcó del 02 de enero al 31 de marzo de 1998.

3.- Tipo y tamaño de la muestra.- Fue aleatoria, por cuotas hasta un total de 291 pacientes.

4.- Criterios de Selección :

Criterio de inclusión.-Pacientes derechohabiente, adscrita al consultorio 25, edad de los 20 a los 65 años, sexo;masculino y femenino, pacientes que acudan a consulta por -- cualquier motivo y que acepte participar en el estudio.

Criterios de Exclusión.-Pacientes no derechohabientes, que las edades sean menores o mayores a las estipuladas, que no sean adscritos al consultorio 25, que no acepten participar en el estudio, que no tomen los siguientes medicamentos como:fenotiacinas,meprobamato,benzodiazepinas, corticosteroides, l-dopa, digitalis,propranolol, hidralacina,guanetidina, clonidina, cocaína.

Criterios de eliminación .- no existen.

5.- Variables.- Cualitativa y cuantitativa; la edad debe de es-

tar dentro de los 20 a los 65 años de edad , por dos razones; los adolescentes varían en su estado de ánimo, debido a inestabilidad hormonal y factores de conducta propias de la adolescencia de ser dependientes a querer ser independientes emocionalmente; El paciente anciano con trastornos emocionales por abandono social, falta de pareja, demencia senil, que enmascaran nuestro diagnóstico y a nuestros objetivos. En el sexo también pueden causar trastornos depresivos porque el puerperio puede causar trastorno de depresión en la posmenopausa es muy factible que pueda causar depresión. La sintomatología ya sea actual o este presente, puede alterar el tipo de test en la encuesta dirigida a los pacientes por lo que se ideó manejar un test-entrevista del criterio DSM-IV, que va dirigido al trastorno depresivo.

6.- Procedimiento para captar la información.- Se realizó un test-entrevista a los pacientes de la Clínica Cuitlahuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, aplicándose el cuestionario sobre trastornos depresivos, durante un periodo de tres meses, del 02 de enero a marzo 31 de 1998, se acordó a la consulta del consultorio 25 turno matutino, aplicándose a uno de cada cinco pacientes al azar que acudían a la consulta, de ambos sexos y que fueran adultos, edades de 20 a los 65 años además contando con su aprobación de ser entrevistado.

La aplicación del cuestionario se realizó en las fechas seña-

UNIVERSO DE ESTUDIO.

La población del consultorio número 25 de la Clínica Cuitlahuac del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, es de 2,300 derechohabientes, de los cuales 1,800 son adultos, cuyas edades fluctúan entre los 20 y los 65 años de edad y que residen en la zona de Cuauhtépec, Delegación Gustavo A. Madero, en la ciudad de México, Distrito Federal.

## CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinky a la ley general de Salud en materia de investigación de la S.S.A.

**PACIENTES ADULTOS DE COAUTEPEC  
ADSCRITAS AL C-25 CLINICA CUITLAHUAC.**

<b>SEXO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	790	43.88
<b>FEMENINO</b>	1010	56.11
<b>TOTAL</b>	1800	100

**FUENTE:** ARCHIVO DE LA CLINICA  
CUITLAHUAC I.S.S.S.T.E.

**PACIENTES ADULTOS (ESTUDIADOS) A QUIENES  
SE INCLUYO EN EL ESTUDIO**

<b>SEXO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	93	31.95
<b>FEMENINO</b>	198	68.04
<b>TOTAL</b>	291	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

## GRUPO ETAREO SIN DEPRESION

GRUPO EDAD	MASCULINO	FEMENINO
20-29	17	28
30-39	34	28
40-49	19	76
50-59	5	18
60-65	9	14
TOTAL	84	179

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

## GRUPO ETAREO SIN DEPRESION

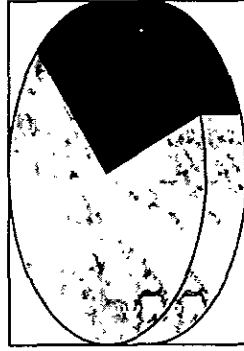
GRUPO AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 29	60	22.81
30 - 39	62	23.57
40 - 49	95	36.12
50 - 59	23	8.74
60 - 65	23	8.74
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>100</b>

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV



## GRUPO ETAREO SIN DEPRESION



□ FEMENINO  
■ MASCULINO

PACIENTES FEMENINOS 179 = 68.06 %.  
PACIENTES MASCULINOS 84 = 31.9 %.  
PACIENTES ENCUESTADOS 263.  
GRUPO ESTUDIADO 291 SIN DEPRESION.

## GRUPO ETAREO CON DEPRESION

GRUPO AÑOS	MASCULINO	FEMENINO
20-29	4	5
30-39	2	1
40-49	2	12
50-59	1	0
60-65	0	1
TOTAL	9	19

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

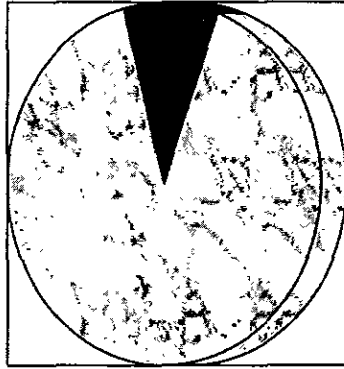
## GRUPO ETAREO CON DEPRESION

<b>GRUPO AÑOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>20 - 29</b>	9	32.14
<b>30 - 39</b>	3	10.71
<b>40 - 49</b>	14	50
<b>50 - 59</b>	1	3.57
<b>60 - 69</b>	1	3.57
<b>TOTAL</b>	28	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

## GRUPO COMPARATIVO CON Y SIN DEPRESION



□ PACIENTES SIN DEPRESION  
■ PACIENTES CON DEPRESION

PACIENTES SIN DEPRESION = 263 = 90.37 %.  
PACIENTES CON DEPRESION = 28 = 9.62 %.  
TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS: 291.

**PORCENTAJE DE PACIENTES CON DEPRESION DEL SEXO  
FEMENINO Y MASCULINO**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>NO. PAC. ESTUDIADO.</b>	<b>PAC. CON DEPRESION</b>	<b>%</b>
20-29	69	9	13.04
30-39	65	3	4.61
40-49	109	14	12.8
50-59	24	1	4.16
60-65	24	1	4.16
<b>TOTAL</b>	<b>291</b>	<b>28</b>	<b>9.62</b>

**FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.**

**DSM-IV**

**PORCENTAJE DE PACIENTES FEMENINOS SIN  
DEPRESION DE LA POBLACION ESTUDIADA.**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES SIN DEPRESION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>20 - 29</b>	60	43	71.66
<b>30 - 39</b>	62	28	45.16
<b>40 - 49</b>	95	76	80.00
<b>50 - 59</b>	23	18	78.26
<b>60 - 65</b>	23	14	60.86
<b>TOTAL</b>	263	179	68.06

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

**PORCENTAJE DE PACIENTES FEMENINOS CON  
DEPRESION DE LA POBLACION ESTUDIADOS.**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES CON DEPRESION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>20 - 29</b>	48	5	10.41
<b>30 - 39</b>	29	1	3.44
<b>40 - 49</b>	88	12	13.63
<b>50 - 59</b>	18	0	0
<b>60 - 65</b>	15	1	3.44
<b>TOTAL</b>	198	19	9.59

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

**PORCENTAJE DE PACIENTES MASCULINOS SIN  
DEPRESION DE LA POBLACION ESTUDIADA.**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES SIN DEPRESION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>20 - 29</b>	60	17	28.33
<b>30 - 39</b>	62	34	54.83
<b>40 - 49</b>	95	19	20.00
<b>50 - 59</b>	23	5	21.73
<b>60 - 65</b>	23	9	39.13
<b>TOTAL</b>	263	84	31.93

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV



**PORCENTAJE DE PACIENTES MASCULINOS CON  
DEPRESION DE LA POBLACION ESTUDIADOS.**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS</b>	<b>NUMERO DE PACIENTES CON DEPRESION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>20 - 29</b>	21	4	19.04
<b>30 - 39</b>	36	2	5.55
<b>40 - 49</b>	21	2	5.55
<b>50 - 59</b>	6	1	4.76
<b>60 - 65</b>	9	0	0
<b>TOTAL</b>	93	9	9.67

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

DSM-IV

## GRUPO COMPARATIVO POR SEXO CON DEPRESION



FEMENINO  
 MASCULINO

**ESTA TESIS  
SALIR DE LA  
NO DEBE  
BIBLIOTECA**

PACIENTES FEMENINOS DEPRIMIDOS 19 = 67.85 %.  
PACIENTES MASCULINOS DEPRIMIDOS 9 = 32.14 %.  
PACIENTES ENCUESTADOS 291.

## ANALISIS.

Los cuestionarios para la detección de depresión se aplicaron en la Clínica Cuitlahuac de medicina familiar en la población adulta de Cuauhtepac, Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal. Se encontró que el número de pacientes estudiados fué de 291, de los cuales 28 de ellos muestra la fenomenología de trastornos de depresión, representando el 9.62% del total; este grupo está conformado por 19 mujeres (7.22%) y 9 hombres (2.4%). Estos resultados se ubican dentro de parámetros promedio, sin embargo, son controvertidos y varían según el país, debido principalmente a las escasas conclusiones fundamentadas en las variaciones etnoculturales de la frecuencia y distribución de los trastornos depresivos; uno de ellos es la diferencia de criterio de diagnóstico utilizado, a que grupo va dirigido, que criterio se usa en cada grupo etareo, etc. Hay lugares como Taiwan que su tasa de incidencia es muy baja, sin embargo, la ansiedad es más frecuente en ellos, esto puede ocurrir debido a que el paciente no expresa sus síntomas de sufrimiento psicológico, o bien, a que adopta quejas somáticas que pueden originar diagnósticos erróneos.

Tomando en consideración el papel de la mujer en México y ponderando los factores que podrían precipitar una depresión, tales como: la carga de trabajo en la casa, una mujer casada en un matrimonio infeliz con el cuidado de los hijos en la edad reproductiva, atender al esposo, administrar el dinero familiar y que dependa del marido económicamente. En algunos países

con diferente cultura el papel es diferente por la protección a la madre y a los hijos.

Nuestro estudio oscila dentro de parámetros promedio con respecto a los estudiados en otros países, y que son entre 1.4 como Taiwan y Uganda con 18.1, nuestro promedio es de 9.62%, y como se mencionó anteriormente, el sexo femenino resultó con mayor índice de depresión, pero también la menos frecuente sin depresión. Esto lo explica el hecho que la demanda de consulta fué mayor por la mujer, y por lo tanto, esto nos hace pensar que el hombre, por el trabajo, tiene más elementos distractores, desde que se ausenta de su casa a su trabajo y de regreso del mismo.

El instrumento de trabajo aplicado consistió en el criterio para la depresión, el DSM-IV, ya que es sencillo de aplicar y se utilizan parámetros mediante los cuales se obtiene fácilmente el diagnóstico.

## CONCLUSIONES.

La población estudiada habita en una zona marginada que se caracteriza por limitaciones, como: ingresos familiares bajos, -- transporte escaso, servicios públicos deficientes, familias numerosas en las cuales la madre vive con los suegros y hasta los abuelos por ambas ramas, está a cargo del cuidado y educación - de los hijos, atiende al esposo, administra el dinero familiar y depende económicamente del marido. Respecto a la habitación, ésta cuenta con los servicios mínimos necesarios, presentándose hacinamiento en la mayoría de los casos. En lo referente a la salud, la atención médica se encuentra alejada, motivo por el - cuál se canalizan a ésta Clínica.

Al investigar la incidencia de pacientes deprimidos, se encontró que fué más alto en el sexo femenino, con 19 mujeres (7.22%) que en el de los hombres, con 9 sujetos (2.4%). Los pacientes - encuestados fueron 291, el total deprimido fueron 28 pacientes - (9.62% del total), el grupo etareo más vulnerable fué de 40 a 49 años, el sexo con mayor incidencia de depresión fué el femenino en un promedio de 2 a 1, el mayor índice sin depresión fueron - las mujeres. Esto aparentemente contradictorio lo explica el - hecho de que son las que acuden con mayor frecuencia a consulta que el masculino y que el mayor número de encuestados fueron mu jeres.

SUGERENCIAS:

La depresión como todo padecimiento, se le debe de tomar en cuenta todas las instituciones de salud y aplicar cuestionarios sencillos para detectar sus síntomas ,la salud de todo ser humano debe estar encargada en profecionales y estos a la vez tratar el padecimiento o canalizar a un especialista y sobre todo al adecuado.Un país con mayor disponibilidad en atención y recursos de atención para sus habitantes en salud es un país prospero y productivo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CASSEM EH.  
DEPRESSIVE DISORDERS EN THE MEDICALLY ILL PSYCOSOMATICS.  
1995:36 :s2 -s10.
- 2.- COLIN PLIANA RICARDO.  
DISTIMIAS.  
FOLLETO: LABORATORIO ROCHE 10.94a/g-2.
- 3.- CORNWALL PL., SCOTT J.  
PARTIAL REMISSION IN DEPRESSIVE DISORDERS.  
ACTA PSYCHIATR. SCAND. 1997:95: 265-271 review artide.
- 4.- CORYELL W. AKISDAL HS. LEON AL.  
THE TIME-CORSE OF NON-CHRONIC MAYOR DEPRESSIVE DISORDERS.  
ARCH. GEN. PSYCHIATRY 1994:51: 405-410.
- 5.- DE LA FUENTE MUÑIZ J. RAMON.  
DEPRESION Y ANTIDEPRESIVOS: LITSHITZ ALBERTO.  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD. JULIO 15-1993.
- 6.- DE WILDE J.E. GEERTS S. VAN DROPE J.  
A DOUBLE BLIND° RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED STUDY OF  
THE EFFICACY AND SAFETY OF PIRLINE, A REVERSIBLE MONOA  
MINE OXIDASE A INHIBITOR, IN THE TREATMENT OF DEPRESSION.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1996: 94: 404-410.
- 7.- DOBIE AND WALKER.  
DEPRESION POSTPARTO.  
MEDICINE IN REVIEW. VOL. 1 No. 4 1993 EN ESPAÑOL.

- 8.- FREELING P.  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN GERERAL PRACTICE.  
Br. PSYCHIATRY 1993:163 (Suppl) 14-19.
- 9.- GLASSMAN J.  
SIDE-EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS.  
Br. J. PSYCHIATRY 1993: 163 (Suppl) 20-24.
- 10.- GIOVANNI DE GIROLINO M.D.  
DEPRESSION: FOCUS ON.  
VOL. 3 No. 3. MAYO-1993.  
WORLD HEALTH ORGANIZATION.  
20 AV. APPIA CH. 1211, GENOVA SUIZA.
- 11.- GUERRA GEMA, CACCAVAM R. ZAIMOVIC A.  
SEROTONERGETIC FUNCTION IN MOTHERS OF APIOID ADDICTS:  
CORRELATION COMORBID DEPRESSION.  
ACTA PSYACHIATRY, SCAND 1997: 96: 36-42.
- 12.- GUEVARA ANDRES.  
DEPRESION: MANUAL DE TERAPEUTICA MEDICA.  
3a. Ed. MC GRAW-HILL INTERAMERICANA: Págs. 610-616.
- 13.- HARNOLD I. KAPLAN.  
DEPRESION: COMPENDIO DE PSIQUIATRIA.  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
ED. SALVAT. PAGES. 246-263.



- 14.- HUGH C. HENDRIE MB. AND JUDITH HW DR.  
AN OVERVIEW OF DEPRESSION IN THE ELDERY.  
DEPARTMENT PSYCHIATRY INDIANA UNIVERSITY. SCHOOL OF  
MEDICINE, INDIANAPOLIS.
- 15.- LECRUBIER Y. BAKER G., JUDGEAND R.  
COLABORATIVE PAROXETINE PANIC STUDY INVESTIGATORS.  
A COMPARISON OF° PAROXETINE; CLOMIPRAMINE AND PLACEBO  
IN THE TREATMENT OF PANIC DISORDERS.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1997: 145-152.
- 16.- LECRUBIER Y. BAKER G., JUDGEAND R.  
COLABORATIVE PAROXETINE PANIC STUDY INVESTIGATORS.  
LONG-TERM EVALUATION OF PAROXETINE, CLOMIPRAMINE AND  
PLACEBO IN PANIC DISORDERS.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1997: 95: 150-160.
- 17.- LEWIS L. JUDE.  
TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO (DEPRESION).  
CAP. 389. HARRISON 13a. ED. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA  
VOL. II.  
ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL.
- 18.- LINDERMAN S. LAÑRA E., UVORI E.  
SUICIDES AMONG PHYSICIANS° ENGINEERS AND TEACHERS:  
THE PREVALENCE OF REPORTED DEPRESSION, ADMISSION TO  
HOSPITAL AND CONTRIBUTORY CAUSES OF DEATH.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1997: 96: 68-71.

- 19.- OLSSON G, VON KNORRING A-L BECK'S.  
BECK'S DEPRESSION INVENTORY AS A SCREENING INSTRUMENT  
FOR ADOLESCENT DEPRESSION IN SWEDEN: GENDER DIFFERENCES.  
ACTA PSYCHIAR. 1997: 95: 277-282.
- 20.- PAUL J. BARRERA.  
DEPRESION: PSIQUIATRIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
ED. PANAMERICANA. CAP. 15.
- 21.- PRIEST RG.  
IMPROVING MANAGEMENT AND KNOWLEDGE OF DEPRESSION.  
Br J. PSYCHIATRY. 1994: 164: 225-287.
- 22.- ROBERTSON HA.; LAMI R.W. STEWART JN.  
ATYPICAL DEPRESSIVE SYMPTOMS AND CLUSTERS IN UNIPOLAR  
AND BIPOLAR DEPRESSION.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1996: 94: 421-427.
- 23.- RONALD L. MARTIN M.D.  
GERIATRIC PSYCHOPHARMACOLOGY: PRESENT AND FUTURE.  
UNIVERSITY OF KANSAS. SCHOOL OF MEDICINE WICHITA.
- 24.- SULLIVEN P.F. WILSON DA., MULDER.  
THE HIPOTHALAMIC PITUITARY-THYROID AXIS IN MAYOR DEPRESSION.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND 1997: 95: 370-378.
- 25.- VAELEY H. MERSKEY H. OPPLAND.  
THE PREVALENCE OF CURRENT MAYOR DEPRESSION AND DYSTIMIA IN  
A NORWEIGAN GENERAL PRACTICE.  
ACTA PSYCHIAR. SCAND. 1997: 95: 328-334.

# TEST PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO ( UNIPOLAR ).

	NO	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	CONTINUAMENTE
--	----	---------------	--------------	---------------

1.- ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO LA MAYOR PARTE DEL DIA				
--	--	--	--	--

2.- DISMINUCION MARCADA EN EL INTERES O PLACER POR TODO O CASI TODO, LA MAYOR PARTE DEL DIA.				
--	--	--	--	--

3.- PERDIDA O GANANCIA DE PESO DEL 5% EN UN MES O DISMINUCION DEL APETITO CASI TODOS LOS DIAS.				
--	--	--	--	--

4.- INSOMNIO O HIPERSOMIA CASI TODOS LOS DIAS.				
--	--	--	--	--

5.- AGITACION O RETARDO PSICOMOTOR CASI SIEMPRE				
---	--	--	--	--

6.- FATIGA O PERDIDA DE ENERGIA CASI TODOS LOS DIAS.				
--	--	--	--	--

7.- SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA EXCESIVA O INAPROPIADA CASI TODOS LOS DIAS.				
--	--	--	--	--

8.- CAPACIDAD DISMINUIDA PARA CONCENTRARSE O PENSAR O INDECISION CASI TODOS LOS DIAS.				
---	--	--	--	--

9.- PENSAMIENTOS DE MUERTE RECURRENTE, IDEACION SUICIDA RECURRENTE SIN UN PLAN ESPECIFICO.				
--	--	--	--	--