

11226
82

7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 68

DIAGNOSTICO INSTRUMENTAL DE LA DEPRESION ENMASCARADA

T E S I S

Que en cumplimiento de los requisitos para obtener el Título de MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

p r e s e n t a

Dra. María de Lourdes Rodríguez Alejandre



Entregado a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Rodríguez Alejandre María de Lourdes

FECHA: 12/02/2003

FIRMA: [Signature]

I.M.S.S.

TULPETLAC, EDO. DE MEXICO

1991

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2003



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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

A P R O B A C I O N

I.

LA TESIS TITULADA "DIAGNOSTICO INSTRUMENTAL DE LA DEPRESION ENMASCARADA"
PRESENTADA POR LA DRA. MARIA DE LOURDES RODRIGUEZ ALEJANDRE, EN CUMPLIMIENTO
DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
FUE APROBADA POR:

DR. ARMANDO ROJAS GUZMAN.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

DR. VICTOR M. ESCOBEDO SOSA.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR.

DR. ARMANDO ROJAS GUZMAN.
ASESOR DE TESIS.



Jefe de Enseñanza
e Investigación

TESIS CON
PASAJE DE ORIGEN

A.GRADECIMIENTOS

II.

A MI MADRE.

POR SU GRAN APOYO MORAL, POR SU CARINO
POR LA DEDICACION QUE SIEMPRE ME HA
BRINDADO EN TODA MI FORMACION COMO
UNA PROFESIONISTA Y SER HUMANO,
BENDITA SEA.

A MIS HERMANOS.

POR SU CONFIANZA, POR SU RESPETO, POR
SU CARINO, POR QUE SE QUE SIEMPRE
PODRE CONTAR CON ELLOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III.

A MI ESPOSO.

POR EL GRAN APOYO QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO
POR SU AMOR, PACIENCIA Y CONFIANZA.

A MI PEQUEÑA HIJA LUZ DEL CARMEN.

POR SER MI AMOR PEQUENITO, POR LOS DIAS EN QUE NO
PUDE ATENDERLA COMO SE MERECE. GRACIAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV.

A MI ASESOR A MI COORDINADOR
DR. ROJAS Y DR. ESCOBEDO.

POR SU PACIENCIA, POR PERDONAR MIS ERRORES,
POR SU GRAN AYUDA EN MI FORMACION COMO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C O N T E N I D O

v.

Página.

APROBACION.....	I
AGRADECIMIENTOS	II
CONTENIDOS	V
RESUMEN	VI
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
OBJETIVOS	12
HIPOTESIS	13
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	15
CUADROS Y GRAFICAS	17
DISCUSION Y CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	42
COMENTARIO	48

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U M E N

VI.

OBJETIVO: Valorar que cuestionario proporciona mayor utilidad en el diagnóstico de Depresión Enmascarada, para ser aplicable en la consulta externa del primer nivel de atención a la salud. Así como coorrelacionar los Criterios diagnósticos del DSM-III-R, con la calificación que otorgan los test seleccionados.

DISEÑO: ESTUDIO PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL.

MARCO DE REFERENCIA:

22 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar Número 68, IMSS., seleccionando a 40 pacientes en forma aleatoria.

PACIENTES: Se revisarán 40 pacientes entre las edades de 20 a 49 años, formado por dos grupos, 20 del sexo femenino y 20 del sexo masculino, a los cuales se aplicaron 3 cuestionarios para diagnosticar depresión enmascarada, siendo estos; el Test de Zung, Minnesota y Beck, correlacionandolos con los Criterios Diagnósticos del DSM III-R.

MEDICIONES Y RESULTADOS :

Se concluye que la mayor frecuencia es entre los 25 y 34 años de edad, en la personas de nivel socioeconómico medio y en los casados.

Considerando que los Criterios Diagnósticos del DSM-III R son la base para establecer el Diagnóstico de Depresión Clínica o Enmascarada, concluimos que ninguno de los Test investigados es confiable para diagnosticar Depresión en individuos que manifiestan no estarlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N T R O D U C C I O N

La Depresión es un problema médico desde hace siglos, habiéndose incrementado notablemente en los últimos años adquiriendo características no contempladas en su tradicional marco psiquiátrico, ubicando a esta entidad en los campos de la medicina general, familiar y de salud pública.

El conocimiento del cuadro depresivo no es fácil, ya que en grán número de pacientes los síntomas no se identifican como una baja del estado afectivo, y por lo general pasan inadvertidos para muchos médicos, permitiendo que el enfermo continúe con sus molestias ó inicie un largo y penoso peregrinar por los consultorios, laboratorios y gabinetes en busca de alivio a su penosa aficción.

Expertos internacionales estiman que en un 3 a 5% de la población total la presentan en algún momento de su vida. Esto significa que de 100 a 200 millones de seres humanos padecen depresión hoy en día, enfermedad que si se diagnosticara oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado.

El aumento en la prevalencia de transtornos psiquiatricos de tipo afectivo dependen de múltiples factores, dentro de los cuáles destacan:

El rápido cambio de ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente cada vez más estresante como el que se vive en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada.

Por lo tanto el diagnóstico oportuno de la depresión enmascarada es de vital importancia para ayudar a estos seres humanos que sufren y que andan en busca no sólo de un médico sino de un amigo ...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

Se estima que del 20 a 26% de las mujeres y del 8 al 12% de los hombres sufrirán algún tipo de depresión importante durante su vida, hecho cuya frecuencia origina que muchos pacientes deprimidos reciban asistencia médica no psiquiátrica o de otros profesionales de la salud mental. (2)

Investigaciones Epidemiológicas señalan que del 50 a 60 % de los pacientes que reciben ayuda por sus problemas emocionales se atienden en los centros de salud primaria. Glas y Nielson Williams (2) observaron que los médicos generales, diagnóstican erróneamente los trastornos emocionales de tipo afectivo.

La Depresión ocurre a menudo de manera concomitante con otros problemas médicos, lo que hace su identificación más difícil.

Así mismo esos factores de riesgo, pueden desencadenar un cuadro depresivo mayor. Los Pacientes con trastornos psicósomáticos, son vistos con más frecuencia por el médico general y el médico familiar, que por el psicólogo o psiquiatra, por lo tanto, los estudios hechos en medicina general y familiar, cubren una gama de trastornos psiquiátricos muy distinta a la realizada por el especialista psiquiatra ó especialista en salud mental.

En terminos generales se considera que en un 10 a 15 % de los pacientes que acuden al medico familiar o general presentan problemas psiquiátricos y el 90 % de los trastornos de afecto corresponden a depresión mayor, sin embargo, únicamente el el 40 % de ellos es detectado oportunamente, se le da tratamiento a un 15 % y se canaliza al especialista sólo un 5 %. (2)

Infomes recientes de Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que un 10 % de la población mayor de 15 años llega a presentar cuadros depresivos en alguna época de su vida. (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay datos que sugieren que un 40 % de los pacientes deprimidos, tienden a la recurrencia ó a la cronicidad y consultan periódicamente al médico. Aquí cabe mencionar que la mayoría de estos pacientes, no son atendidos adecuadamente, ya que el médico se concreta a analizar los aspectos somáticos los cuales en la mayoría de los casos, se encuentran encubriendo una serie de aspectos psicopatológicos que provocan depresión, recurriendo así a una serie de estudios físicos que son innecesarios, costosos, tardios y que provocan angustia en la persona, ya que no se le proporciona la información específica y concreta que ellos desean.

La depresión es una enfermedad que incapacita e incluso invalida, paraliza la vida cotidiana y lesiona las relaciones interpersonales. Teóricamente no es posible diagnosticar un trastorno depresivo sin que sea el mismo paciente quién manifieste alteraciones del humor constantes, mantenidas y de índole depresivas, es frecuente que estos pacientes nieguen pertinazmente su estado disfórico y enfoquen su malestar en alteraciones orgánicas, a este cuadro se la llama: EQUIVALENTE DEPRESIVO O DEPRESION ENMASCARADA, el Médico Familiar debe por lo tanto, descartar primeramente cualquier trastorno somatiforme y una vez que lo haya logrado deberá considerar la posibilidad de un trastorno depresivo, y para llegar al diagnóstico con mayor eficacia, es necesario complementar la entrevista médica con la aplicación de un instrumento estructurado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El Talante Anímico corresponde a un estado emocional inherente al hombre, colorea por completo su vida psíquica, y en los extremos puede ubicarse en depresión o euforia, por lo cual en el DSM III-R * las alteraciones que involucran a la depresión se les denominan transtornos afectivos. (8)

La Depresión es una enfermedad tan antigua que ya en el siglo IV A. de C., Hipocrates, afirmando la existencia de los humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, sugería que la melancolía era producida por la bilis negra ó atrabilis y que la flema en el cerebro causaba la depresión. (2)

En los primeros siglos de nuestra época, Celsus y Aretéo hablaban en sus libros sobre la melancolía, como problema médico crónico o episódico asociado a manía.

Mas tarde en 1911, los psicoanalistas Blender y Karl Abraham, observaron que el enfermo neurótico, se siente poco amado y por lo tanto es incapáz de querer a los demás, identificaron que el odio paralizaba la capacidad de amar y que este sentimiento producía culpa y reproche, lo cual incrementaba la depresión. En 1916 Abraham concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la depresión, y considera que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la Madre, el contenido de los autoreproches son una crítica despiadada contra la figura materna, con resultado del destete. (1)

Posteriormente Woffie y Paykel, encontraron que la depresión antecedió, a la enfermedad física en un 25 % de los casos, mientras que el 75 % de la sintomatología depresiva fue subsecuente a algún problema. (1)

A pesar de que en 1915, Kempf aporta la primera escala que mide depresión y en 1917 Woodworth, pública el primer cuestionario de autoevaluación (Personal Data Shest) no fué sino hasta muchos años después, cuando este tipo de estudios se aplicaron al diagnóstico específico.

Emil Krepelin (1925) encasilló la psicosis en dos divisiones esenciales; La Enfermedad Maníaco Depresiva (sin daño procesado en el pensamiento) y La Demencia Precoz (Deterioro temprano progresivo de la personalidad).

*Diagnostical Statistical.

(4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En 1930 Moore, basandose en observaciones clínicas seleccionó 41 síntomas y signos entre 367 enfermos psicóticos y sometió los resultados a un análisis factorial; así pudo distinguir dos grupos de síntomas que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. Ese mismo año Jasper publicó un cuestionario sobre depresión elación. (2)

Por varias razones estos estudios fueron descartados como una ayuda práctica para medir la depresión, por ejemplo Moore únicamente se interesó en consideraciones teóricas y el cuestionario de Jasper sólo se utilizó en personas normales. (2)

Soranos en su trabajo traducido al inglés por la editora Drabkin en 1950, describe el cuadro clínico de la depresión, señalando los síntomas principales: Tristeza, deseo de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad. (2)

Zung creó un ingenioso instrumento de exploración de la mente, muy usado todavía en la actualidad por la mayoría de los psiquiatras, el test de asociación de la palabra, método que era similar al usado por Freud para explorar el subconciente basado en el análisis de los sueños. La Escala de Zung, fué publicada por primera vez en 1965 con una casuística de 56 pacientes psiquiátricos, separados en 2 grupos, aquellos que solo tenían depresión y aquellos que además de esta tenían otro diagnóstico. (2)

En su investigación Zung, correlaciono la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, con la finalidad de despertar el sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento, además se dió cuenta de que las escalas para medir la depresión, hasta ese momento existentes eran inadecuadas, por lo tanto decidió elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos: que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión, que fuera breve y sencillo, de aplicación cuantitativa que pudiera ser autoaplicable por el enfermo a fin de recabar su respuesta directa, con estas variables, el primer paso fué la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de analizar los estudios de Grinker, Overall y Friedman; Zung concluyó que estos síntomas deberían abarcar: Alteraciones del efecto, equivalentes fisiológicos y psicopatológicos. Una vez definidas las áreas por investigar, elaboró 20 reactivos que se referían a las mismas, planteando 10 preguntas en sentido positivo y 10 en sentido negativo, para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Para la cuantificación del síntoma plantearon cuatro categorías: normal, poco y mucho multiplicandose cada resultado por unas cifras establecidas. (ANEXO Núm.1)

La Escala de autoevaluación de Zung además de ser util para investigar la magnitud de la depresión es un buen auxiliar cuando esta se presenta en su modalidad enmascarada. (2)

Antes de que aparecieran el Test de Zung, surgió el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Multiphasic Personality Inventory of Minnesota, mejor conocido por sus iniciales MMPI), fué introducido por Starke R. Hathaway y J. Charley Mc Kinley en 1942. En la actualidad el Test de mayor validación y confiabilidad. Consta de 550 preguntas en forma de afirmación positiva o negativa que corresponde a multiples aspectos de la personalidad; incluyendo la salud general, funciones fisiológicas, hábitos, vida familiar, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas y diversas preguntas que involucran fundamentalmente la psique del individuo. (2)

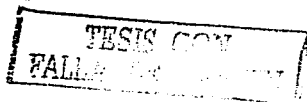
El MMPI puede aplicarse en grupos o individualmente, se pide al sujeto que que conteste a cada pregunta seleccionando a la opción cierto ó falso. Las preguntas estan agrupadas en 9 escalas psicopatológicas; hipocondría, depresión (2D), histeria, desviación psicopatológica, masculinidad, feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía. (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Escala "2D" se considera como la escala del "Estado de Animo" y fué diseñada para medir la depresión; consta de 60 reactivos, de los cuales 20 deben ser respondidos como ciertos y 40 como "falsos". (ANEXO 2)

Otro Inventario que se utiliza para el diagnóstico de depresión es el diseñado en 1961 por Aarón T. Beck, fué elaborado para ser aplicado por un entrevistador, se utiliza con una doble copia, una se entrega al encuestado y otra que es leída en voz alta por la persona que lo aplica. Después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique, cuál de las declaraciones definió mejor como se siente en ese instante, en ningún momento debe sugerirse la respuesta y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que corresponde a la manera como se siente, debe registrar el número más alto, el puntaje de depresión es la suma de todas las respuestas.

El inventario de Beck comprende de 21 categorías de síntomas o actitudes cada una de ellas con varios grados de magnitud, los valores numéricos que se otorgan a cada respuesta van del 0 al 3. En algunas categorías existen 2 alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel. Las preguntas se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo y no tienen ninguna significación etiológica. (ANEXO 3)



CLASIFICACION DE LA DEPRESION

DSM III - R (1988)

Transtorno del Estado de Animo: Transtorno bipolar de uno o más episodios. (Con historia de depresión mayor).

- Transtorno Depresivo; de uno o más episodios sin una historia de episodio maniaco o hipomaniaco.

Transtorno Bipolar: Ciclotimia; hay numerosos episodios de hipomanía Bipolar; transtorno con episodio hipomaniaco.

Depresión Mayor (categoría residual), de transtornos bipolares no específicos.

Transtornos Depresivos: Depresión Mayor (hay uno o más episodios de depresión mayor).

- Distimia (hay una historia del Estado de Animo deprimido por más de 2 años mínimo).

Depresión: Tipo Melancólica.

Crónica (más de 2 años, sin ningún periodo de descanso).

Recurrente.

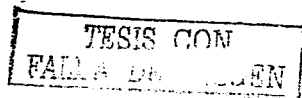
Estacional; hay un ciclo anímico y un periodo específico de 60 días al año.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR. DSM III-R

NOTA: Un episodio "Síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente:

- A. Como mínimo, cinco de los síntomas han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es ó 1) Estado de ánimo deprimido, ó 2) Pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencias, o notable pérdida de asociaciones):
- 1.- Estado de Anímo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
 - 2.- Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
 - 3.- Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);
 - 4.- Insomnio o Hipersomnia casi cada día;
 - 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);
 - 6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - 7.- Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo).

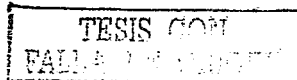


- 8.-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
- 9.-Ideas de muerte recurrente (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. 1.-No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
- 2.-La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).
- Nota: Preocupación morbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o elentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con depresión mayor.
- C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D. El Transtorno no está superpuesto a una esquizofrenía, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

CODIGOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: NUMERO DEL CODIGO DE CINCO DIGITOS Y CRITERIOS PARA LA GRAVEDAD DEL ESTADO ACTUAL DEL TRANSTORNO BIPOLAR, DEPRESIVO, O DE DEPRESION MAYOR:

- 1.- LEVE: Ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral ó en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- 2.- MODERADO: Síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".
- 3.- GRAVE, SIN SINTOMAS PSICOTICOS: Varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales ó en las relaciones con los demás.

(10)



- 4.- CON SINTOMAS PSICOTICOS: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.
- SINTOMAS PSICOTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO: Ideas Delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo ó de merecimiento de castigo.
- SINTOMAS PSICOTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo. Aquí se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución (no relacionadas directamente con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.
- 5.- EN REMISION PARCIAL: Intermedio entre "remisión completa" y "leve", y sin distimia previa. (Sin un episodio depresivo mayor se ha superpuesto a una distimia el diagnóstico de distimia sólo se da una vez que ya no se cumplen todos los criterios para el episodio depresivo mayor).
- 6.- EN REMISION COMPLETA: Ningún signo o síntoma significativo de la alteración durante los pasados seis meses.
- 0.- NO ESPECIFICADO.

Especificar "Crónico" si el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin un período de dos años consecutivos sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

Especificar si el episodio actual es de "Tipo Melancólico".

OBJETIVOS

- 1.- Correlacionar los criterios diagnósticos del DSM III-R con la calificación que otorgan los Tests Seleccionados.

- 2.- Identificar el cuestionario que permita establecer el diagnóstico de depresión enmascarada.

(12)

TESIS CON
CALIFICACIÓN BUENA

H I P O T E S I S

H1: LA DEPRESION ENMASCARADA SE DIAGNOSTICA CON LOS INVENTARIOS DE ZUNG, BECK O M.M.P.I.

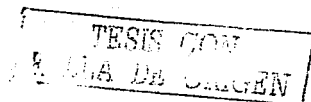
H0: LA DEPRESION ENMASCARADA NO SE DIAGNOSTICA CON LOS INVENTARIOS DE ZUNG, BECK O M.M.P.I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

De los pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, se seleccionaron al azar 20 del sexo masculino y 20 del sexo femenino. que manifestaron no estar deprimidos, se les informó el motivo de la entrevista y se procedio, previa autorización, a la aplicación de los Tests de ZUNG, BECK Y MMPI (MINESOTA). Durante la aplicación se observaron estrictamente las condiciones que señalan los autores; posteriormente se procedio a la calificación de cada Test y los resultados se correlacionaron con los Criterios Diagnósticos del DSM III-R.

Los Resultados obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico de tipo descriptivo, comparativo, tabular y gráfico.



R E S U L T A D O S

14-A

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se observaron en la población estudiada, en este caso 40 pacientes; 20 del sexo masculino y 20 del sexo femenino lo siguiente:

La Mayor prevalencia en cuanto a edad efectada con algún grado de depresión enmascarada fué de 20 a 34 años de edad, con mayor indice del sexo femenino en un 75 % (cuadro 1, gráfica 1). Se tomaron pacientes con diferentes ocupaciones, prevaleciendo el trastorno afectivo en amas de hogar 22.5 %, estudiantes 20.0 %, obreros y profesionales con un 17.5 % consecutivamente (cuadro 2 y gráfica 2). El Estado Civil con mayor afectación fueron las personas casadas en un 57.5 % y secundariamente los solteros con un 35.5 % (cuadro 3, gráfica 3). Así mismo, la religión que más se profeso fué la católica en un 80 % de los pacientes, predominando el sexo femenino (cuadro 5, gráfica 5).

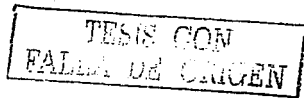
El nivel educacional de estos pacientes fué: nivel medio 40 %, profesional 25 % secundaria 22.2 % y primaria un 12.5 % (cuadro 4, gráfica 4).

Los Criterios Diagnósticos del DSM III-R, reportan depresión leve en mayor prevalencia del sexo masculino en un 20 %, depresión moderada mayor indice en el sexo femenino 12.5 %, y depresión grave mayor predominio del sexo femenino en un 15 % (cuadro 6, gráfica 6).

El Test de Beck demostro prevalencia de depresión leve en el sexo masculino 12%, depresión moderada en el sexo femenino en un 7.5 % y depresión grave, un caso del sexo masculino 2.5 % (cuadro 7, gráfica 7).

El Test de Zung demostro depresión leve, con mayor predominio en el sexo masculino en un 12.5 %, y la depresión moderada mayor indice en el sexo femenino en un 7.5 %, no se diagnostico ningún caso de depresión grave (cuadro 8, gráfica 8).

El Test de Minnesota (MMP), se califico depresión leve con mayor prevalencia del sexo masculino en un 40 %, depresión moderada en el sexo femenino en un 37.5 %, depresión grave ningún caso (cuadro 9, gráfica 9).



Con lo que respecta a la Correlación con los Criterios Diagnósticos y el elemento estructurado de Zung se reporta; que el DSM III-R, detecto mayor grado de depresión enmascarada, tanto leve, moderada y sobre todo en su forma grave en un 4.5% sin embargo el Test de Zung demostro solo caso de depresión leve en el 11 % y depresión moderada en un 5.5 %, ningún caso de depresión grave (cuadro 10 y gráfica 10).

En la Correlación entre el Cuestionario de Beck y los Criterios Diagnósticos del DSM III-R se reporto: Que el DSM III-R diagnóstico depresión grave en un 5 % así mismo el cuestionario de Beck diagnóstico depresión grave en un 5 %, deduciendose con esto, que este cuestionario es de utilidad en el apoyo para esclarecer el diagnóstico de depresión enmascarada (cuadro 11, gráfica 11).

En cuanto al Test estructurado de Minnesota en correlación con los Criterios Diagnósticos del DSM III-R este último reporta depresión grave en un 4.5 %, mientras tanto el Minnesota sólo depresión leve en un 22 % de los casos y depresión moderada en un 8 % (cuadro 12, gráfica 12).

TESIS CON
FALLA DE CALIEN

CUADRO 1.

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES CON DEPRESION ENMASCARADA.H.G.Z./M.F. NUM. 68, I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.				
EDAD	FRECUENCIA		FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE
	MASCULINO	FEMENINO		
20-24 años	4	2	6	15
25-29 "	8	6	14	35
30-34 "	6	4	10	25
35-39 "	2	3	5	12.5
40-44 "	0	4	4	10
45-49 "	0	1	1	2.5
TOTAL=	20	20	40	100

FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 2.

OCUPACION DE PACIENTES CON DEPRESION ENMASCARADA H.G.Z./M.F. NUM. 68, I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.				
OCUPACION	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	MASCULINO	FEMENINO		
OBrero	7	0	7	17.5
EMPLEADO	3	3	6	15.0
ESTUDIANTE	5	3	8	20.0
COMERCIANTE	2	1	3	7.5
PROFESIONAL	3	4	7	17.5
HOGAR	0	9	9	22.5
TOTAL:	20	20	40	100.0

FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION

TESIS COM
FALSA DE ... EN

CUADRO 3.

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DEPRESION ENMASCARADA
 HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
 JULIO-DICIEMBRE, 1990.

ESTADO CIVIL	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
CASADO	12	11	23	57.5
SOLTERO	6	9	15	35.5
DIVORCIADO	1	0	1	2.5
UNION LIBRE	0	1	1	2.5
TOTAL	19	21	40	100.0

FICHA DE IDENTIFICACION.

(19)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4 .

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DEPRESION ENMASCARADA
 HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
 JULIO-DICIEMBRE, 1990.

GRADO DE ESCOLARIDAD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	FEMENINO	MASCULINO		
PRIMARIA	4	1	5	12.5
SECUNDARIA	3	6	9	22.5
MEDIO SUPERIOR	9	7	16	40.0
PROFESIONAL	4	6	10	25.0
TOTAL	20	20	40	100.0

FICHA DE IDENTIFICACION.

(20)

TESIS CON
 FALSA DE ORIGEN

C U A D R O 5 .

RELIGION DE LOS PACIENTES CON DEPRESION ENMASCARADA HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.				
RELIGION	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	MASCULINO	FEMENINO		
CATOLICA	12	90	32	80.0
EVANGELISTA	4	0	4	10.0
CIRAS	4	0	4	10.0
T O T A L	20	20	40	100.0

FUENTE DE IDENTIFICACION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 6.

DIAGNOSTICO DE DEPRESION ENMASCARADA SEGUN CRITERIOS
DEL DSM III-R., H.G.Z./M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
JULIO-DICIEMBRE, 1990.

SEXO	DIAGNOSTICO							
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)
MASCULINO	6	15	8	20	3	7.5	3	7.5
FEMENINO	4	10	5	12.5	5	12.5	6	15.0
TOTAL=	10	25	13	32.5	8	20.0	9	22.5

FUENTE: ENCUESTA CON LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III-R .

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 7 .

DIAGNOSTICO DE DEPRESION ENMASCARADA SEGUN EL CUESTIONARIO
DE BECK . HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
JULIO-DICIEMBRE, 1990.

SEXO	DIAGNOSTICO							
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)
MASCULINO	13	32.5	5	12.5	1	2.5	1	2.5
FEMENINO	13	32.5	4	10.0	3	7.5	0	
TOTAL=	26	64.0	9	22.5	4	10.0	1	2.5

FUENTE: TEST DE BECK.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C U A D R O 8 .

DIAGNOSTICO DE DEPRESION ENMASCARADA MEDIANTE EL CUESTIONARIO
DE ZUNG . HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
JULIO-DICIEMBRE, 1990.

SEXO	D I A G N O S T I C O							
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)
MASCULINO	15	37.5	5	12.5	-		-	
FEMENINO	13	32.5	4	10.0	3	7.5	-	
TOTAL	28	70.5	9	22.5	3	7.5		

FUENTE: TEST DE ZUNG.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C U A D R O 9 .

DIAGNOSTICO DE DEPRESION ENMASCARADA MEDIANTE EL
TEST DE MINNESOTA (MMPI).HGZ/M.F.NUM 68,I.M.S.S.
JULIO-DICIEMBRE, 1990.

SEXO	D I A G N O S T I C O							
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)
MASCULINO	0		16	40	4	10.0	0	
FEMENINO	1	2.5	15	37.5	4	10.0	0	
TOTAL=	1	2.5	31	77.5	8	20.0	0	

FUENTE: TEST DE MINNESOTA (MMPI).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 10.

CORRELACION DIAGNOSTICA DE DEPRESION ENMASCARADA ENTRE LOS CRITERIOS DEL DSM III-R Y EL INVENTARIO DE ZUNG. HGZ/M.F. NUM. 68, I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.

INSTRUMENTO	DIAGNOSTICO DE DEPRESION								TOTAL
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)	
DSM III-R	10	19	13	11	8	5.5	9	4.5	40
ZUNG	28	19	9	11	3	5.5	0	4.5	40
TOTAL	38	95.0	22	55.0	11	27.5	9	22.5	80

$$\chi^2_c = 4.26 + 0.36 + 1.14 + 4.5 + 4.26 + 0.36 + 1.14 + 4.5 = 20.52$$

$$\chi^2_c = 16.27$$

(0.001)

$$p < 0.001$$

TESIS CON
FALSA CONCLUSIÓN

CUADRO 11.

CORRELACION DIAGNOSTICA DE DEPRESION ENMASCARADA ENTRE LOS CRITERIOS DEL DSM III-R Y EL INVENTARIO DE BECK. H.G.Z./M.F. I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.									
INSTRUMENTO	D I A G N O S T I C O D E D E P R E S I O N								
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)	TOTAL
DSM III-R	10	18	13	11	8	6	9	5	40
BECK	26	18	9	11	4	6	1	5	40
TOTAL	36	90.0	22	55.0	12	30.0	10	25.0	80

$$\chi^2_c = 3.56 + 0.36 + 0.67 + 3.20 + 3.56 + 0.36 + 0.67 + 3.20 = 15.58$$

$$\chi^2_c = 11.34$$

(0101)

P < 0.01

(27)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 12 .

CORRELACION DIAGNOSTICA DE DEPRESION ENMASCARADA ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y EL M.M.P.I., HGZ/M.F.NUM 68, I.M.S.S. JULIO-DICIEMBRE, 1990.									
INSTRUMENTO	D I A G N O S T I C O D E D E P R E S I O N								
	NEGATIVO	(%)	LEVE	(%)	MODERADA	(%)	GRAVE	(%)	TOTAL
DSM III-R	10	5.5	13	22	8	8	9	4.5	40
M.M.P.I.	1	5.5	31	22	8	8	0	4.5	40
TOTAL	11		44		16		9		80

$$\chi^2 = 3.68 + 7.94 + 0 + 4.5 + 3.68 + 7.94 + 0 + 4.5 = 32.24$$

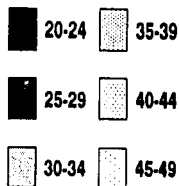
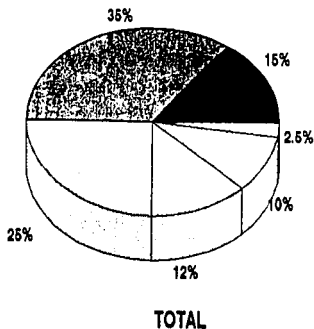
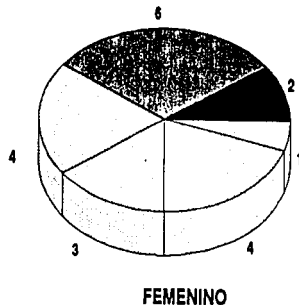
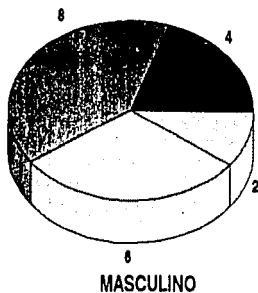
$$\chi^2_{\text{t}} = 16.27$$

(0.001)

$$P < 0.001$$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERVALO DE EDAD EN PACIENTES ESTUDIADOS CON DEPRESION ENMASCARADA EN EL H.G.Z. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 68. JULIO A DICIEMBRE 1990.

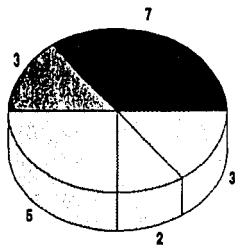


(29)

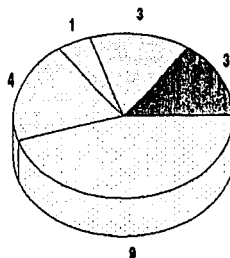
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION (CUADRO 1).

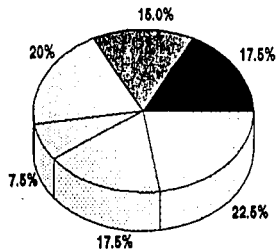
RELACION PORCENTUAL DE LA OCUPACION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
DE LA U.M.F. NUM. 68 CON DEPRESION ENMASCARADA. JULIO A DICIEMBRE DE
1990.



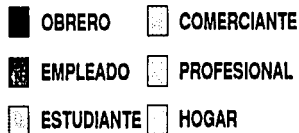
MASCULINO



FEMENINO



TOTAL

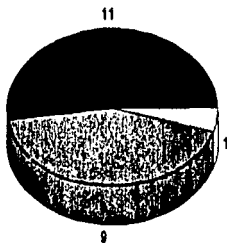


FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION (CUADRO 2).

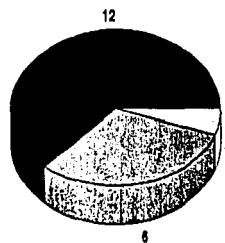
(30)

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES
 FALTA

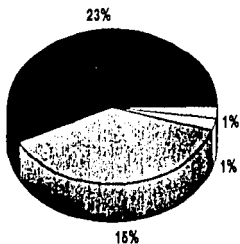
RELACION DE PACIENTES ESTUDIADOS CON DEPRESION ENMASCARADA POR ESTADO CIVIL. JULIO A DICIEMBRE 1990, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 68 (H.G.Z. CON U.M.F.)



MASCULINO



FEMENINO



TOTAL

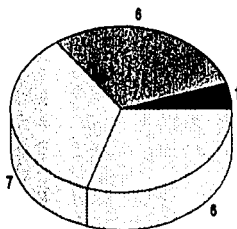


FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION (CUADRO 3).

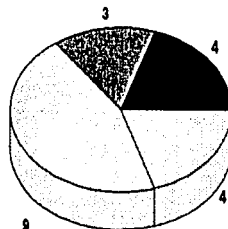
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

(33)

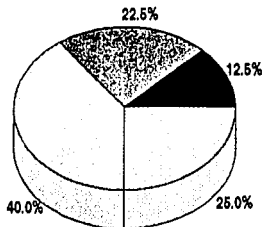
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON DEPRESION ENMASCARADA ESTUDIADOS EN EL H.G.Z. CON U.M.F. NUM. 68 EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 1990.



MASCULINO



FEMENINO



TOTAL

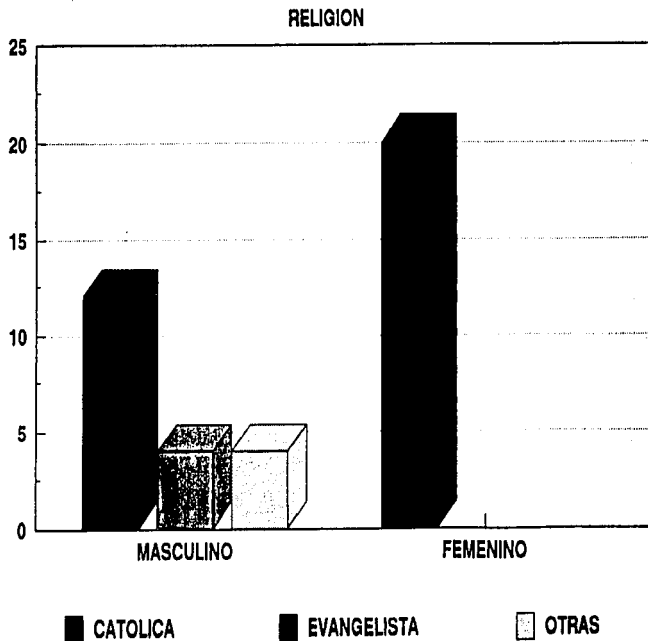


FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION (CUADRO 4).

(C-3)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

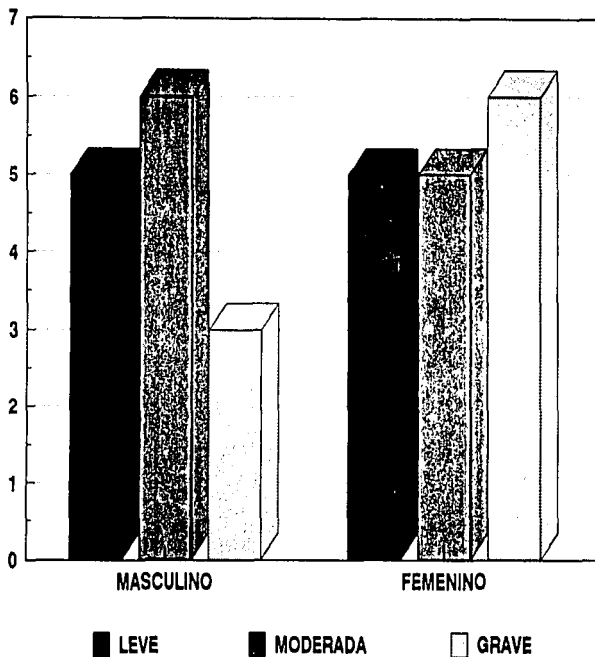
RELACION PORCENTUAL DEL TIPO DE RELIGION QUE PROFESAN LOS
PACIENTES ESTUDIADOS, CON DEPRESION ENMASCARADA EN EL H.G.Z.
CON U.M.F. NUM.68 PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE, 1990.



FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACION DE 40 PACIENTES. (CUMRO 5).

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

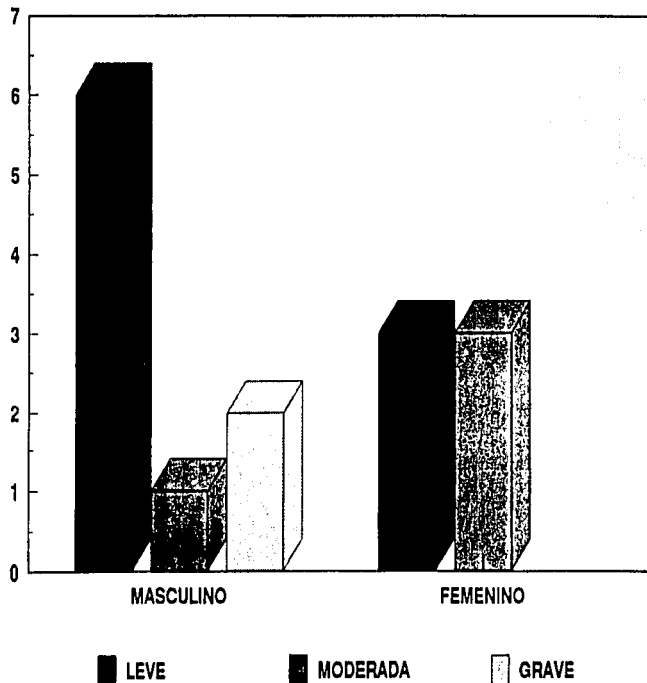
NUMERO DE CASOS CON DEPRESION ENMASCARADA DETERMINADOS EN EN 40 PACIENTES ESTUDIADOS CON LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III-R EN EL H.G.Z. CON U.M.F. NUM. 68. PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 1990.



FUENTE: ENCUESTA CON CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III-R EN 40 PACIENTES. (CUADRO 6).

TESIS CON
 FALTA DE PAGEN
 NUM 6866

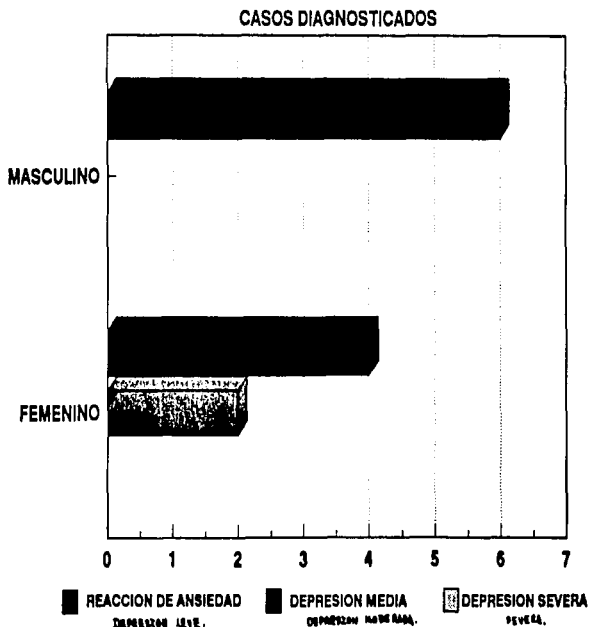
NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION ENMASCARADA MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE BECK, REALIZADO EN 40 PACIENTES EN EL H.G.Z. NUM.68 CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 1990.



FUENTE: "TEST DE BECK" (CUADRO 7).

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION ENMASCARADA
 MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE ZUNG, REALIZADO EN 40 PACIENTES EN
 EL HGZ CON UMF NUM. 68 I.M.S.S.

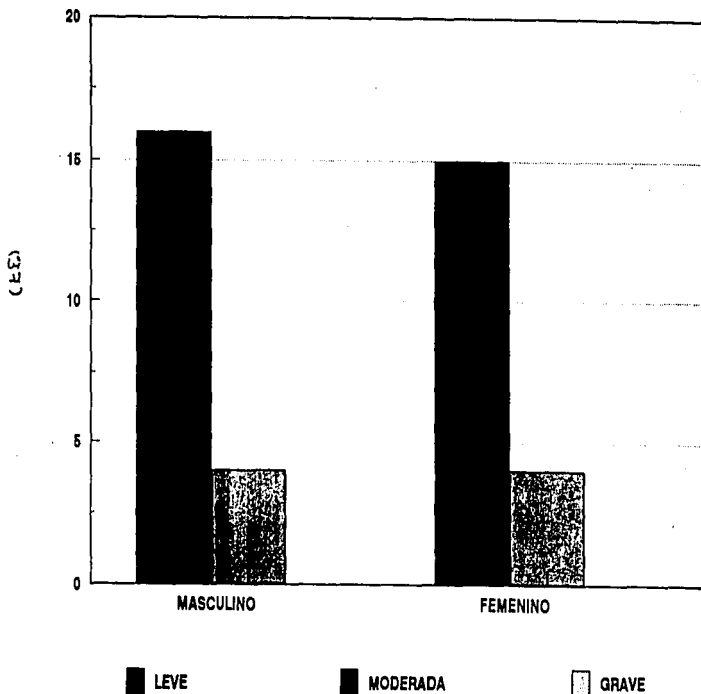


(36) -

TESIS CON
 FALLA DE CUBIEN

FUENTE: TEST DE ZUNG. (CURSO 8).

NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION ENMASCARADA
MEDIANTE EL "TEST" DE MINNESOTA, EN EL H.G.Z. CON U.M.F. NUM. 68
DE JULIO A DICIEMBRE 1990.



NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION ENMASCARADA
 EN EL H.G.Z/ M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
 JULIO-DICIEMBRE, 1990.

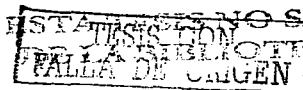
NUMERO DE PACIENTES	CUESTIONARIOS			CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III-R	
	SEXO	ZUNG	BECK		MINNESOTA
1.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
2.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	LEVE
3.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
4.-	FEMENINO	NORMAL	LEVE	LEVE	MODERADA
5.-	FEMENINO	NORMAL	MODERADA	MODERADA	LEVE
6.-	FEMENINO	MODERADA	MODERADA	LEVE	GRAVE
7.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	LEVE
8.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	MODERADA	MODERADA
9.-	FEMENINO	MODERADA	NORMAL	LEVE	GRAVE
10.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
11.-	MASCULINO	NORMAL	LEVE	LEVE	LEVE
12.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	MODERADA
13.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	MODERADA
14.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	MODERADA	NORMAL
15.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	MODERADA	LEVE
16.-	FEMENINO	LEVE	LEVE	LEVE	GRAVE
17.-	MASCULINO	NORMAL	LEVE	LEVE	NORMAL
18.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
19.-	MASCULINO	LEVE	NORMAL	LEVE	MODERADA
20.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION ENMASCARADA
 EN EL H.G.Z/ M.F. NUM. 68, I.M.S.S.
 JULIO-DICIEMBRE, 1990.

NUMERO DE PACIENTES	CUESTIONARIOS			CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM III-R	
	SEXO	ZUNG	BECK		MINNESOTA
21.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
22.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
23.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	NORMAL
24.-	MASCULINO	LEVE	NORMAL	MODERADA	LEVE
25.-	MASCULINO	NORMAL	LEVE	LEVE	LEVE
26.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	LEVE
27.-	MASCULINO	NORMAL	LEVE	LEVE	LEVE
28.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	LEVE
29.-	MASCULINO	LEVE	MODERADA	MODERADA	GRAVE
30.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	MODERADA
31.-	FEMENINO	LEVE	LEVE	MODERADA	MODERADA
32.-	MASCULINO	NORMAL	NORMAL	LEVE	LEVE
33.-	MASCULINO	LEVE	LEVE	LEVE	GRAVE
34.-	MASCULINO	NORMAL	GRAVE	LEVE	LEVE
35.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	MODERADA	GRAVE
36.-	MASCULINO	LEVE	NORMAL	LEVE	GRAVE
37.-	FEMENINO	NORMAL	NORMAL	NORMAL	LEVE
38.-	FEMENINO	LEVE	MODERADA	LEVE	MODERADA
39.-	FEMENINO	MODERADA	NORMAL	LEVE	GRAVE
40.-	FEMENINO	LEVE	LEVE	LEVE	GRAVE

(39)



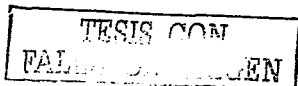
D I S C U S I O N Y C O N C L U S I O N E S .

La Depresión es una enfermedad con difícil diagnóstico, a la que el personal del área médica, no le ha brindado la importancia que esta se merece por el hecho de que afecta al individuo en su parte psicoafectiva, parte esencial de todo ser humano.

En esta Tesis el objetivo fundamental es el correlacionar los Criterios Diagnósticos del DSM III-R con los "Test" estructurados para diagnosticar la Depresión Enmascarada y a su vez elegir el cuestionario de mayor significancia para el diagnóstico de la misma.

La comparación de los diagnósticos obtenidos entre el DSM III-R y el inventario de ZUNG, nos señala que éste diagnostica erróneamente con mayor frecuencia ausencia de depresión y no diagnóstica depresión grave, respecto a la comparación con el inventario de BECK, los resultados son los mismos aunque de menor magnitud, y finalmente comparando el DSM III-R y el MMPI, observamos que el Minnesota diagnostica frecuentemente depresión leve en contraposición con el DSM III-R quien señala ausencia del diagnóstico, y al igual que los anteriores Test no diagnostica depresión grave.

Por lo tanto concluimos que los Test de ZUNG (p 0.001), BECK (p 0.01) y MMPI (p 0.001) no son útiles para establecer el diagnóstico de Depresión Enmascarada.



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Barquin C.M. La Era Pasteuriana. La Neuropsiquiatría y la Investigación Médica. En.C.Historia de la Medicina en México.México: Francisco Méndez Oteo: 1984: 299 303.
- 2.- Calderon Narváez G. Depresión, Manifestaciones y Tratamiento. México:Trillas - 1984; 41-65,87-112 y 225-239.
- 3.- De la Fuente Muñiz R. Psicología Médica. México:Fondo de Cultura Económica 1978- 128-52 y 378-97.
- 4.- Garcia Manzanedo H. Las Ciencias de la Conducta y la Salud Pública En. Vega Franco. Bases Esenciales de la Salud Pública. México:Prensa Médica Mexicana - 1987:65-86.
- 5.- Gutierrez Salinas. El Suicidio en San Luis Potosi.En. Un enfoque Epidemiológico Psicosocial. México: Instituto Mexicano de Psiquiatria. 1989;Vol 12:9-16.
- 6.- Hernandez-Alonso. La Depresión y su Diagnóstico,nuevo modelo clínico.En. Salud Mental. México. Instituto Mexicano de Psiquiatria. 1989;Vol 2,52-54.
- 7.- Kameron B.D., Dale-Gudellig,Cols. Ansiedad y Depresión. España: Interamericana-Mc Graw Hill:1989;795-815,869-887,945-56.
- 8.- Mascaró-Porcar. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. México: Salvat-Mexicana de Ediciones S.A. de C.V.;1979: 275.
- 9.- Pichot-Pierre, Valdéz-Niyar M,Flores I,Formenti y Cols. DSM III-R. Manual - Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. México: México Masson S.A.- 1988: 255-279.
- 10.- Sturgeon W. Depresión, Cómo Identificarla, Cómo superarla,Cómo curarla. México-Grijalbo; 1989: 13-297.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO NUM. 1.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIQUIRIA. DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

CUESTIONARIO DE ZUNG.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 NUM. DE AFILIACION: _____ ESTADO CIVIL: _____ RELIGION: _____
 OCUPACION: _____ ESCOLARIDAD: _____
 FECHA: _____ DOMICILIO: _____

	NO		SI	
	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1.-; Se siente triste o afligido ?				
2.-; Llora o tiene ganas de llorar?				
3.-; Dueime mal de noche?				
4.-; En la mañana se siente mejor?				
5.-; Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.-; Le ha disminuido o aumentado el apetito?				
7.-; Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.-; Ha disminuido su interés sexual?				
9.-; Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10.-; Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11.-; Se siente nervioso, angustiado ó ansioso? (precise su molestia).				
12.-; Se siente cansado o decaído?				
13.-; Se siente pesimista, siente que las cosas le van a salir mal?				
14.-; Le duele con frecuencia la cabeza ó nuca?				
15.-; Esta más irritable o enojón que antes?				
16.-; Se siente inseguro o con falta de confianza en usted mismo?				
17.-; Siente que le es menos útil a su familia?				
18.-; Siente miedo de algunas cosas?				
19.-; Ha sentido deseos de morirse?				
20.-; Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

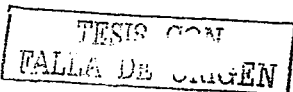
CALIFICACION: TOTAL: _____
 Preguntas contestadas en la primera columna(NORMAL) _____ X 1 = _____
 Preguntas contestadas en la segunda columna(POCO) _____ X 2 = _____
 Preguntas contestadas en la tercera columna(REGULAR) _____ X 3 = _____
 Preguntas contestadas en la cuarta columna(MUCHO) _____ X 4 = _____
 PUNTAJE: 20 a 25 = NORMAL 46 a 65 = DEPRESION MEDIA
 36 a 45= reaccion de Ansiedad o Leve. 66 a 80 Depresión Severa o Grave.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A N E X O N U M . 2 .

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA (MMPT).

5.-El Ruido me despierta fácilmente.....	SI ()	NO ()
13.-Trabajo bajo una tensión muy grande.....	SI ()	NO ()
23.-Sufrí de ataques de náuseas y vómito.....	SI ()	NO ()
32.-Me es difícil concentrarme en una tarea o trabajo.....	SI ()	NO ()
41.-He tenido períodos de días, semanas o meses que no pude ocuparme de nada, porque no tuve voluntad para hacerlo.....	SI ()	NO ()
43.-Mi sueño es irregular e intranquilo.....	SI ()	NO ()
52.-Prefiero hacerme el desentendido con amigos, en la escuela o con personas conocidas ha quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.....	SI ()	NO ()
67.-Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.....	SI ()	NO ()
86.-Decididamente, no tengo confianza en mí mismo.....	SI ()	NO ()
104.-No parece importarme lo que me pasa.....	SI ()	NO ()
130.-Nunca he vomitado o escupido sangre.....	SI ()	NO ()
138.-La crítica o el regaño me hieren profundamente.....	SI ()	NO ()
142.-Decididamente, a veces siento que no sirvo para nada.....	SI ()	NO ()
158.-Lloré con facilidad.....	SI ()	NO ()
159.-No puedo entender lo que veo también como antes.....	SI ()	NO ()
182.-Tengo miedo de perder el juicio.....	SI ()	NO ()
189.-Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.....	SI ()	NO ()
193.-No me dan ataques de alergia o asma.....	SI ()	NO ()
236.-Me preocupo mucho.....	SI ()	NO ()
250.-Me es difícil empezar a hacer cualquier cosa.....	SI ()	NO ()
2.-Tengo buen apetito.....	SI ()	NO ()
8.-Mi vida está llena de cosas que me mantienen interesado.....	SI ()	NO ()
9.-Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.....	SI ()	NO ()
10.-Muy raras veces padesco de estreñimiento.....	SI ()	NO ()
30.-A veces siento deseos de maldecir.....	SI ()	NO ()
36.-Raras veces me preocupo de mi salud.....	SI ()	NO ()
39.-A veces siento deseos de destruir cosas.....	SI ()	NO ()
46.-Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.....	SI ()	NO ()
51.-Siento que soy tan saludable como la mayoría de mis amigos.....	SI ()	NO ()
57.-Soy una persona sociable.....	SI ()	NO ()
58.-Todo esta ocurriendo tal como los profetas de la biblia lo predijeron.....	SI ()	NO ()
64.-Algunas veces insisto en una cosa hasta que otros pierden la paciencia conmigo.....	SI ()	NO ()
80.-De vez en cuando molesto a los animales.....	SI ()	NO ()
88.-Generalmente siento que la vida vale la pena.....	SI ()	NO ()
89.-Se necesita discutir mucho para convencer a la mayoría de la gente de la verdad.....	SI ()	NO ()
95.-Voy a la iglesia casi todas las semanas.....	SI ()	NO ()
98.-Creo en la segunda venida de Cristo.....	SI ()	NO ()
107.-Casi siempre soy feliz.....	SI ()	NO ()



- 122.-Me parece que soy tan inteligente como la mayoría de los que me rodeanSI()NO()
- 131.-No me preocupa contraer enfermedades.....SI()NO()
- 145.-A veces siento deseos de empezar una pelea a puñetazos contra alguienSI()NO()
- 152.-Casi toda la noche puedo dormir sin tener pensamientos o ideas que me preocupenSI()NO()
- 153.-Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempoSI()NO()
- 154.-Nunca he tenido un ataque o convulsiones.....SI()NO()
- 160.-Nunca me he sentido mejor que ahora.....SI()NO()
- 178.-Mi memoria me parece buena.....SI()NO()
- 191.-A veces cuando estoy avengonzado, empiezo a sudar y eso me molesta muchísimo.....SI()NO()
- 207.-Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.....SI()NO()
- 208.-Me gusta coquetear.....SI()NO()
- 233.-Algunas veces soy obstáculo para personas que quieren hacer algo no porque ESO SEA DE MUCHA IMPORTANCIA, SINO POR CUESTION DE PRINCIPIOSSI()NO()
- 241.-Con frecuencia sueño cosas que preferiria mantener en secreto.....SI()NO()
- 242.-Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.....SI()NO()
- 248.-Algunas veces, sin razón alguna, o cuando las cosas no se salen bien, me siento muy alegre"como si viviera en las nubes".....SI()NO()
- 263.-Sudo con facilidad aún en días frios.....SI()NO()
- 270.-Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas quedan bien cerradasSI()NO()
- 271.-No culpo a las personas que se aprovechan de alguien que se expone a que ocurra tal cosa.....SI()NO()
- 272.-A veces estoy lleno de energíaSI()NO()
- 285.-A veces me río de chistes sucios.....SI()NO()
- 296.-A veces me siento muy alegre, sin que haya una razón especial.....SI()NO()
- 155.-No estoy perdiendo o ganando peso.....SI()NO()

Evaluación del Cuestionario:

POSITIVO O VERDADERO

LEVE: 0 a 5

MODERADA: 5 a 10

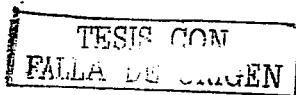
GRAVE: 15 a 20

NEGATIVO O FALSO

10 a 20

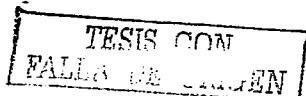
20 a 30

30 a 40

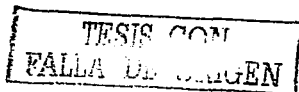


I N V E N T A R I O D E B E C K .

- A.- 0.-No me siento triste.
1.-Me siento triste o melancólico.
2a.-Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
2b.-Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.
-
- B.- 0.-No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1.-Me siento desalentado por el futuro.
2a.-Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
2b.-Siento que nunca saldré de mis problemas.
3.-Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.
-
- C.- 0.-No me siento como un fracasado.
1.-Siento que he fracasado más que el promedio.
2a.-Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
2b.-Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.
-
- D.- 0.-Estoy particularmente satisfecho.
1a.Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
1b.No gozo las cosas de la manera acostumbrada.
2.-Nunca siento satisfacción de nada.
3.-Estoy insatisfecho de todo.
-
- E.- 0.-No me siento particularmente culpable.
1.-Me siento mal o indigno grán parte del tiempo.
2a.-Me siento algo culpable.
3.-Siento que soy muy malo e inútil.
-
- F.- 0.-No me siento que este siendo castigado.
1.-He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir.
2.-Siento que soy castigado o que seré castigado.
3a.-Creo que merezco ser castigado.
3b.-Deseo ser castigado.
-
- G.- 0.-No me siento decepcionado de mí mismo.
1a.-Estoy decepcionado de mí mismo.
1b.-No me agrado.
2.-Estoy disgustado conmigo mismo.
3.-Me odio.
-
- H.- 0.-No creo ser peor que cualquier otro.
1.-Me critico por mi debilidad o errores.
2.-Me reprocho mis culpas.
3.-Me reprocho todo lo malo que ocurre.
-
- I.- 0.-No tengo ninguna intesión de hacerme daño.
1.-Tengo intensiones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
2a.-Siento que estaría mejor muerto.
2b.-Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
3a.-Tengo planes definitivos para suicidarme.
3b.-Me mataría si pudiera.



- J.- 0.-No lloró más de lo usual.
 1.-Lloró más de lo que acostumbraba.
 2.-Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
 3.-Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
-
- K.- 0.-No estoy más irritado de lo usual.
 1.-Me molesto o me irrito con mayor facilidad de lo usual.
 2.-Me siento irritado siempre.
 3.-No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban.
-
- L.- 0.-No he perdido interés por la gente.
 1.-Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba a estar.
 2.-He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
 3.-He perdido todo el interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
-
- M.- 0.-Tomo desiciones también como siempre.
 1.-Trato de evitar tomar desiciones.
 2.-Tengo grandes dificultades para tomar desiciones.
 3.-No puedo tomar ninguna desición.
-
- N.- 0.-No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
 1.-Me preocupa parecer viejo o desagradable.
 2.-Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
 3.-Siento que luzco feo o repulsivo.
-
- O.- 0.-Puedo trabajar también como antes.
 1a.-Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
 1b.-No trabajo también como acostumbraba.
 2.-Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
 3.-No puedo hacer ningún trabajo.
-
- P.- 0.-Puedo dormir también como siempre.
 1.-Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
 2.-Despierto una o 2 horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormirme.
 3.-Despierto tamprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas.
-
- Q.- 0.-No me canso más de lo normal.
 1.-Me canso más facilmente que lo usual.
 2.-Me canso de no hacer nada.
 3.-Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.
-



- R.- 0.-Mi apetito no excede a lo normal.
1.-Mi apetito no es t an bueno como de costumbre.
2.-Mi apetito es deficiente.
3.-No tengo apetito.
-

- S.- 0.-No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
1.-He perdido m as de 2   Kg.
2.-He perdido m as de 5 Kg.
3.-He perdido m as de 7 Kg.
-

- T.- 0.-No estoy m as interesado en mi salud que lo usual.
1.-Estoy preocupado de como me siento por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2.-Estoy tan preocupado de como me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3.-Estoy sumamente preocupado de como me siento.
-

- U.- 0.-No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.
1.-Tengo poco interés por el sexo.
2.-Mi interés por el sexo es casi nulo.
3.-He perdido completamente el interés en el sexo.
-

Este Cuestionario se evalúa de la letra A a la U.

DEPRESION LEVE: 5-6 letras.
DEPRESION MODERADA: 9-10 letras.
DEPRESION GRAVE: 21 letras.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO .

El tema que elegí para la realización de mi Tesis, para mí fué algo inquietante, ya que en el transcurso de mi formación me ha tocado observar e incluso atender pacientes que creen tener una enfermedad somatiforme, sin saber ellos que en realidad detrás de esa patología se encuentra un trastorno afectivo, como lo que es la Depresión Enmascarada.

Es por esto, que para mí fué de grán Interes el realizar esta Tesis, ya que tuve que documentarme e investigar sobre todo lo que es y abarca la depresión en sus múltiples facetas, realizar cuestionarios que pudieran de una forma práctica y sencilla apoyarnos para detectar casos de Depresión Enmascarada en la Consulta Externa de Medicina Familiar y a su vez confrontarla con los Criterios Diagnósticos del DSM III-R como certeza diagnóstica. Y así ayudar a estos pacientes que como sabemos en la actualidad, esta enfermedad se esta incrementando.

Otra finalidad de esta Tesis es fomentar la información en el área médica, para que con ello seamos más humanos con nuestros pacientes y no sólo atenderlos con fin remunerable para nosotros.

La Depresión es una enfermedad silenciosa que va destruyendo al individuo paulatinamente, por eso debemos diagnosticarla de forma precisa y oportuna, para beneficiar a estos pacientes que tanto apoyo médico necesitan y esperan de nosotros.

