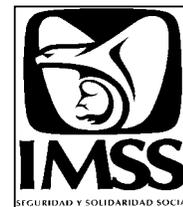




I  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 16,  
TORREÓN, COAHUILA

TÍTULO

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN HOMBRES EN EDAD  
PRODUCTIVA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA  
DE MEDICINA FAMILIAR TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL  
GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 16 EN LA CIUDAD  
DE TORREON, COAHUILA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ANDRÉS CARLOS PUENTE

TORREÓN, COAHUILA.

2007

Reg. Nacional: R-2006-502-31



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.

II

TÍTULO

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN HOMBRES EN EDAD PRODUCTIVA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 16 EN LA CIUDAD DE TORREON, COAHUILA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ANDRÉS CARLOS PUENTE

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN JOSÉ MIRANDA GALVÁN  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN SEMIPRESENCIAL EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN TORREÓN, COAHUILA

DR. JOSÉ RODOLFO BARRIENTOS GARIBAY  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

LIC. SILVIA MAYELA HERNÁNDEZ GONZALEZ  
ASESORA DE TEMA DE TESIS  
LIC. EN PSICOLOGÍA

DR. MIGUEL CHONG LÓPEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 16 EN LA CIUDAD DE TORREÓN, COAHUILA

TORREÓN, COAHUILA.

2007

III

TITULO:

“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN HOMBRES EN EDAD PRODUCTIVA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR TURNO VESPERTINO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 16 EN LA CIUDAD DE TORREON, COAHUILA, DE ENERO A JUNIO DEL 2006”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ANDRÉS CARLOS PUENTE

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Marco Teórico.....	1
Planteamiento del Problema.....	19
Justificación.....	21
Objetivos.....	24
Metodología.....	25
Resultados.....	37
Discusión.....	51
Conclusiones y Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	56
Anexos.....	63

## MARCO TEÓRICO.

La depresión es un trastorno médico serio pero tratable que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad, grupo étnico, nivel socioeconómico o género. Sin embargo, es posible que la persona afectada, su familia y amigos, e incluso sus médicos no reconozcan y no diagnostiquen la depresión. Para el hombre, en particular, es difícil admitir que tiene síntomas de depresión y solicitar ayuda. Pero la depresión en el hombre es común: en los Estados Unidos cada año los trastornos depresivos afectan a aproximadamente el siete por ciento de los hombres (más de seis millones de hombres). Investigaciones y hallazgos clínicos revelan que tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión. Sin embargo, a menudo los hombres y las mujeres sienten la depresión de manera diferente y pueden enfrentarla de formas diferentes. Los hombres generalmente se quejan de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos favoritos y problemas de sueño, y no se quejan tanto de otros síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima y culpabilidad excesiva. Algunos investigadores creen que la definición estándar de la depresión, y las pruebas de diagnóstico basadas en ésta, no representan adecuadamente la enfermedad tal como se presenta en los hombres. (1)

Los hombres tienen más probabilidad que las mujeres de desarrollar abuso o dependencia de alcohol y drogas en el transcurso de sus vidas. Sin embargo, existe debate entre los investigadores respecto a si el uso de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas, es un

“síntoma” de depresión subyacente en los hombres o es un trastorno que ocurre conjuntamente en ellos. No obstante, el abuso de sustancias tóxicas puede ocultar la depresión, haciendo que sea más difícil reconocerla como una enfermedad separada que necesita tratamiento. (1)

Cuando el hombre está deprimido, en lugar de reconocer sus síntomas de depresión, pedir ayuda o solicitar el tratamiento apropiado, él puede recurrir al alcohol y a las drogas. Otra manera como la depresión se puede manifestar en el hombre es a través de sentimientos de frustración, desánimo, enojo, irritabilidad y por comportamientos violentos o abusivos. Algunos masculinos enfrentan la depresión dedicándose a su trabajo de manera compulsiva, tratando de ocultar la depresión a sí mismos, a la familia y los amigos. Otros hombres pueden responder a la presencia de una depresión mostrando comportamientos temerarios, es decir arriesgándose y poniéndose en situaciones peligrosas. (1)

En los Estados Unidos la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, aunque las mujeres tienden a tener más intentos de suicidio que los hombres. (1)

Algunos estudios de investigación indican que con frecuencia el suicidio está asociado con la depresión, por lo tanto el alarmante índice de suicidio en los hombres puede reflejar el hecho de que los hombres solicitan tratamiento para la depresión con mucha menos frecuencia. Muchos hombres con depresión no obtienen el diagnóstico y tratamiento adecuados. En muchos casos, dicho tratamiento podría salvarlos. (1)

La depresión es uno de los trastornos más comunes y la causa número uno de discapacidad a nivel mundial. En términos de la carga o

el peso que ocasionan, las enfermedades en el mundo, la depresión mayor fue la cuarta causa más perjudicial en 1990 y llegará a ser la segunda en el año 2020. (2)

Además muchos de los problemas de salud pública que causan el mayor número de muertes en nuestras comunidades están asociados con la depresión. Las causas de muertes que se podrían prevenir, es decir, las muertes innecesarias, fueron examinadas en los EU por McGinnis y Foerge en 1990 y por Mokdad y cols. en el 2000. (3,4)

En el año 2000, las nueve causas principales responsables de casi el 50% de muertes que se pueden evitar fueron: uso del tabaco (435,000 muertes 18% del total), problemas con la dieta y falta de ejercicio (365,000 muertes, 15.2%), uso de alcohol (85,000, 4%), infecciones (75,000, 3%), sustancias tóxicas (55,000, 2%), accidentes automovilísticos (43,000. 2%), armas de fuego (29,000. 1%), comportamiento sexual (20,000. <1%), y uso ilícito de drogas (17,000, < 1%). Estudios llevados a cabo en EU demuestran que los estados de ánimo negativos están asociados con el fumar y el uso del alcohol, los fumadores con altos niveles de síntomas depresivos tienen menores probabilidades de dejar de fumar que aquellos fumadores cuyo nivel de depresión está dentro de lo normal. (5,6)

Las personas que han sufrido un episodio de depresión mayor tienen una probabilidad más alta de comenzar a fumar y de continuar haciéndolo y una probabilidad más baja de dejar de fumar. (7)

De las muertes causadas por arma de fuego, 58% son suicidios, los cuales, naturalmente tienen que ver en gran parte con la depresión. (8)

En términos del comportamiento sexual, estudios epidemiológicos previos indican que en EU las jovencitas que han tenido un episodio de depresión mayor presentan más altas probabilidades de tener relaciones sexuales en la vida adolescente, más compañeros sexuales, y, naturalmente, de sufrir más enfermedades venéreas y de ser madres adolescentes. (9)

En términos de dieta y falta de ejercicio, los síntomas de depresión elevan el riesgo de obesidad. (10)

La palabra depresión proviene del latín que significa “hundimiento”. Su amplia prevalencia, particularmente en la segunda mitad del siglo XX y albores del XXI, la hacen ocupar uno de los primeros lugares en las estadísticas mundiales, así como las repercusiones tanto en el enfermo que la padece (físicas, psíquicas y sociales) como en el entorno familiar, obligan a considerarla como un problema de salud pública.

En “La Odisea de Homero”, se describe una de las primeras formas de tratar la depresión, se describen los efectos de “Nephentes”, una mezcla de hierbas egipcias que “amortigua los dolores” y los reprime de “los mordiscos de la bilis” considerando en su época que liberaba al enfermo melancólico de su negra aflicción. En el siglo XVI se tienen referencias de tratamientos para la melancolía en base a purgantes y Martín de la Cruz en 1592 en su Código Badiano refiere como remedio para “la sangre negra” todo un tratado de conductas y actitudes a

desarrollar por el enfermo melancólico, tales como no asolearse, no beber pulque, abstenerse del deseo carnal y tratar de divertirse, entre otras. En el siglo XVII Robert Burton escribe su texto "Anatomía de la Melancolía" y hace referencia tanto al cuadro clínico como a algunas conductas terapéuticas.

En 1801, se edita "El tratado Médico-Psicológico de la Alineación Mental" escrito por Pinnel, quien menciona que para el manejo de la melancolía se deberían utilizar baños de ducha, purgantes, sueros, medicamentos (no especificados) y ergoterapia. A fines del siglo XIX y principios del actual, se inicia la utilización de diversas técnicas psicoterapéuticas que a la fecha son de gran utilidad, como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. En la primera mitad del siglo XX aparecen como técnicas específicas de tratamiento para la depresión, la terapia eléctrica (electro shock) que inicia Cerletti y Bini en 1938, el coma insulínico que introduce Sakel en 1933 y el uso de anfetaminas que propone Mayerson en 1936. La historia moderna del tratamiento farmacológico se inicia en 1957 cuando Jun (investigador suizo) descubre que la imipramina (derivado tricíclico, que se pretendía usar como antipsicótico) genera un potente efecto antidepresor, mismo que se presentaba después de 2 a 3 semanas de haber iniciado la ingesta del producto, ese mismo año Kline reportó que la iproniazida, usada en enfermos tuberculosos, le generaba euforia y mejoría del estado de ánimo. Estos descubrimientos dieron como consecuencia la integración de dos grupos de psicofármacos para la depresión, los heterocíclicos y los inhibidores de la mono-amino-oxidasa. (11)

Según las investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay 121 millones de personas que padecen depresión.; y estiman que en 2020, este mal se convertirá en la segunda causa de morbilidad en todo el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infarto, insuficiencia coronaria, accidentes cerebro vasculares), una de cada 5 personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumenta si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. La depresión es una enfermedad mental de proporciones globales que afecta a 340 millones de personas, según los datos de la OMS. Además la depresión es una importante causa de incapacidad en Estados Unidos y en el resto del mundo. (12)

“La incidencia de la depresión oscila entre el 12% y el 15% en la población femenina y del 5% al 7% en la masculina. La depresión además de ser uno de los procesos psiquiátricos más frecuentes, es uno de los trastornos mentales más infra diagnosticados, según Miran Weissman, profesora de epidemiología psiquiátrica de la Universidad de Columbia, en Nueva York, Estados Unidos”. (13)

En América Latina, se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile, Brasil y México que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile, Brasil y México variaban entre 4.5% y 7.1%. En Brasil la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4.5%

mientras que en Chile la prevalencia en los últimos 6 meses fue de 4.6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1.3% en los 12 meses previos al estudio. Los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fueron: ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional.(14)

En México, la prevalencia de episodios de depresión más alta 7.8%, sucede en la población de 18 a 54 años, no obstante, un estudio previo encontró que los adultos mayores tienden a presentar niveles de depresión más altos que los adultos jóvenes. (15)

El 15% de la población presenta por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida adulta, lo suficientemente intenso como para afectar su funcionamiento, y requerir tratamiento. Según el DSM IV El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (Vg. DM, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vascular cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico menos favorable, (16)

En la práctica, aproximadamente el 40% de los que consultan en forma ambulatoria en un servicio de salud mental de un hospital general, presenta un trastorno depresivo, siendo la población femenina la más afectada (en una proporción de dos a uno hacia las mujeres) (17).

Después de los 65 años la incidencia de trastornos depresivos tiende a igualarse en ambos sexos. Alrededor del 40% de los deprimidos

tienen de manera concomitante por lo menos otro trastorno mental no afectivo o algún padecimiento físico. (18)

La depresión es el factor más importante del riesgo suicida; el 70% de los suicidas presentan síntomas depresivos, pero la intensidad de los síntomas no constituye en sí un factor adicional de riesgo. La manifestación más grave del trastorno depresivo es el intento de suicidio o bien el suicidio consumado. Las ideas del suicidio se presentan en 4 de cada 5 pacientes con depresión clínica importante, y en 3 de ellos no se trata de ideas triviales. (19)

El riesgo de suicidio es mayor en hombres, sobre todo en aquellos que viven solos y están desempleados. El 25% de los suicidios es consumados por personas mayores de 65 años, considerando el problema de información fidedigna, probablemente sea más alto. (20)

El informe mundial sobre la salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9%: la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8%. (21)

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas y figura entre ellas la depresión. (22)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la

segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (23)

En un estudio efectuado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir el trastorno bipolar) de 8.3% con un menor predominio de los hombres en relación con las mujeres. (24)

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, llevada a cabo en el 2002, entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyo que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos-, se ubican, respecto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%). Al finalizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. (25)

En otras variables asociadas a la depresión, en nuestro país se observo que entre los hombres la prevalencia de la depresión fue de 1.6 en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. Un análisis de regresión logística, muestra que la probabilidad de presentar un episodio de depresión se incrementa, en promedio, poco más de 2% por cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres. Llama la atención que la

prevalencia de depresión en hombres es más alta en comunidades rurales (IC 95%= 2.7) que en zonas urbanas (IC 95%= 1.5). (26)

La prevalencia de depresión en hombres en la Republica Mexicana varía ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. Las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5, 4.6 y 4.5 % respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León con cifras menores a 1%. En orden decreciente después de los tres primeros tenemos a Colima, Sinaloa, Hidalgo, Morelos, Michoacán, Aguascalientes, Zacatecas y Baja California Norte. Nuestro estado Coahuila, figura en el lugar 14 con un 3%, seguido de Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Yucatán, San Luis Potosí, Querétaro, Campeche, Baja California Sur, Chihuahua, Tlaxcala, Sonora, Puebla, Tamaulipas, Estado de México, Quintana Roo, Distrito Federal y los mencionados anteriormente como más bajos porcentajes Nuevo León y Nayarit. (26)

Durante los pasados 20 años, las investigaciones biomédicas, incluyendo la genética e imágenes neurológicas, han ayudado a arrojar luz sobre la depresión y otros trastornos mentales aumentando nuestro entendimiento del cerebro, cómo se puede alterar su bioquímica, y cómo aliviar el sufrimiento que la enfermedad mental puede causar. En el presente, la tecnología de las imágenes del cerebro está permitiendo a los científicos observar con cuánta efectividad los tratamientos con medicamentos o psicoterapia se reflejan en los cambios en la actividad del cerebro. La etiología de esta patología es multifactorial. Parece ser el resultado de una combinación de factores de predisposición genética

aunado a factores médicos. En los últimos años se ha descubierto mucho sobre la bioquímica cerebral lo que ha dilucidado muchos de los mecanismos involucrados. Se ha encontrado una alteración en el equilibrio de la comunicación de los neurotransmisores a nivel de la sinápsis entre una neurona y otra particularmente en tres de ellos: serotonina, norepinefrina y dopamina. Por otro lado, existe la certeza de que la genética es determinante en el desarrollo de la depresión. No existe una prueba específica para determinarla, pero del mismo modo que muchas otras enfermedades se observa que existe una tendencia familiar para padecerla. (27)

Existen evidencias como los estudios de gemelos idénticos que comparten el mismo material hereditario nos demuestran que existe un 50% de probabilidades de desarrollar depresión si uno de ellos la padece. (28,29)

En cambio cuando son gemelos no idénticos, la posibilidad disminuye a un 20%. Los estudios en gemelos que ha sido dados en adopción y cuyos padres biológicos padecieron depresión, demuestran que existe una propensión tres veces mayor de la que tiene la población en general a padecerla. Estas son evidencias suficientes que indican una predisposición familiar. (27).

Existen otras causas de depresión entre las que se señalan el uso de algunos medicamentos mencionados en el cuadro 1. (30)

## MEDICAMENTOS QUE CAUSAN DEPRESION

Antidepresivos:	Betanidina, clonidina, diltiazem, enalapril, guanetidina, hidralacina. <i>Estos medicamentos no son antidepresivos, ok?</i>
Fármacos para el corazón:	Isosorbida, lidocaína, metil dopa, metoserpidina, nifedipino, oxprenolol, prazosin, procainamida, propranolol, reserpina, veratrum.
Sedantes e hipnóticos:	Barbitúricos, benzodicepinas, cloracepato, clormetiazol, etanol, hidrato de cloral, narcóticos.
Esteroides y hormonas:	Corticosteroides, ccontraceptivos orales, danazol, esteroides anabólicos, hormonas tiroideas, noretisterona, prednisona, triamcinolona.
Estimulantes e inhibidores del apetito:	Anfetamina, dietilpropión, fenfluramina, fenmetracina.
Antipsicóticos:	Butirofenomas, fenotiacinas, haldol, perfenazina, etc.
Agentes neurológicos:	Acido valproico, amantadina, baclofén, bromocriptina, carbamacepina, fenitoína, levodopa, metosuximida, pergolida, tetrabenacina.
Analgésicos y fármacos antiinflamatorios:	bencidamina, fenoprofeno, ibuprofeno, indometacina, fenacetina, fenilbutazona, opiáceos, pentazocina.
Fármacos antibacteriales:	Acido nalidíxico, ampicilina, aciclovir, norflojasina, ofloxacina.
Antivirales y funguicidas:	Cicloserina, clotrimazol, dapsona, estreptomina, etionamida, griseofulvina, isoniacida, metronidazol, nitrofurantoína, sulfametoxazol, sulfonamidas, tetraciclina, tiocarbanilida.
Antineoplásicos:	C-aspariginasa, 6-azauridina, bleomicina,, interferón alfa, mitramicina, trimetoprim, vincristina, zidovudina.
Fármacos diversos:	Acetazolamida, anticolinesterasas, cimetidina, ciproheptadina, colina, difenoxilato, disulfirán, etretinato, fenilefrina, fenilpropanolamina, fentermina, isotretinoína, lisergida, mebeverina, meclizina, metoclopramida, metisergida, pizotifén, salbutamol, teofilina, tiazidas.

CUADRO 1

La depresión puede coexistir con otras enfermedades. En tales casos, es importante que la depresión y cada enfermedad concurrente sean diagnosticadas y tratadas. Algunas investigaciones han demostrado que los trastornos de ansiedad comúnmente acompañan a la depresión. Estos incluyen al trastorno de estrés postraumático (posttraumatic stress disorder-PTSD), los trastornos obsesivos compulsivos, trastorno de pánico, fobias sociales, y trastorno de ansiedad generalizada. (31,32)

La depresión es especialmente frecuente entre personas con PTSD, una condición que puede ocurrir después de la exposición a un

suceso terrible o experiencia penosa en la que ocurre o hubo amenaza de daño físico. Los sucesos traumáticos que puede precipitar el PTSD incluyen asalto personal violento como violación sexual, atraco, desastres naturales, accidentes, terrorismo y combate militar. Los síntomas de PTSD incluyen: revivir el suceso traumático en la forma de pensamientos retrospectivos rápidos, memorias o pesadillas; insensibilidad emocional; perturbación del sueño, irritabilidad, explosiones de coraje, sentimientos intensos de culpa, o la evasión de cualquier recordatorio o pensamiento de la experiencia penosa. En un estudio auspiciado por el NIMH, más del 40 por ciento de las personas con PTSD también tenían depresión cuando fueron evaluadas al mes y a los cuatro meses después de un suceso traumático. (33)

Frecuentemente, los trastornos en el uso de sustancias (abuso o dependencia) también concurren con los trastornos depresivos. (31,32)

Las investigaciones científicas han revelado que las personas que padecen de alcoholismo son casi dos veces más propensas a padecer también de depresión mayor que aquellas que no padecen de alcoholismo. (32)

En adición, más de la mitad de la gente con trastorno bipolar tipo 1 (con manía severa) sufren de un trastorno concurrente de uso de sustancia. (34)

Se ha encontrado que la depresión ocurre a una tasa más alta entre personas que tienen otra enfermedad seria como enfermedades del corazón, embolia cerebral, cáncer, SIDA, diabetes, y Enfermedad de Parkinson. (33,35).

A veces los síntomas de la depresión se consideran erróneamente como acompañantes inevitables de éstas otras enfermedades. Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que la depresión concurrente puede y deber ser tratada, y que en muchos casos el tratamiento de la depresión puede mejorar los resultados de las otras enfermedades. El hipotiroidismo en el que la depresión es uno de sus síntomas más notorios, junto con la fatiga, la tendencia a engordar, la caída del pelo, etc., también se ha observado depresión en pacientes con estados de desnutrición como en la anorexia y en los que tienen niveles bajos de vitamina B6 y B12. En un estudio reciente se investigó a dos mil mujeres, aquellas con deficiencia vitamínica mostraban más tendencia a la depresión que las que contaban con niveles normales. (27)

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. Otro tipo de depresión

es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases desánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maniaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maniaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). Según los síntomas que presenta, puede ser clínica o normal, o presentamos como diagnóstico diferencial, cuando además del núcleo depresivo, están presentes, actitudes de regresión y fijación oral y anal. Si parece existir como parte básica del individuo, hablamos de depresión endógena, cuyo cenit es la anhedonia, perdiendo en esta condición, relación con los estados dinámicos y de experiencia internos o externos. Otra clasificación es la que considera que puede ser primaria, cuando el episodio depresivo ocurre en ausencia de otros diagnósticos y secundaria

cuando surge en el contexto de otras afecciones psiquiátricas tales como la esquizofrenia, el alcoholismo, la sociopatía, la histeria y otras. Dependiendo de la intensidad, se puede dividir en tres:

1. Leve; con síntomas escasos además de los mínimos para establecer el diagnóstico, provocan una alteración menor en el funcionamiento laboral, social o relacional.
2. Moderada; Mayor número de síntomas, o bien, una mayor intensidad de ella en comparación con los casos leves y la limitación funcional es mayor. El paciente tiene que hacer un esfuerzo notorio para lograr objetivos.
3. Severa; Todos o casi todos los síntomas depresivos están presentes, además con una importante intensidad. El paciente puede presentar una grave limitación o bien está totalmente incapacitado para el desempeño funcional en todas las áreas. Los cuadros severos pueden cursar en algunos casos con sintomatología psicótica agregada.

De acuerdo a las manifestaciones sintomáticas, son subtipos de la depresión:

- 1.- Depresión mayor con características melancólicas.
- 2.- Depresión mayor con características psicóticas
- 3.- Depresión mayor con características atípicas. (36)

Cuando observamos una depresión severa es fácil reconocerla y hacer el diagnóstico, pero con frecuencia es difícil distinguir los cambios emocionales que se dan en la vida diaria en las depresiones ligeras o moderadas. La Asociación Psiquiátrica americana ha desarrollado el

Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales llamado DSM IV- TR. (37)

Los investigadores científicos estiman que por lo menos seis millones de hombres en los Estados Unidos sufren cada año de trastornos depresivos. (38)

Las investigaciones científicas y la evidencia clínica revelan que mientras los hombres y las mujeres pueden ambos desarrollar los síntomas típicos de la depresión, frecuentemente experimentan la depresión de diferentes maneras y pueden que lidien con los síntomas de diferentes formas. Los hombres pueden estar más dispuestos a reconocer la fatiga, la irritabilidad, la pérdida de interés en el trabajo o en los pasatiempos, y problemas al dormir que a reconocer los sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa excesiva. (39,40)

La probabilidad de revelar problemas de abuso o dependencia de alcohol o drogas durante el transcurso de la vida es más alta en los hombres que en las mujeres; sin embargo, existe un debate entre los investigadores si el uso de sustancias es un síntoma subyacente de la depresión en los hombres, o una condición concurrente que se desarrolla más comúnmente en los hombres. No obstante, el uso de sustancias puede ocultar la depresión, haciendo que sea más difícil reconocer la depresión como una enfermedad separada que necesita tratamiento. En lugar de reconocer sus sentimientos, pedir ayuda o buscar tratamiento apropiado, los hombres pueden tornarse al alcohol o drogas, deprimirse, o frustrarse, desanimarse, sentirse con coraje, irritados, abusivos, a veces de manera violenta. Algunos hombre lidian con la depresión a través del

trabajo compulsivo, tratando de esconder la depresión de ellos mismos, la familia y los amigos; otros hombres puede que respondan a la depresión involucrándose en conductas temerarias, tomando riesgos, y poniéndose en peligro. (39)

Cuatro veces más hombres que mujeres mueren por suicidio en los Estados Unidos, aunque las mujeres hacen más intentos de suicidio durante sus vidas. (41,42)

En adición al hecho que los métodos que los hombres utilizan para tratar de suicidarse son más letales que los métodos utilizados por las mujeres, pueden existir otras cosas que protegen a la mujer de la muerte por suicidio. A la luz de las investigaciones que indican que el suicidio está frecuentemente asociado a la depresión. (43)

La alarmante tasa de suicidio entre los hombres puede reflejar que es menos probable que los hombres busquen tratamiento para la depresión. Muchos hombres que padecen de depresión no obtienen diagnóstico y tratamiento. Es necesario conducir más investigaciones para poder entender todos los aspectos de la depresión en los hombres, incluyendo cómo los hombre responden al estrés y los sentimientos asociados a la depresión, cómo hacer que se sientan más cómodos al reconocer estos sentimientos y obtener la ayuda que necesitan, y cómo adiestrar a los médicos para que puedan reconocer y tratar mejor la depresión en los hombres. Los familiares, amigos, y profesionales en el programa de asistencia en el trabajo pueden también tener un papel importante en el reconocimiento de síntomas depresivos en los hombres y ayudarlos a obtener tratamiento. (43)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La depresión es una de las entidades nosológicas más frecuentes y graves en la nosología psiquiátrica que se acompaña de una morbilidad y mortalidad significativa, pero también está entre las enfermedades mentales que responden mejor al tratamiento y las personas adecuadamente tratadas llevan una calidad de vida semejante a la normal.

La depresión es una enfermedad que afecta a millones de seres humanos en todo el mundo, sin embargo, de acuerdo a las estimaciones de la OMS, solamente alrededor del 50% de ellos son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento adecuado.( 44)

Según las investigaciones realizadas por la OMS, hay 121 millones de personas que padecen depresión, y estiman que en 2020, este mal se convertirá en la segunda causa de morbilidad en todo el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infarto, insuficiencia coronaria, accidentes cerebro vasculares), una de cada 5 personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumenta si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.

Entre los hombres, esta patología es infradiagnosticada por la tendencia que estos tienen a ocultar la sintomatología depresiva mostrando con frecuencia síntomas en la esfera psicosomática o buscar refugio en las adicciones en las que predomina el uso del alcohol o las drogas.

En las estadísticas de la consulta del primer de atención la patología no aparece con la magnitud que se pudiera esperar por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Es alta la prevalencia de depresión en hombres en edad productiva que acuden a la consulta de medicina familiar en la Clínica No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Boulevard Revolución, esquina con Jazmines en la Ciudad de Torreón, Coahuila?

## **JUSTIFICACIÓN.**

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá un trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. (45)

La depresión es una enfermedad, no es un estado que la voluntad pueda controlar, por ello requiere tratamiento al igual que cualquier otro padecimiento.

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta a todo su cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos, desde la forma de comer y dormir, la opinión de sí mismo y el concepto de la vida en general. (46)

Es un trastorno afectivo en el que la persona se siente abrumada por sentimientos de tristeza y culpabilidad. Básicamente es de carácter endógeno, personalidad limítrofe, con mecanismos de defensa primitivos, alteraciones biogénicas y bioquímicas. (46)

Los deprimidos son enfermos que hacen uso excesivo de los servicios médicos generales, cuando se hospitalizan por algún problema médico prolongan su estancia hospitalaria y tienen incapacidades similares a las que presentan los sujetos con enfermedades físicas de evolución crónica.

Por otra parte, los sujetos con depresión presentan una elevada tendencia a la co-morbilidad, documentándose que alrededor del 40% de los individuos

deprimidos tienen de manera concomitante por lo menos otro trastorno mental no afectivo o algún padecimiento físico.

A la depresión también se le asocia con un incremento de la morbilidad general, siendo muy frecuente que el paciente se queje de molestias físicas que inducen al uso recurrente de los servicios de salud. Así también se le asocia con un incremento de la mortalidad que por lo general corresponde con la comisión de suicidios o el involucramiento de accidentes.

El paciente con depresión reporta de manera consistente dificultades importantes en sus relaciones interpersonales e interacciones sociales insatisfactorias. De manera similar hay un decremento en el nivel de funcionamiento laboral con un mayor número de ausencias y a una marcada reducción de la productividad en el trabajo. (47)

En nuestro país se observó que entre los hombres la prevalencia de la depresión fue de 1.6 en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores.

En lugar de reconocer sus sentimientos, pedir ayuda o buscar tratamiento apropiado, los hombres pueden tornarse al alcohol o drogas, deprimirse, o frustrarse, desanimarse, sentirse con coraje, irritados, abusivos, a veces de manera violenta. Algunos hombres lidian con la depresión a través del trabajo compulsivo, tratando de esconder la depresión de ellos mismos, la familia y los amigos; otros hombres pueden que respondan a la depresión involucrándose en conductas temerarias, tomando riesgos, y poniéndose en peligro. (39)

Estas conductas ocasionan que aumente en las familias mexicanas la disfunción familiar y la violencia intrafamiliar ocasionando con esto mayor sufrimiento en nuestros pacientes

Los datos anteriormente citados, sugieren que si pudiéramos erradicar la depresión de nuestra población, podríamos evitar un gran porcentaje de las causas principales de sufrimiento y de muerte.

La obtención de prevalencia de esta patología nos permitirá al equipo de la salud tomar medidas adecuadas en cuanto al diagnóstico y tratamiento y de esta manera coadyuvar en la procuración de una mejor calidad de vida de nuestra población disminuyendo el sufrimiento, mejorando el control de otras patologías, y en general mejorando todas las condiciones que se mencionan como relacionadas con la patología que nos ocupa.

Lo anteriormente referido justifica el presente estudio.

**OBJETIVOS.****GENERAL:**

Determinar la prevalencia de la depresión en hombres en edad productiva que acuden a la consulta de medicina familiar en la Clínica No. 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Boulevard Revolución, esquina con Jazmines en la Ciudad de Torreón, Coahuila.

**ESPECIFICOS:**

- Determinar las variables demográficas, tales como el género, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, ingresos económicos y procedencia del paciente.
- Determinar el grado y tipo de depresión prevalente.
- Determinar la edad predominante en el trastorno.

## **METODOLOGÍA.**

### **A).- TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuyo diseño es de acuerdo a las siguientes características:

Por el tipo de estudio:	Observacional
Por la ausencia de un grupo control:	Descriptivo
Por la medición del fenómeno en el tiempo:	Transversal
Por la capacidad de la información:	Prospectivo

### **B).- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Se llevó a cabo en el área de la consulta externa del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 16 del IMSS ubicada en Boulevard Revolución y Jazmines de la Colonia Torreón Jardín en la Ciudad de Torreón, Coahuila, que consta de 24 consultorios de medicina familiar en dos turnos, a los que acuden pacientes principalmente del medio urbano y algunos del medio rural, en el período comprendido del primero de enero al 30 de Junio del 2006.

### **C).-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MISMA**

#### **TIPO DE LA MUESTRA**

El estudio se llevó a cabo en pacientes del sexo masculino que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de los diferentes consultorios en

el turno vespertino sin importar el motivo de la consulta, contempló el tipo de muestreo no probabilístico o por conveniencia ya que la participación de los pacientes fue en forma voluntaria y no presentaron la misma probabilidad de ser elegidos.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

De acuerdo a la estadística inferencial en este estudio se realizó una estimación ya que se busca el cálculo de un porcentaje por lo que se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2} \quad n = \frac{1.96^2 \times .40 (1-.40)}{.10^2} = \frac{.921984}{.01} = 92.19$$

Donde:

n = Total de individuos en población infinita, su valor se obtiene al desarrollar la fórmula.

N = Intervalo de confianza (IC). Se eligió 0.95 que da un valor de 1.96.

P = Se eligió un valor de .40.

Q = Contraparte del porcentaje de observación = 1-P (1-.40).

d = Error Estándar.- se eligió un margen del 10% por lo tanto es de .10.

El total de la muestra fue de 140 pacientes que es un número mayor al calculado con la fórmula por considerar que tendría mayor utilidad. El muestreo se realizó en forma sistemática, ya que se llevó a cabo en los pacientes del sexo masculino que acudieron a la consulta externa en un

turno de trabajo, por lo que no todos los hombres en edad productiva tuvieron la oportunidad de ser incluidos en el estudio.

## **GRUPOS DE ESTUDIO**

### **A).- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS.**

Todos los pacientes del sexo masculino en edad productiva que acudieron a la consulta de Medicina Familiar por cualquier motivo entre los meses de Enero a Junio del 2006.

### **B).- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes del sexo masculino en edad productiva.
- Que acudieron a la consulta de Medicina Familiar por cualquier motivo.
- Que aceptaron ingresar al estudio.

### **C).- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65.
- Pacientes que no aceptaron ingresar al estudio.
- Pacientes con tratamiento previo para trastornos depresivos.

### **D).- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Pacientes que no llenaron adecuadamente el Test Autoaplicado de Depresión de Zung.

## **ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

DEPRESIÓN.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

DEPRESIÓN.

Es un periodo de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido que se presenta a menudo con llanto, tristeza, irritabilidad, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

#### **DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL DSM-IV TR: (37)**

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
  - B.** Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente

triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

**9.** Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. en, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

#### **PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.**

Una vez seleccionados se les aplicó el instrumento “Consentimiento Informado” contenido en el Anexo N0.1 por medio del cual se les solicitó su consentimiento para ingresar al estudio y se les

explico el objetivo y la trascendencia del estudio, fue anónimo, se les aplicó el instrumento “Hoja de Recolección de Datos”, contenido en el Anexo 2, por medio del cual se les tomó su número de seguridad social y se tomaron datos generales, considerándose como variables demográficas: edad en años, estado civil, nivel educativo, ocupación, ingresos económicos y tipología.

Se aplicó la Escala Auto aplicada de Depresión de Zung que consta de 20 preguntas relacionadas con la depresión: la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Una vez terminada la recolección de la información, se organizó por edad, estado, civil, nivel educativo, tipología nivel de ingreso económico mensual y grado de depresión. Se sumaron los puntos y en base a ello se determinó el índice SDS clasificándose si era menor a 50 como dentro de lo normal, sin patología; de 50 a 59 como presencia de depresión mínima o ligera; de 60 a 69 como presencia de depresión moderada o marca y 70 o más como presencia de depresión severa o extrema.

Se realizó el análisis con el programa estadístico SPSS 10.0 para Windows para obtener los datos de tendencia central, media, moda, mediana de las variables escalares así como desviación estándar y varianza.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En lo referente a la ética se contemplo y analizó la Declaración de Helsinki que trata de la recomendación para orientar a los médicos que realizan investigación en humanos. La idea de un documento sobre este tema se presentó por primera vez al comité de ética médica(14), y en la 19ª Asamblea Médica Mundial celebrada en 1964, la Asociación Médica Mundial, (AMM) adoptó la Declaración de Helsinki (“Helsinki 1), la cual se define como un conjunto de reglas para orientar a los Médicos en las Investigaciones Clínicas Terapéuticas o no Terapéuticas. En la 29ª Asamblea Mundial , celebrada en 1975. la AMM revisó dicha declaración (Helsinki II) y amplió su campo de aplicación a fin de incluir “ La Investigación Biomédica en sujetos humanos”. La versión revisada de la declaración contiene nuevas e importantes disposiciones que prevén que los protocolos experimentales para Investigaciones en sujetos humanos se remitan a un Comité Independiente especialmente designado, para que considere, haga observaciones y proporcione asesoramiento (Artículo 1 y 2), y que dichos protocolos han de contener “Una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y deben indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración”.

El Código de Nuremberg y la primera declaración de Helsinki de 1964 han sido sustituidos por la declaración de Helsinki II.

Las presentes normas tienen en cuenta la diferencia que se establece en la Declaración de Helsinki II, entre la Investigación Médica

Asociada a la Atención Profesional (Investigación clínica) y la Investigación Biomédica no Terapéutica (No clínica). Su validez es universal.

La declaración requiere que no se utilice sujetos humanos en Investigaciones Médicas, sin que se obtenga su libre Consentimiento Informado, después de haberles indicado debidamente “los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles”.

### **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN VALIDADOS.**

Los instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de los datos de los objetivos específicos uno y tres fue la “hoja de recolección de datos” que aparece como “anexo No. 2” en la hoja correspondiente. La recolección de datos del objetivo específico No. 2 se realizó en La escala de Depresión de Zung que se describe a continuación.

### **ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.**

#### **DESCRIPCIÓN:**

La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue

probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente (48)

### **INTERPRETACIÓN.**

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada 6-7, y el de puntuación total 8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols., proponen los siguientes puntos de corte (49):

No depresión < 35 (< 28 puntos).

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos).

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos).

Depresión grave > 68 (> 53 puntos).

### ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG.

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	La mayoría del tiempo o siempre
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

## **RESULTADOS.**

De la muestra de 140 pacientes estudiados, se obtuvieron los siguientes resultados:

### **EDAD:**

En el presente estudio de los 140 pacientes predominó el rango de edad de 18 a 26 años 38 pacientes (27.1 %); en el rango de 27 a 35 años fueron 37 pacientes (26.4%). Con una media de edad de 35.77, con una desviación estándar  $\pm$  12.62 con un intervalo de confianza mínimo de 33.66 y alto de 37.58, con una significancia estadística de 0.000. (Tabla 1 y gráfica 1).

### **ESTADO CIVIL:**

En este rubro observamos una frecuencia para pacientes solteros de 16 (11.4%), casados 98 (70%), viudos 5(3.6%), divorciados 5 (3.6%), Y en unión libre 16, (11.4%), (tabla y gráfica 2)

### **ESCOLARIDAD:**

En esta variable encontramos que de nuestros pacientes 3 son analfabetas con un porcentaje del 2.1%, con primaria incompleta 10 pacientes (7.1%): primaria completa 18 (12.9%): Estudios de secundaria 47, (33.6%): preparatoria 26, (18.6%), y nivel de licenciatura un total de 20 pacientes que representan el 14.3%. (Tabla y gráfica 3).

### **OCUPACIÓN:**

En esta variable encontramos que de nuestros pacientes 82 son empleados (58.6%): 10 son desempleados (7.1%); 6 son estudiantes (4.3%), 6 pensionados (4.3%), Jornaleros 8 (5.7%), obreros 23 (16.4%) y comerciantes 5, (3.6%). (Tabla y gráfica 4).

**INGRESO MENSUAL:**

En esta variable encontramos que los ingresos promedio mensual de nuestros pacientes fue de el rango de menos de \$1,000.00 11 pacientes (7.9%). De \$ 1,001.00 a \$ 3,000.00 32 pacientes (22.9%); de \$ 3001.00 a \$ 6,000.00 66 (47.1%) y mas de \$ 6,000.00 un total de 30 pacientes (21.4%). (Tabla y grafica 5).

**TIPOLOGÍA:**

En esta variable encontramos que nuestros pacientes viven en el área urbana un total de 133 (95%) y en el área rural un total de 7 pacientes (5%) (Tabla y grafica 6).

**GRADO DE DEPRESIÓN:**

En nuestra muestra de 140 pacientes la prevalencia de depresión fue de: pacientes sin depresión un total de 93 (66.4%); con depresión leve 23 pacientes (16.4%), con depresión moderada 20 pacientes (14.3%) y con depresión severa 4 pacientes que representa el 2.9% del total de la muestra.(tabla y gráfica 7).

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.****DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA EDAD:**

Del total de pacientes con depresión severa observamos que el 50% se encuentra en el rango entre los 18 y los 26 años, el 25% en el rango de 45 a 53 y el restante 25% en el rango de 54 a 65 años; la depresión moderada encontramos que entre los 18 a 26 años el 20%,

entre los 27 a 35 años el 25%; entre los 36 a 44 años el 25%, entre los 45 a 53 años el 15% y entre los 54 a 65 años el 15% restante; la depresión leve encontramos: de 18 a 26 años el 22%, de 27 a 35 años el 18%, de 36 a 44 años el 35%, de 45 a 53 años el 8% y por ultimo de 54 a 65 años el 17% restantes (gráfica 8).

### **DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL ESTADO CIVIL:**

En esta relación observamos que el 50% de los pacientes con depresión severa son viudos; el 25% son casados y el 25% restante viven en unión libre; la depresión moderada en un 65% en hombres casados, el 12% en pacientes que viven en unión libre, el 9% en pacientes solteros, el 7% viudos y el 7% restante pacientes divorciados. La depresión leve encontramos el 79% en hombres casados, el 13% pacientes que viven en unión libre y el 8% restantes corresponde a pacientes solteros (grafica 9).

### **DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL GRADO DE ESCOLARIDAD:**

En esta relación observamos que de los pacientes con depresión severa el 50% tienen nivel de secundaria, el 25% tienen primaria completa y el 25% restantes tienen nivel de licenciatura. La depresión moderada en 14% pacientes con primaria incompleta, el 17% son pacientes con primaria completa, el 17% pacientes con nivel de preparatoria y el 17% restantes tienen nivel de licenciatura. (gráfica 10).

### **DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL:**

En la relación entre depresión y promedio de ingresos mensuales, se observó que: el 75% de los pacientes con depresión severa están en el rango entre \$1001.00 a \$3,000.00, y el 25%, están en el rango entre \$3001.00 a \$6,000.00; en cuanto a la depresión moderada: el 40% está en el rango entre \$3001.00 a \$6000.00, el 25% en el rango de mas de \$6000.00, el 20% en el rango entre \$1001.00 a \$3000.00 y el 15% restante en el rango de menos de \$1000.00; la depresión leve se encuentra en un 35% en el rango entre \$3001 a \$6000.00, otro 35% en el rango de mas de \$6000.00, el 22% en el rango \$1001.00 a \$ 3000.00 y el 8% restante en el rango de menos de \$1000.00 (gráfica 11).

#### **DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA TIPOLOGÍA:**

En cuanto a la relación entre la depresión y la tipología, se encontró que: de los pacientes con depresión severa el 100% viven en el área urbana; de los pacientes con depresión moderada el 95% viven en el área urbana y el 5% en el área rural; de los pacientes con depresión leve el 92 % viven en el área urbana y el 8% en el área rural (gráfica 12).

#### **DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA OCUPACIÓN:**

En esta variable encontramos que de los pacientes con depresión severa, el 50% son empleados; el 25% son obreros y el 25% restante son pensionados; de los pacientes con depresión moderad el 60% son empleados, el 20% son obreros, el 10% son estudiantes, el 5% son jornaleros y el 5% restante son comerciantes; los pacientes con depresión leve el 53% son empleados, el 13% son obreros, otro 13% son pensionados, el 9% son estudiantes, otro 9% son pensionados y el 3% restante son comerciantes (gráfica 13).

## TABLAS Y GRÁFICAS.

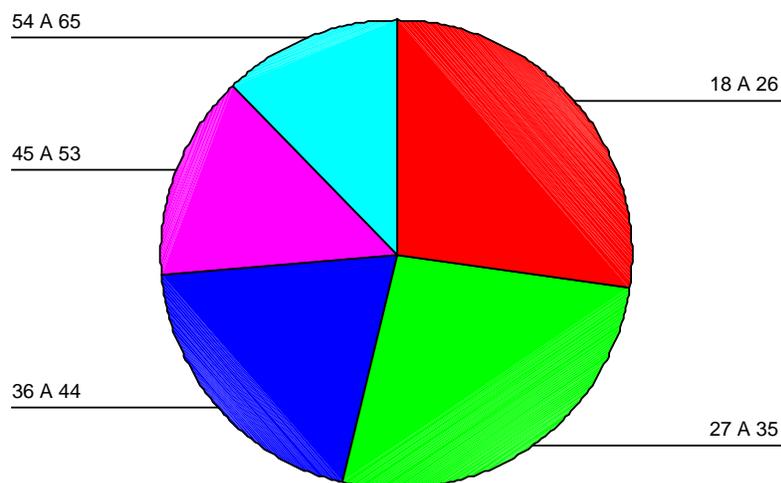
### TABLA Y GRÁFICA 1

**GRUPO EDAD (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows- Hoja de recolección de datos Anexo 2)**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18 A 26	38	27.1	27.1	27.1
27 A 35	37	26.4	26.4	53.6
36 A 44	28	20.0	20.0	73.6
45 A 53	20	14.3	14.3	87.9
54 A 65	17	12.1	12.1	100.0
Total	140	100.0	100.0	

### One-Sample Test

	Test Value = 0			media	Intervalo de confianza	
	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
edad	33.544	139	.000	35.77	33.66	37.88

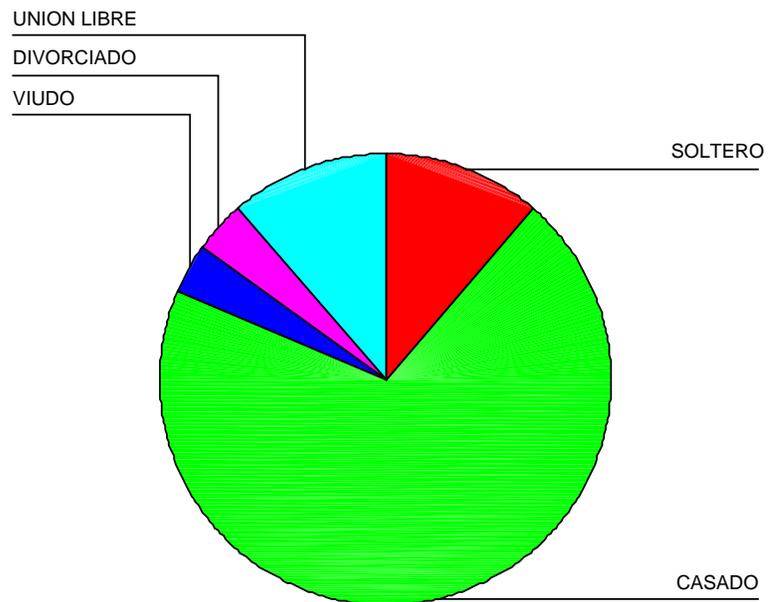


**GRAFICA 1.-GRUPOS DE EDADES.**

## TABLA Y GRAFICA 2

**ESTADO CIVIL (Fuente: Análisis estadístico SPSS 10.0 para Windows- Hoja de recolección de datos Anexos 2)**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SOLTERO	16	11.4	11.4	11.4
CASADO	98	70.0	70.0	81.4
VIUDO	5	3.6	3.6	85.0
DIVORCIADO	5	3.6	3.6	88.6
UNION LIBRE	16	11.4	11.4	100.0
Total	140	100.0	100.0	

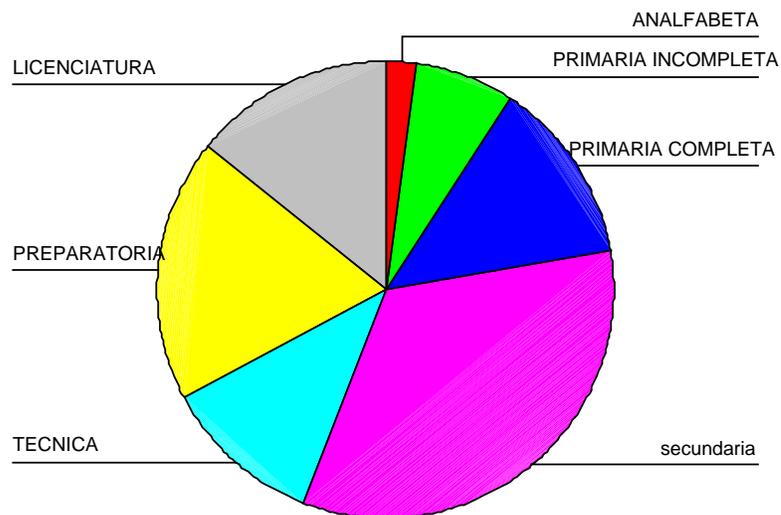


**GRAFICA 2.- GRUPOS POR ESTADO CIVIL**

### TABLA Y GRÁFICA 3

**GRUPOS POR ESCOLARIDAD.- ( Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows – Hoja de recolección de datos Anexo 2).**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ANALFABETA	3	2.1	2.1	2.1
PRIMARIA INCOMPLETA	10	7.1	7.1	9.3
PRIMARIA COMPLETA	18	12.9	12.9	22.1
SECUNDARIA	47	33.6	33.6	55.7
TÉCNICA	16	11.4	11.4	67.1
PREPARATORIA	26	18.6	18.6	85.7
LICENCIATURA	20	14.3	14.3	100.0
Total	140	100.0	100.0	

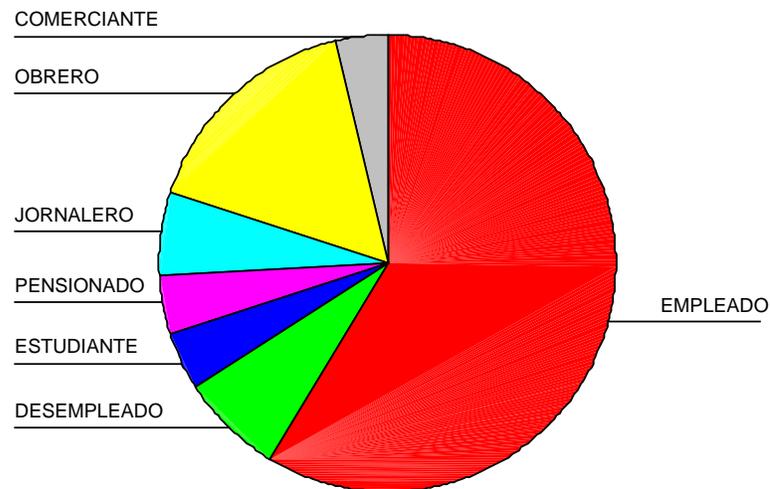


**GRAFICA 3.- GRUPOS POR GRADO DE ESCOLARIDAD**

#### TABLA Y GRÁFICA 4

**GRUPOS POR OCUPACIÓN.- (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows – Hoja de recolección de datos Anexo 2)**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
EMPLEADO	82	58.6	58.6	58.6
DESEMPLEADO	10	7.1	7.1	65.7
ESTUDIANTE	6	4.3	4.3	70.0
PENSIONADO	6	4.3	4.3	74.3
JORNALERO	8	5.7	5.7	80.0
OBRERO	23	16.4	16.4	96.4
COMERCIANTE	5	3.6	3.6	100.0
Total	140	100.0	100.0	

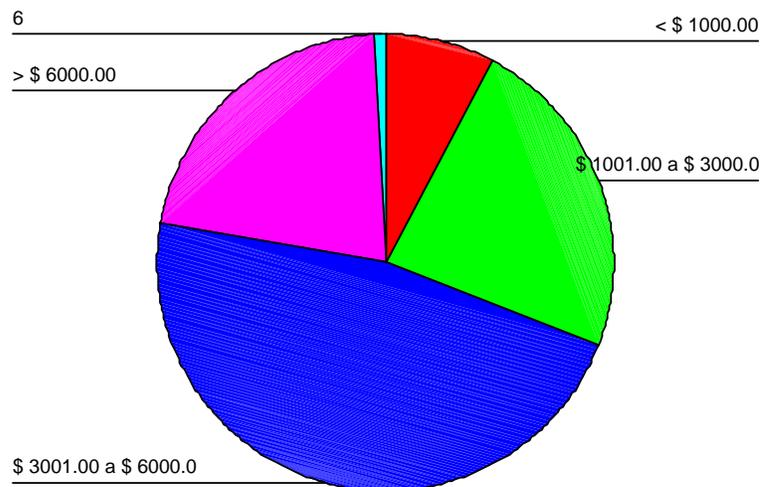


**GRAFICA 4.- GRUPOS POR OCUPACIÓN.**

**TABLA Y GRAFICA 5**

**GRUPOS POR INGRESO MENSUAL.- (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows – Hoja de recolección de datos. Anexo 2).**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< \$ 1000.00	11	7.9	7.9	7.9
\$ 1001.00 a \$ 3000.00	32	22.9	22.9	30.7
\$ 3001.00 a \$ 6000.00	66	47.1	47.1	77.9
> \$ 6000.00	30	21.4	21.4	99.3
6	1	.7	.7	100.0
Total	140	100.0	100.0	

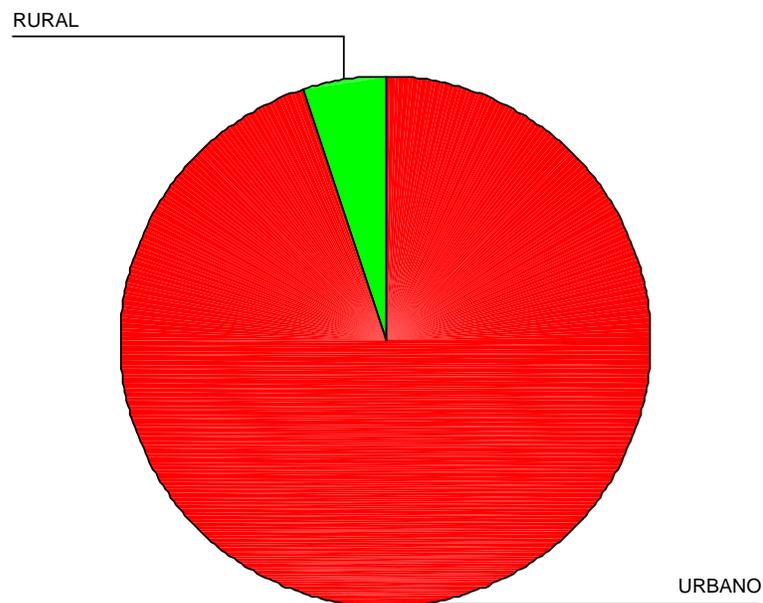


**GRAFICA 5.- GRUPOS POR INGRESO MENSUAL.**

**TABLA Y GRAFICA 6**

**TIPOLOGIA.- (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows  
Hoja de recolección de datos. Anexo 2)**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
URBANO	133	95.0	95.0	95.0
RURAL	7	5.0	5.0	100.0
Total	140	100.0	100.0	

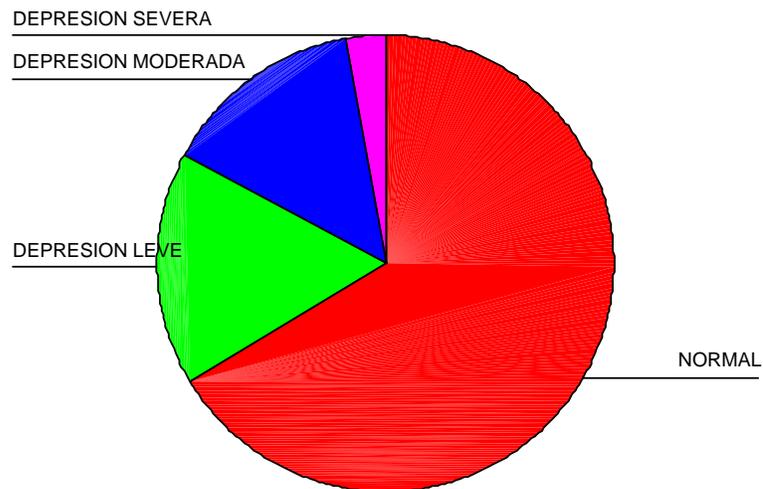


**GRAFICA 6.- GRUPOS POR TIPOLOGIA**

### TABLA Y GRAFICA 7

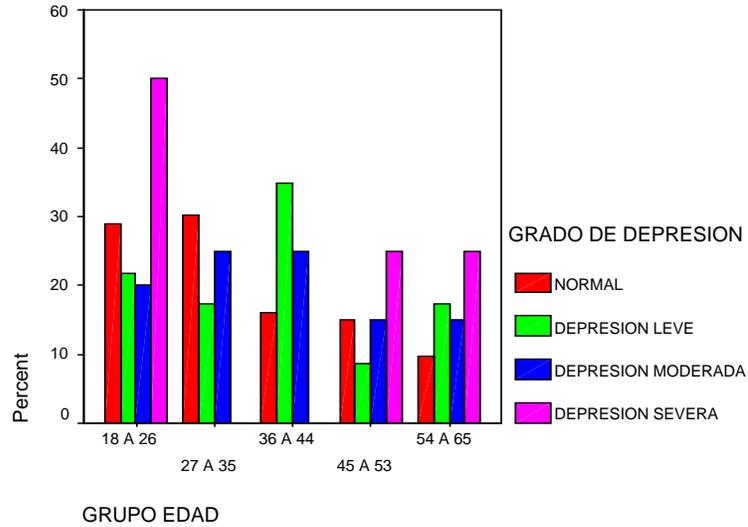
**GRUPOS POR GRADO DE DEPRESIÓN.- (Fuente, Análisis Estadístico, SPSS 10.0 para Windows – Escala de Depresión de Zung, Anexo 3).**

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NORMAL	93	66.4	66.4	66.4
DEPRESION LEVE	23	16.4	16.4	82.9
DEPRESION MODERADA	20	14.3	14.3	97.1
DEPRESION SEVERA	4	2.9	2.9	100.0
Total	140	100.0	100.0	

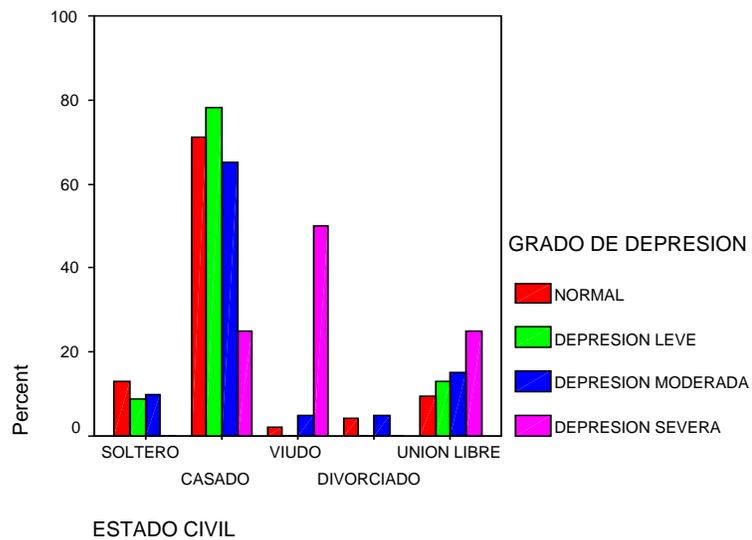


**GRAFICA 7.- GRUPOS SEGÚN GRADO DE DEPRESION**

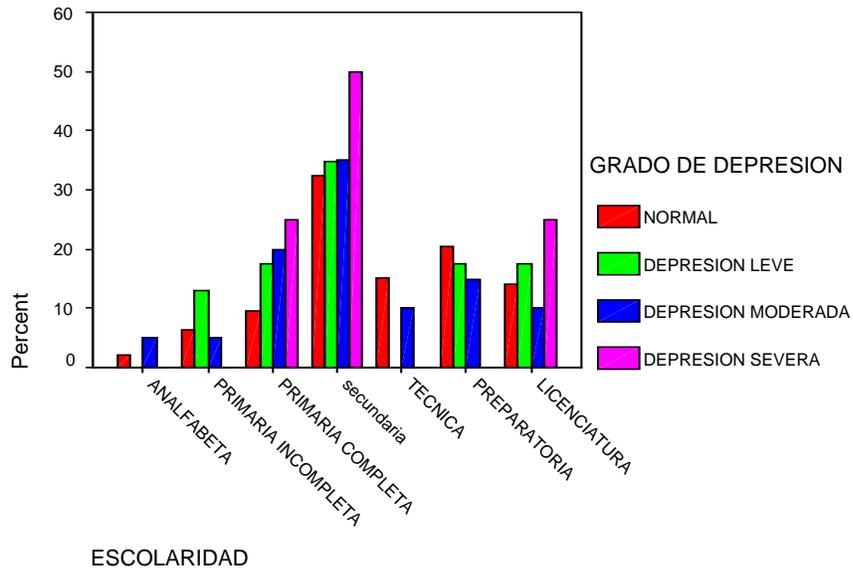
**GRAFICA 8: RELACION ENTRE GRADOS DE DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDADES. (Fuente Análisis Estadístico SPSS. 10.0 Para Windows – Escala de depresión de Zung Anexo 3).**



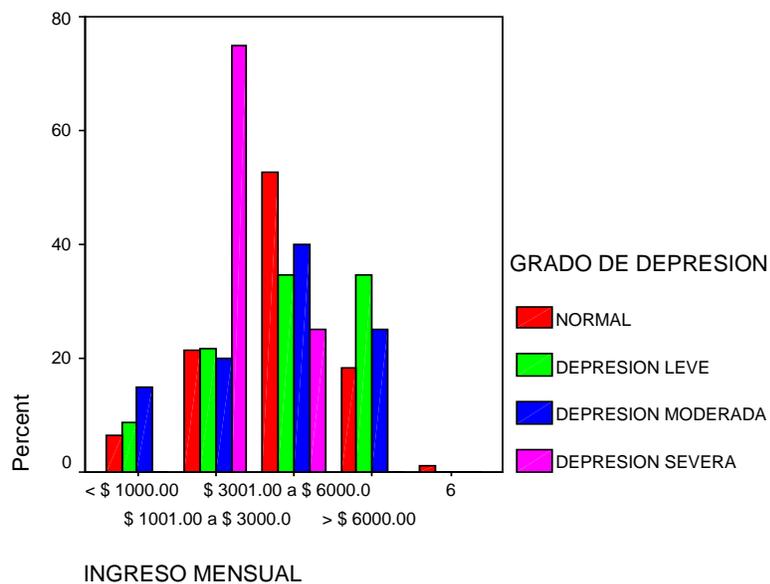
**GRAFICA 9.- RELACION ENTRE GRADO DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL. (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows – Escala de Depresión de Zung. Anexo 3)**



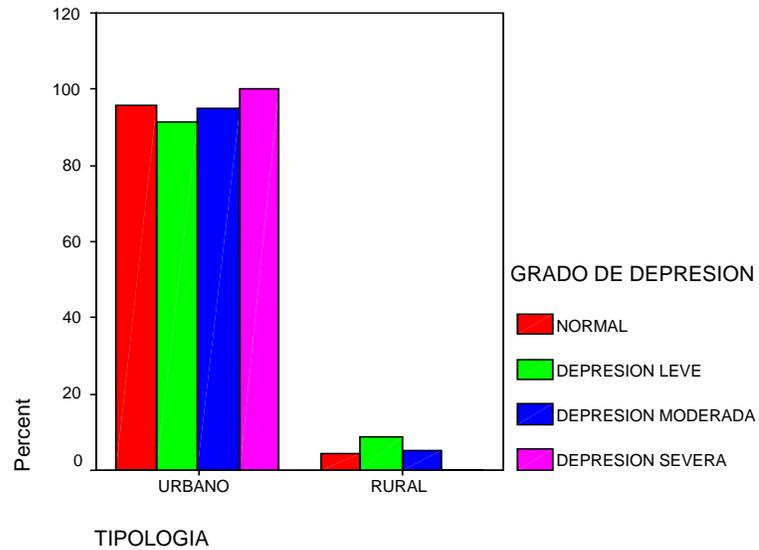
**GRAFICA10. RELACION ENTRE GRADO DE DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD.- (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows – Escala de Depresión de Zung. Anexo 3)**



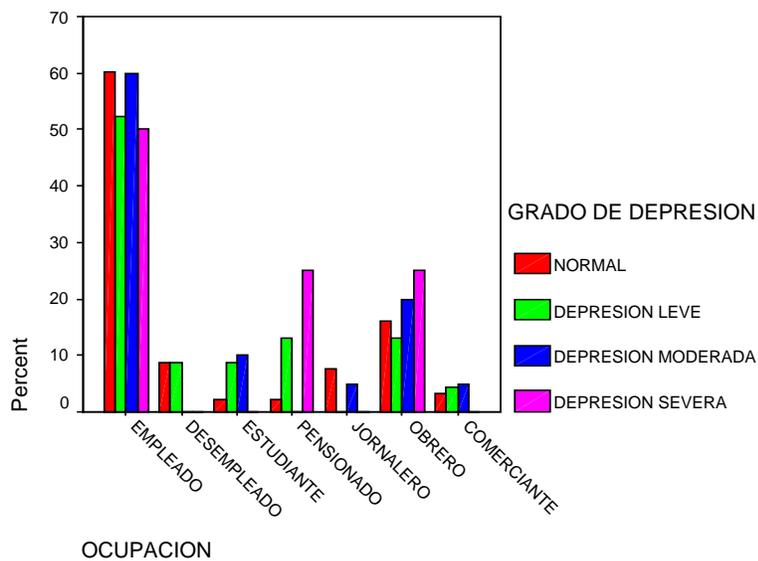
**GRAFICA 11.- RELACION ENTRE GRADOS DE DEPRESIÓN E INGRESO MENSUAL. (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows- Escala de Depresión de Zung).**



**GRAFICA 12.- RELACION ENTRE GRADO DE DEPRESIÓN Y TIPOLOGIA. (Fuente: Análisis Estadístico SPSS para Windows – Escala de Depresión de Zung. Anexo 3).**



**GRAFICA 13.- RELACION ENTRE GRADO DE DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN. (Fuente: Análisis Estadístico SPSS 10.0 para Windows - Escala de Depresión de Zung Anexo 3).**



## **DISCUSIÓN.**

El objetivo de la presente investigación fue conocer la prevalencia de depresión en hombres en edad productiva, realizándose en pacientes del sexo masculino en edad productiva, tomados al azar que acudieron por cualquier motivo a la consulta externa de medicina familiar. Se tomaron como variables sociodemográficas la edad, el estado civil, la ocupación, el nivel educativo, los ingresos económicos mensuales y la tipología.

La Unidad de Medicina Familiar en la que se realizó el estudio se encuentra en la zona urbana de Torreón, por lo que las personas estudiadas provienen en un porcentaje del 95% del total de la muestra de este sector y solo el 5% provienen del área rural, lo que no coincide con la bibliografía, que señala que la prevalencia de la depresión es más alta en comunidades rurales que en zonas urbanas (33).

En cuanto a la depresión se encontró mayor prevalencia de depresión severa en el rango de 18 a 26 años, moderada en edades de 27 a 35 y 36 a 44 años respectivamente, mayor prevalencia de depresión leve en el rango de 36 a 44 años y por ultimo se observó menor grado de depresión de los diferentes tipos en rango de 45 a 53 y 54 a 65, que concuerda con las estadísticas de prevalencia de depresión en México que señala que los grados mas altos de depresión suceden en la población de 18 a 54 años (Smith Kline – Beecham. México 2000) (44). Y otro estudio señala que:

En México, la prevalencia de episodios de depresión más alta 7.8%, sucede en la población de 18 a 54 años, no obstante, un estudio previo encontró que los adultos mayores tienden a presentar niveles de depresión más altos que los adultos jóvenes. (15)

El informe mundial sobre la salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9 %: la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8%. (21)

Con respecto a la relación entre depresión y nivel académico , se observó mayor prevalencia en los pacientes con nivel de secundaria y en menor grado en nivel de licenciatura y por ultimo la menor prevalencia fue en los niveles académicos mas bajos que no concuerda con las estadísticas generales que indican que la prevalencia de depresión en hombres disminuye conforme se incrementa el grado de escolaridad. (33)

Otro estudio señala que:

Uno de los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile fue tener bajo nivel educacional.(14)

Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. (26)

En la relación entre depresión y promedio de ingreso económico se observó mayor prevalencia de depresión severa en el ingreso de 1000 a 3000 pesos mensuales, moderada en ingresos de 3001 a 6000 y menor prevalencia y menores grados de depresión en los extremos de dicho

promedio, lo cual coincide con la bibliografía. En un estudio realizado en Brasil y Chile se encontró que la prevalencia de depresión está en relación con bajos ingresos (14) .

Con respecto a la relación entre estado civil y depresión encontramos una mayor prevalencia de depresión severa en los pacientes viudos, y una mayor prevalencia de depresión leve y moderada en los pacientes casados lo cual concuerda con la bibliografía que menciona que los hombres casados son menos propensos a la depresión. (Krumhols H et al 1998) (16).

La manifestación más grave del trastorno depresivo es el intento de suicidio o bien el suicidio consumado, el riesgo de suicidio es mayor en hombres. Las ideas del suicidio se presentan en 4 de cada 5 pacientes con depresión clínica importante y en 3 de ellos no se trata de ideas triviales sobre todo en aquellos que viven solos y están desempleados. (19 y 20)

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

En el presente estudio la prevalencia de depresión es muy alta. Se observó que el 33% de los pacientes muestran algún tipo de depresión, la depresión severa se observa en un 2.9%, la moderada en 14.3% y la leve en 16.4%, cifras que rebasan los datos estadísticos encontrados en otros estudios.

En cuanto a la relación de la depresión con otros factores sociodemográficos se observa que con respecto a la edad la prevalencia de depresión severa es mayor en los adultos jóvenes y moderada 50% y 45% respectivamente lo que no coincide con estadísticas de otros estudios. En relación con el estado civil, se observa mayor prevalencia de depresión mayor en viudos en tanto que depresión moderada y leve se observa predominantemente en pacientes casados. Esto último no coincide con estadísticas previas encontradas. En otras variables encontramos mayor prevalencia de depresión severa en pacientes con bajos ingresos con un nivel de educación media (secundaria), de extracción urbana y con ocupación predominantemente como empleados.

Los resultados anteriores permiten entender la magnitud del problema de la depresión entre nuestros pacientes varones en edad productiva, que rara vez acuden a la consulta de primer nivel con síntomas claros de depresión y que el médico familiar debe intuir ante la presencia de síntomas psicósomáticos, problemas de adicciones o ante la presencia de problemas de disfunción familiar.

Recomendamos hacer difusión de los problemas de depresión entre el personal médico para que piensen en el diagnóstico y se pueda realizar detecciones que disminuirían la prevalencia de esta enfermedad permitiéndonos disminuir los altos niveles de disfunciones familiares, violencia intrafamiliar, años de sufrimiento, casos de suicidios, adicciones y mejoría en las enfermedades crónico degenerativas.

En cuanto al logro de los objetivos, considero que el objetivo general: la obtención de la prevalencia de la depresión en hombres en edad productiva que acudieron a la clínica No. 16 del IMSS ubicada en Boulevard Revolución y Jazmines en la Ciudad de Torreón, Coah. Se cumplió en un 100 %.

Los Objetivos Específicos como fueron la determinación de las variables demográficas tales como el género, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, ingresos mensuales y la procedencia de los pacientes también se lograron en un 100%.

La determinación del grado y tipo de depresión prevalente, se logró en un 100%, así como las edades predominantes en el trastorno.

Se logró además obtener datos de la relación entre los diversos grados de depresión y las variables demográficas.

Todo lo anterior permite ver la importancia epidemiológica de la depresión.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. National Institute Of. Mental Health Publicación de NIH No. SP 06-5297 Octubre del 2005.)
2. Murray C JL, lopez AD: The Global Burden of Disease, Summary, Harvard University Press. Boston,1996.
3. MC Ginnis JM, FoegeWH: Actual causes of death in the United States. JAMA 270:2207-12, 1993.
4. Mokdad AH, Marks Js, Stroup DF, gerberding J: Actual causes of death in the United States, JAMA , 291:1238-1245,2004.
5. Schoenborn CA, Horm J: Negative Moods as Correlates of Smoking and Heavier Drinking Implications for Healt Promotions (Advance data from Vital and Health Statistics No. 236) National Center for Health Statistics, Hyattsville, 1993.
6. ANDA RF, WILLIAMSON DF, ESCOBEDO LG, MAST EE, GIOVINO GA y cols: Depression and the dynamics of smoking : A national perspective . JAMA , 12:1541-1545, 1990).
7. GLASSMAN AH, HELZER JE, COVEY LS, COTTLER LB, STETNER F y cols. , Smoking smokin cessation, and major depression. JAMA, 264: 1549, 1990.

8. MOKDAD AH, MARKS JS,STROUP DF, GERBERDING J:  
Actual causes of death in the United States, 2000, JAMA,291:  
1238-1245,2004).
9. KESSLER RC, BERGLUND PA, FOSTER CL, SAUNDERS WB  
STANG PE, WALTERS EE; Social consequences of psychiatric  
disorders, II; Teenage parenthood, Am J Psychiatry, 54: 1405-  
1411,1997.
10. STICE E, PRESNELL K, SHAW H, ROHDE P:Psychological and  
behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A  
prospective study J Consult Clin Psychol, 73: 195-202, 2005.
11. González G. Salvador. Artículo “Pasado y Presente del  
Tratamiento de la Depresión”. Pág. 7 del Seminario  
Internacional Sobre Depresión, México , Febrero 1996.
12. Camerón, Norman, “Desarrollo y Psicopatología de la  
Personalidad” editorial Trillas, México DF:1996.
13. Charles G. Morris, Psicología UN NUEVO ENFOQUE, séptima  
edición, México 1992, editorial Prentice Hall Hispanoamericana.
14. Revista Panamericana de Salud Pública/ Pan American Journal  
of Public Health. Prevalencia de Depresión y factores asociados  
en la población Colombiana . Diciembre 31, 2004, Pág. 378-  
386. Carlos Gómez Restrejo y Cols.

15. FUNSALUD Smith Kline-Beecham Movilización Académica y Social en Educación para la Salud de la Comunidad. México 2000 sobre “La Depresión en el Adolescente”.
16. FUNSALUD IDEM “La Depresión en el Adulto”.
17. FUNSALUD IDEM “La Depresión en el Adulto Mayor”.
18. Murray CJL, López AD, eds. “Sumario: la carga global de las enfermedades: evaluación completa de la mortalidad e incapacidad de las enfermedades, heridas y factores de riesgo en 1990 y predicciones hasta 2020”. Cambridge, Massachussets: Facultad de Salud Pública de Harvard para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, Harvard University Press; 1996.
19. FUN SALUD “La Depresión en el Adulto”, Pág. 23.
20. FUNSALUD “La Depresión en el adulto”, Pág. 11.
21. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2001, Salud Mental:nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud: 2001: 29-30.
22. Frenk J. Lozano, R González MA Economía y salud; propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
23. Murria CL López. AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2002: Global burden of disease study. Lancet 1997: 1498-1504.

24. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment.* 1997; 20: 15-23.
25. Medina- Mora ME, Borjes G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26 (4): 1-16.
26. Bello M, Puentes Rosas, Medina- Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex* 2005; 47 supl 1:54-511.
27. Fidel de la Garza Gutiérrez. Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para médicos especialistas y de primer contacto. Editorial Trillas. Abril del 2005. 8,9.
28. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al, A Population-based twin study of major depression i women: the impact of varying definition of illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1992, 49: 257-266.
29. Kendler Ks Pedersen N, Johnson L, et al. A Pilot Swedish twin study of affective illness, including hospital- and population-ascertained subsamples. *Arch Gen Psychiatry.*
30. Fidel de la Garza Gutiérrez. Depresión, Angustia y Bipolaridad. Guía para médicos especialistas y de primer contacto. Editorial Trillas. Abril del 2005. Pág. 14.
31. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood

- and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173(Suppl. 34): 24-8.
- 32.** Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline, number 5. Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. AHCPR Pub. No. 93-0551. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
- 33.** Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5): 630-7.
- 34.** Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(2): 191-206.
- 35.** NIMH Fact Sheets on Depression and Other Illnesses. June 2002. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/cooccurmenu.cfm>.
- 36.** FUNSALUD "La Depresión en el Adulto" Págs. 13,14 y 15.
- 37.** Depresión, angustia y bipolaridad de Fidel de la Garza Gutiérrez. Abril de 2005, Pág. 14 y 15. Editorial Trillas.
- 38.** Narrow WE. One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 and over on July 1, 1998. Unpublished table.

39. Pollack W. Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R, eds. *New psychotherapy for men*. New York: Wiley, 1998; 147-66.
40. Cochran SV, Rabinowitz FE. *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press, 2000.
41. Mini-o AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. *National Vital Statistics Reports*; 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.
42. Moscicki EK. Epidemiology of suicide. In: Jacobs D, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999; 40-71.
43. Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 2001; 1: 310-23.
44. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic, classification and course. *J Affect Disord* 1995; 45: 31-40.
45. Remick RA. Diagnosis y Management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167: 1253-1260.
46. Folleto avalado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. y Public Health Service Alcohol Drugs Abuse, and Mental Health Administration.
47. Funsalud-Smithkline Beecham. *Movilización Académica y Social en Educación Para la Salud de la Comunidad*. Grupo

Consenso-Acción en Educación Para la Salud. La Depresión en el Adulto 9-10.

- 48.** Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995; 122: 913-921.
- 49.** Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-76.

**ANEXO 1****INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto de Investigación: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN HOMBRES EN EDAD PRODUCTIVA"

Yo \_\_\_\_\_ reconozco que me han informado sobre los beneficios que representa para el mejoramiento de la atención médica el permitir se me apliquen "El Cuestionario Personal", Y "el Test de Zung" por el Médico familiar y que en la elección de los mismos se han considerado mis expectativas personales y mi condición de salud actual.

Por lo que declaro se me informó lo siguiente:

- Existen diversos métodos de investigación del quehacer diario de mi médico familiar.
- La aplicación de los "Test" en mi consulta son con fines de investigación educativa.
- El proyecto de Investigación actual por mi médico familiar repercutirá en la mejora continua del proceso de atención médica.
- Que si al termino de mi consulta existiera de mi parte alguna inconveniencia en cuanto al proceso en si, en ese momento se me permitirá retractarme en cuanto a que los "Test" que se me aplicaron sean utilizados, por lo que se destruirán en mi presencia.
- Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos que se puedan ocasionar durante el presente evento.
- Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique.
- Que es mi decisión, libre, consciente e informada aceptar que:

ME SEAN APLICADOS EL CUESTIONARIO PERSONAL Y EL TEST DE ZUNG POR MI MÉDICO FAMILIAR Y SEAN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA QUE SE ME INFORMÓ.

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de mi médico familiar, mis familiares, la asistente médica y sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, Coah., a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Unidad Médica de Adscripción

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (o huella digital) del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula de la asistente del médico

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

**Anexo 2****HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

CLINICA DE ADSCRIPCIÓN:\_\_\_\_\_.

No. de afiliación. \_\_\_\_\_.

Domicilio. \_\_\_\_\_.

EDAD: \_\_\_\_\_ años.

ESTADO CIVIL: soltero\_\_\_\_\_, casado\_\_\_\_\_, viudo\_\_\_\_\_ unión  
libre\_\_\_\_\_.

NIVEL EDUCATIVO:

Analfabeta: \_\_\_\_\_

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Técnica: \_\_\_\_\_

Preparatoria: \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_

Ocupación.\_\_\_\_\_.

Ingreso mensual \_\_\_\_\_.

ENCUESTADOR\_\_\_\_\_.

FECHA: TORREÓN, COAH., A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 200\_\_\_\_.

## Anexo 3

## ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG.

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuen- temente	La mayoría del tiempo o siempre
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				