



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**JURISDICCION SANITARIA No. 14. DE PARAISO, TABASCO**

**“DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS,  
INCIDENCIA Y GRADOS DE DEPRESION EN LA  
POBLACION FEMENINA , DEL POBLADO FRANCISCO  
I. MADERO, PARAISO, TABASCO, 2005”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARIA CRUZ JIMENEZ DE LA CRUZ.**

PARAISO, TABASCO.

2006.



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.

## **DEDICATORIA**

### **A mi Madre::**

Por darme la herencia mas valiosa en la vida, mi profesión, porque gracias a ellos soy lo que hoy soy.

### **A mi esposo:**

Por el apoyo moral, que me brindo a lo largo de estos años, para terminar mi especialidad. Por su comprensión y cariño.

### **A mis maestros de estudio:**

Por darme sus enseñanzas que son armas de incalculable valor, para el desarrollo de mi profesión.

### **A mis compañeros de profesión:**

Por los grandes momentos que hemos convivido juntos, en rotaciones, guardias, sesiones, etc., que han estrechado los lazos de unión y amistad que nos tenemos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi primer asesor: Dr. Antonio Ocampo Decle, por sus enseñanzas y motivación para el despertar a realizar la especialidad de medicina familiar, por su orientación, guía, y dedicación que tuvo conmigo para la terminación de esta meta.

A mi asesora actual, la Dra. Shirley Izquierdo Ruiz, por su paciencia y enseñanza, disponibilidad y comprensión que ha tenido para mi persona.

Con especial agradecimiento y admiración a la dra. Gloria Zeind Domínguez, por su valiosa orientación que me brindo para la terminación de este trabajo.

## Índice

INTRODUCCION	Pag.	1
RESUMEN		2
ANTECEDENTES		4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		21
JUSTIFICACION		22
OBJETIVOS		23
MATERIAL Y METODOS		24
RESULTADOS		27
DISCUSIÓN		33
CONCLUSION		35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		37
ANEXOS		40

## **INTRODUCCIÓN.**

La Depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días. En el ámbito mundial se señalan en informes de la Organización Mundial de la Salud que la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3-4 por ciento en la población general y el 10 por ciento de la población mayor de 15 años llegan a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, dichos datos están referidos sobre todo en los paises desarrollados

La Depresión es el problema de salud mental más común y muy importante en la población femenina. La prevalencia actual de depresión en México es de 4.1 % en mujeres donde la atención de los trastornos es muy limitada ya que las mujeres cuentan con pocas opciones de atención, las de menores recursos económicos son quienes menos acceso tienen a los servicios de salud mental, con bases a estos antecedentes se consideran que una medida de educación para la salud podrían beneficiar a las mujeres en esta problemática.

El termino depresión tiene muchos significados: la depresión puede manifestarse como un síntoma, síndrome o una entidad nosológica, aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerar como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera, que puede apoderarse de cada uno de nosotros, hasta un severo acceso de melancolía.

En investigaciones realizadas señalan que aunque el trabajo fuera del hogar incrementa el estrés, también puede tener un papel positivo en su salud debido no solo a las ganancias directas del ingreso sino a las ganancias secundarias como el sentimiento de logro, el reconocimiento por parte de otros, así como por un mayor acceso a una red social de apoyo. Un análisis con técnicas proyectivas del grupo de mujeres en su conjunto, revelo bajo autoestima, insatisfacción en sus relaciones interpersonales, frustración por realizar grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones que se ven inalcanzables y conflictos entre sus papeles de esposa y madre, así como el sentimiento de que no hay reconocimiento a sus actividades relacionadas con dichos papeles, ni por el exterior ni por ellas mismas.

## **RESUMEN**

**Jiménez de la Cruz Maria Cruz.** Factores asociados, incidencia y grados de depresión en Población Femenina del Poblado Francisco I. Madero, Paraíso Tabasco, 2005.

**Objetivos:** Determinar los factores asociados, incidencia y grado de depresión en la población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad, en la de la población adscrita al Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero en el año 2005.

**Material y métodos:** El presente estudio se realizó en 277pacientes femeninas de 25 a 45 años casadas ó en unión libre, a quienes se entrevistaron y a las que se les aplicó un cuestionario (Escala de Zung) para la identificación y grado de depresión así como factores de riesgo presentes en la población en estudio. El análisis se realizó a través de medidas descriptivas.

**Resultados:** La frecuencia más elevada de depresión subclínica y media-severa ocurre en población femenina en el grupo de 25-30 años de edad. La depresión subclínica y media-severa es más frecuente en mujeres en unión libre. Se presenta con más frecuencia la depresión subclínica en mujeres que cursaron la secundaria. La depresión subclínica la encontraron más frecuentemente en amas de casa y la depresión media-severa en las que trabajan. Encontramos depresión subclínica en mujeres, en la que sus esposos tenían ocupación de empleados y depresión media-severa en la ocupación de profesionistas.

**Conclusiones** A pesar de que la Depresión es una entidad patológica que ha aumentado en incidencia y prevalecía en la población en general, es innegable que la depresión como problema de salud pública requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de salud para implementar y reforzar las medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que garanticen un control efectivo, para disminuir el riesgo de depresión severa y posteriormente, su peor resolución, la muerte por suicidio. Es importante recordar que las mujeres son también madres, esposas, por lo que se debe tener en cuenta que son el pilar del hogar, y al haber un desequilibrio en la familia conlleva a aun desajuste familiar y social, por lo que es importante reconocer la presencia de Depresión en este grupo.

Palabras claves: Depresión subclínica, moderada, severa

## **ABSTRACT**

**Jiménez de la Cruz Maria Cruz.** Factors asociates, incidence and degrees depression in Feminine Population of the Town Francisco I. Madero, Tabasco Paradise, 2005.

**Objectives:** To determine the associated factors, cases of depression and degree in the married feminine population or free union of 25 to 45 years of age, in the one of the population assigned to the Communitarian Center of Health of the Town Francisco I. Log in 2005.

**Material and methods:** The present study is made in 277 feminine patients between 25 to 45 years married or in free union, those who are interview and that is applied to a test (Scale of Zung) for the identification and depression's degree as well as present factors to them of risk in the population in study. The analysis made through descriptive measures.

**Results:** The elevated frequency, but of severe subclinical and average depression happens in feminine population is between 25-30 group years of age. The subclinical and average-severe depression is but frequent in women in free union. The subclinical depression in women appears with more frequency who attended the secondary. The subclinical depression more frequently found in housewives and the average-severe depression in which they work. We found depression subclinical in women, in whom their spouses had occupation of employees and average-severe depression in the professional occupation.

**Conclusions** Although the Depression is a pathological organization, that has increased incidence and prevailed in general population, then is necessary that the depression as health problem publishes requires the participation of an equipment to multidiscipline it of health to implement and to reinforce the prevention measures, diagnose, treatment and rehabilitation, that guarantee an effective control, to later diminish the risk of severe depression and, its worse resolution, the death by suicide. It is important to remember that the women are also mothers, spouses, reason why one is due to consider, who are the pillar of the home, and the salary a imbalance in the family entails to even misadjusts social relative, why it is important to recognize the presence of Depression in this group.

**Key words:** Subclinical, moderate, severe, depression

## **ANTECEDENTES**

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El informe mundial sobre la salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en las mujeres es de 3.2 % y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 9.5% en mujeres. Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento tradicional al que produce la enfermedad misma <sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como la capacidad de interactuar el uno con el otro promoviendo el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas, y relacionales) la adquisición de metas individuales y colectivas en forma congruentes con la justicia y la equidad. En la actualidad la depresión es reconocida como problemática de salud pública ya que los índices se incrementan día a día. De acuerdo a las últimas estadísticas de la OMS, en el mundo hay 330 millones de personas con depresión, un trastorno mucho más profundo y resistente que la simple tristeza: afecta a los hábitos de vida, la convivencia social, el trabajo y hasta el sistema inmunológico, la ansiedad patológica es capaz de ejercer sobre quien la ejerce un impacto devastador. Las consecuencias del progresivo deterioro se extienden no solo al área personal sino que afecta las relaciones familiares y sociales, a las posibilidades reales de desarrollo profesional, se prevé que cerca del 25% de la población en algún momento de su vida experimentara algún tipo de trastorno de ansiedad. <sup>2</sup>

Sabemos que la depresión no es un problema actual sino que ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero en donde a las personas

que padecían este mal se les trataba de curar con algunas hierbas o se pensaban eran flojos y que por tal no querían realizar ninguna actividad.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en la ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia y trastorno psicosomático.<sup>3</sup>

Según la OMS la depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida y este número aumentara si concurren otros factores como enfermedades médicas o estrés. A nivel mundial la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más altas en las mujeres que en los hombres.<sup>1, 3, 9</sup>

Durante las dos últimas décadas, aunque ha existido un interés considerable por los estudios de las variaciones interculturales en la epidemiología de la depresión, sabemos muy poco acerca de la naturaleza y la frecuencia de la depresión en las diversas culturas, debido a las limitaciones en los métodos de investigaciones de lo que se dispone en la actualidad (Marsella 1987). Existen poderosas razones teóricas que hacen pensar que tanto el grado como las manifestaciones de depresión varían significativamente a través de las distintas culturas (Kleinman 1986, & Good 1986, Marsella 1987, Krause 1992.<sup>3</sup>)

Ghubash (1992) se centró en la enfermedad mental entre las mujeres de Dubai y aportó cierta información acerca de la depresión en las mujeres y observó valores más altos en cuanto a trastornos mentales correspondía a la depresión (13% de la muestra)

que era el trastorno más común entre las mujeres de Dubai. La transformación sociocultural en la sociedad de los Estados Unidos Americano ha sido rápida y generalizada, abarcando todas las facetas esenciales de la vida social. El proceso transformador que precisó de 2 siglos en las sociedades occidentales tuvo lugar en los estados unidos en solo 20 años, parece ser que tales cambios han hecho que la infraestructura de la sociedad, las normas y tradiciones sociales se resienta y que todo ello se manifiesten de forma paralela en la proliferación de trastornos psicológicos.<sup>16</sup>

En América latina se han llevado a cabo investigaciones sobre este tema como las realizadas en Chile, Brasil y México que han aportado una valiosa información para la realización de de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la región.

Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un periodo de 12 meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4.5% y 7.1%, en el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1.3 en los 12 meses previos al estudio. En la encuesta mundial sobre salud mental, realizada por la OMS en 14 países, se encontraron prevalencias de trastornos mentales en los 12 meses previos a la consulta entre 4.3% y 26.4%, no se informó de resultados específicos relacionados con la depresión.

En Colombia se han realizado diversos análisis de prevalencia de la depresión a partir de los datos obtenidos en la primera encuesta nacional de salud mental. En 1997 se reprocesaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de Zung para la depresión y se demostró que 11.8% de la población encuestada mostraba depresión leve y que 4% sufría de depresión mayor (moderada o grave) lo que indicaba que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino.

El porcentaje de detección y tratamiento de depresión en la atención primaria es bajo (40%), el costo de este infradiagnostico supone, además del factor económico la calidad de vida. Hoy, es una enfermedad curable cuyo tratamiento está en buenas medidas en manos del médico familiar. Es recomendable la búsqueda de depresión en la población de riesgo. <sup>11</sup>

En las más recientes clasificaciones psiquiátricas (DSM-IV Y CIE-10), los trastornos depresivos están clasificados dentro de los trastornos del estado de ánimo (DSM-IV) o trastornos del humor (afectivos) (CIE-10).

#### DEPRESION:

Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer<sup>5</sup> que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes, durante un episodio depresivo típico el paciente sufre una baja del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración. Tras realizar el mínimo esfuerzo la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectada su autoestima y su autoconfianza, y generalmente tienen sentimientos de culpabilidad los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados, y severos, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa desde una perspectiva clínica, el término depresión, se utiliza en 3 sentidos: síntomas, síndromes y enfermedad.

El comité para la prevención y tratamiento de las depresiones (PTD) define la depresión como un síndrome que agrupa síntomas somáticos y síntomas psíquicos en torno a un

núcleo central, en el que encontramos la tristeza patológica, la pérdida de impulsos, el vacío, etc., Que determina un estado de ánimo de tipo negativo característico. Se establece sobre un trastorno biológico en el que intervienen fundamentalmente alteraciones de la neurotransmisión a nivel de la sinapsis del sistema nervioso central. Esta alteración, puramente funcional, es reversible y puede ser recurrente.

**DEPRESION COMO SINTOMAS:** afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. En un sentido amplio puede ser caracterizado por la vivencia de tristeza o de “sentirse deprimido”.

**LA DEPRESION COMO SINDROME:** agrupa a un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico.

**LA DEPRESION COMO ENFERMEDAD:** configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome clínico y en la que puede ser delimitada una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

**CAUSAS DE LA DEPRESION:** puede estar causada por uno o varios factores es decir, la etiopatogenia de los trastornos depresivos es multifactorial y son:

**FACTORES GENETICOS:** diversos estudios muestran que los familiares de los pacientes con depresión padecen la enfermedad con una frecuencia hasta 3 veces superior a la de los familiares de los controles sanos.<sup>3</sup>

En este campo se cree haber llegado a identificar el locus genético (en el cromosoma 11) que contendría el material responsable de la carga hereditaria sobre todo para la

forma bipolar (que alternan fases de euforia y exaltación con la propiamente melancólicas) para la depresión monopolar (fases recurrentes a lo largo de la vida con presentación de cuadros depresivos) se postula un gen autosómico dominante con una penetración incompleta que en realidad daría origen al expresarse, a una mayor predisposición a la enfermedad. Los datos se comprueban con la comparación de morbilidad entre gemelos dicigotos o monocigotos ( 20 vs. 70%) y también con la de los familiares de primer grado de enfermos deprimidos que oscilan entre el 8 y 18 %.<sup>11</sup>

**FACTORES BIOLÓGICOS:** (déficit de neuronas trasmisores adrenérgicos y/o serotoninérgicos, aumento en la actividad del eje hipotálamo, hipofisiario o aplanamiento de la respuesta). Este factor está relacionado con enfermedades somáticas, y fármacos.<sup>12</sup>

**FACTORES BIOQUÍMICOS:** alteraciones de los neurotransmisores; se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave tienen desequilibrio de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Alteraciones neuroendocrinológicas; las alteraciones más relevantes en esta área han sido detectadas en relación con las llamadas depresiones endógenas. Se han descrito alteraciones en distintos ejes endocrinológicos: eje hipotalámico-hipofisiario suprarrenal, eje hipotalámico-hipofisiario-tiroideo, eje somatotropo, glándula pineal y eje lactotrofo.

Alteraciones neurofisiológicas; la investigación en esta área se ha centrado en los hallazgos observados mediante técnicas como el electroencefalograma (EEG) tradicional o el EEG computarizado, los estudios de las fases del sueño y los estudios de potenciales evocados.

## FACTORES PSICOLOGICOS Y/O PSICOSOCIALES:

Situaciones estresantes: la muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, etc. Pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Personalidad: las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión. La depresión también puede ocurrir con cierto número de enfermedades o trastornos físicos.<sup>3</sup>

Otras causas como consumo de ciertos medicamentos otras enfermedades, uso de drogas o alcohol y otros problemas psiquiátricos.<sup>11</sup>

Edad y sexo: predominan en mujeres casadas de 35-45 años de edad con historia familiar de alcoholismo y depresión con escasa relación interpersonal o con la pareja también es frecuente en población como amas de casa en situaciones como la menopausia o cuando se ha producido el abandono de hogar por parte de los hijos, (“síndrome del nido vacío”).<sup>12</sup>

Dos hechos fundamentales pueden contribuir a esta “explosión” de la depresión a nivel mundial el primero es que, a pesar de los grandes esfuerzos que se hacen en investigaciones para entender su etiología, ésta aun permanece desconocida, si bien se han desarrollado diversas hipótesis. En segundo lugar, tampoco se conoce un tratamiento efectivo para todos los pacientes. Lo que daría cuenta de que posiblemente no todas las depresiones poseen el mismo sustrato biológico.<sup>15</sup>

**NEUROFISIOLOGIA DE LA DEPRESION:** Las neuronas entre si de manera compleja la forma mas importante de la comunicación se realiza a través de neurotransmisores. Esta se inicia con la liberación del neurotransmisor en la membrana presináptica y termina cuando se acopla en un receptor de la membrana postsináptica. Esto origina cambios eléctricos y/o bioquímicos en la neurona postsináptica, al neurotransmisor se inactiva y termina de esta manera el ciclo de comunicación neuronal.

Para que el proceso se lleve a cabo exitosamente, se requiere de:

- 1.- Síntesis del neurotransmisor
- 2.- Almacenamiento de este
- 3.- Metabolismo
- 4.- Mecanismo de terminación o limitación del proceso.

Debido a la importancia de cada uno de estos pasos existen mecanismos reguladores de ellos para garantizar el potencial de comunicación. Existen fármacos que pueden influir en estos pasos alterando la neurotransmisión, y por ende, la conducta. Se han descritos entre 10 y 20 sustancias que funcionan como, pero se sabe que existen muchas mas con características similares.

La serotonina, norepinefrina, y dopamina son las mejores estudiadas ya que con frecuencia se han mencionado en hipótesis que las involucran en las causas de enfermedades mentales como esquizofrenia y depresión. <sup>11</sup>

**DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION:**

- La historia clínica: realización de una anamnesis completa que incluya los datos de:
- Los antecedentes familiares, personales, rasgos de personalidad y curva vital.
- Exploración física y psíquica

- Pruebas complementarias para descartar otros procesos.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD: En la depresión el hecho de no tratarla o hacerlo de forma inadecuada produce una serie de daños en el sujeto que la padece que se expresan en diferentes áreas. En el área psicosocial la depresión produce un gran sufrimiento personal y familiar y tiene importante repercusión sobre la vida social y laboral. La presión no tratada se asocia a un aumento de morbilidad y mortalidad. Esto quiere decir que una persona no tratada con depresión tiene mayores riesgos de sufrir enfermedades de tener fracasos terapéuticos si tiene tratamiento por otra enfermedad. Y de sufrir y padecer un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente.

En definitiva, se afirma que los fármacos antidepresivos son el pilar fundamental del tratamiento pero no el único. En la actualidad la mayoría de los expertos señalan que el tratamiento de la depresión se debe realizar mediante la combinación del tratamiento farmacológico y la intervención psicoterapéutica.<sup>3, 18</sup>

Toda terapia de corto plazo debe incluir lo siguiente.

- 1.- La terapia debe comenzar con una fundamentación nacional de los componentes a implementar y su planeación.
2. – La terapia debe aportar habilidades que el paciente puede utilizar para sentir mas efectividad y control de su vida diaria.

3.- la terapia debe enfatizar el uso independiente de esas habilidades por el paciente fuera del contexto de la terapia, con una estructura que permita el desarrollo de otras habilidades la paciente de manera independiente también.

La terapia debe estimular la atribución del paciente en que la mejora en su estado de animo, así como el incremento de su actividad es el resultado del desarrollo de sus habilidades y el esfuerzo y no por la y gracia del terapeuta.<sup>13</sup>

Lo más importante que se puede hacer por la persona deprimida es ayudar a que reciba el diagnostico y tratamiento adecuados.<sup>14</sup>

**NOM-025-SSA2-1994:** Los esquemas de atención para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución. de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aun prevalecientes.<sup>17</sup>

Las principal herramienta de tratamiento del medico de atención primaria es el fármaco y se debe de ser consciente, que algunos tratamientos psicológicos pueden ser tan efectivos como los fármacos en la enfermedad depresiva leve a moderada, y que se ven en atención primaria.

FARMACOS ANTIDEPRESIVOS EN ATENCION PRIMARIA: elección del antidepresivo debe individualizarse en cada paciente teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Respuestas previa o efectos adversos del paciente a un fármaco concreto
- Patologías medicas o psiquiátras concomitantes
- Tratamiento farmacológicos actual para otras patologías (posibles interacciones )
- Riesgo de suicidio
- Búsqueda de sedacion o de otros efectos de un fármaco concreto
- Preferencia del paciente y probabilidad de cumplimiento
- Costes de fármacos

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO:

1.- FASE AGUDA: se considera fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas).

2.- FASE DE CONTINUACION: Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas.

3.- FASE DE MANTENIMIENTO: el objeto de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o mas episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o mas de 5 en toda su vida.

RETIRADA DEL TRATAMIENTO: Debe ser lenta y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada. (19)

Tipos de tratamiento para la depresión; los tratamientos típicos usados para la depresión son los medicamentos antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de los dos. El tratamiento indicado para cada persona depende de la naturaleza y severidad de la presión y, hasta cierto punto, en la preferencia individual. En el tratamiento combinado, el medicamento puede aliviar los síntomas físicos rápidamente, y la psicoterapia permite la oportunidad de aprender opciones más efectivas para lidiar con los problemas. (20)

El tratamiento psicoterapéutico ha sido estudiado en el marco de servicios ambulatorios (nivel secundario de atención), de interacción hospitalaria y en programas de atención primaria. (21)

Algunos estudios longitudinales han descubiertos que las mujeres padecían episodios depresivos más largos y que eran más propensas a padecer la enfermedad de forma crónica (Brown et al 1996, Sherbourne y Wells 1997) al investigar el efecto de los antidepresivos, las últimas pruebas clínicas mostraban posibles diferencias entre ambos sexos en cuanto a la reacción a diferentes drogas (Kornstein et al 2000). (22)

Los medicamentos más usados:

FLUOXETINA: La dosis inicial recomendada es de 20 mg./día.

FLUVOXAMINA: La dosis recomendada inicial es de 50mg-100mg administrada como una sola dosis por la noche. aumentar gradualmente, dosis efectiva es de 100 mg por día y ajustar a la respuesta individual del paciente. Dosis hasta de 300 mg. Se puede administrar.

PAROXETINA: La dosis única al día es de 20 mg. en caso necesario puede incrementarse gradualmente en 10 mg, hasta un máximo de 50 mg. Según la respuesta del paciente.

SERTRALINA: La dosis terapéutica es de 50 mg./día una sola toma ya sea por la mañana o la noche.

CITALOPRAM: Dosis 20 mg. Al día, dependiendo de la respuesta del paciente puede incrementarse hasta 60 mg puede tomarse a cualquier hora, independientemente de la ingesta de alimentos.

MOCLOBEMIDA: Dosis inicial de 300 mg y puede incrementarse hasta 600 mg, dividida en 3 dosis. El tratamiento debe incrementarse cuando menos 4-6 semanas <sup>25</sup>

EFFECTOS SECUNDARIOS: Causan sedación y aumento o pérdida de peso.

- Efectos Anticolínicos: sequedad de boca, visión borrosa, y otros.
- Efectos Cardiovasculares: hipotensión ortostática, taquicardia, alteraciones del electrocardiograma.

- En sobredosis son arritmogénicos.
- Efectos serotoninérgicos: como náuseas, vómitos, insomnio, irritabilidad y cefalea. Los antidepresivos reducen el umbral convulsivo.
- Tiende a aparecer algo de tolerancia a los efectos sedantes y en el sistema nervioso autónomo con el uso continuo de Antidepresivos Tricíclicos (ADT), la supresión repentina en particular de dosis altas, va seguida por malestar general, escalofríos, coriza, dolor muscular y trastorno del sueño.

**CONTRAINDICACIONES:** en pacientes con afecciones cardiovasculares, antecedentes de IMA reciente, glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertrofia prostática, trastornos gastrointestinales y en presencia de alergia a algunas drogas de este tipo. Se debe evitar durante el embarazo, la lactancia y tener precaución en pacientes con daño renal, hepático, en niños y en epilépticos.<sup>23</sup>

**VENLAFAXINA:** dosis habitual de inicio en pacientes ambulatorios es de 75 mg./d en dos o tres tomas. La dosis máxima recomendada es de 375 mg/d. la dosis de venlafaxina debe reducirse a la mitad en pacientes con alteraciones significativas de la función renal (FG<30 ml/min), pudiendo ser administrada en una sola toma diaria. (usado de 1975-2000)

#### Reacciones

Adversas: Náuseas, Somnolencia, Boca seca, Mareos, Constipación, Inquietud, Astenia, Sudoración, Anorexia, Visión borrosa, Alteración Eyaculatorias, Impotencia.

Contraindicación: No debe ser usada en combinación con IMAO, por la posibilidad de aparición de crisis hipertensivas o síndrome serotoninérgico.

**MIRTAZAPINA:** La dosis efectiva es de 15 a 45 mg./d. se recomienda iniciar el tratamiento con 15 mg./ d durante 4 días, siguiendo con 30 mg. Durante 10 días. Y puede aumentar hasta 45 mg. En pacientes cuando la mejoría es insuficiente. Comprimidos de 30mg. Por vía oral. (Usado de 1985-2000)

Reacciones Adversas: cefalea, disminución de peso, Sequedad de boca, Somnolencia, Sedación Excesiva. Aumento del apetito, Aumento de peso, Náuseas, Disminución de la libido (envarones), Insomnio, Agitación, Constipación.

Contraindicaciones: No debe administrarse concomitantemente con IMAO o en las dos semanas siguientes después del uso de estos fármacos. <sup>24</sup>

Al evaluar la relación de la depresión con algunos aspectos socioeconómicos como las condiciones físicas de la vivienda, se evidenció un aumento de la depresión cuando la persona consideraba su espacio físico desfavorable. Otros elementos como la poca cohesión familiar, ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados se percibían desfavorablemente en la medida que aumentaba la gravedad de la depresión. <sup>4</sup>

Existen pocos datos en Latinoamérica: un estudio realizado en Chile mostró que el 46.4% de los pacientes hospitalizados en varios servicios tenían síntomas significativos de síntomas psiquiátricos y en un estudio colombiano se encontró una prevalencia de 52.6% en la población hospitalizada por medicina interna. <sup>5</sup>

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más grave de este siglo ha llegado a ser considerada como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y a la posibilidad de prevenirlas y tratarlas adecuadamente. <sup>6</sup>

En nuestro país estamos sometidos a transformaciones económicas, sociales y tecnológicas constantes con fragilidades emotivas en nuestro entorno social y forma de vida estos constituyen una agresión psíquica y físicas con alto monto de estrés crónico concomitantes, de ahí la atención prestada en los últimos años al estudio de los diversos aspectos relacionados con este tema, y la necesidad de obtener y registrar datos epidemiológicos es posiblemente una de las formas más afectivas para realizar acciones preventivas en las comunidades. <sup>2</sup>

La depresión es el problema de salud mental más común y por lo tanto más importante, en la población femenina. Los datos epidemiológicos, coinciden en señalar una razón de 2:1 en la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres.

La prevalencia actual de depresión en México es de 4.1% en mujeres, de manera similar a lo que ocurre en muchos países, en México la atención a los trastornos mentales es muy limitada, y en este caso las mujeres cuentan con pocas opciones de atención. Entre ellas, las de menores recursos económicos son las que menos accesos tienen a los servicios de salud mental. Con base a estos antecedentes se considera que una medida de educación para la salud podría beneficiar a las mujeres con esta problemáticas.<sup>7</sup>

Se han realizado estudios donde se encontraron una alta presencia de síntomas de depresión, por encima de los estándares comparativos nacionales. Entre otras explicaciones. Este hallazgo se considera como efecto de la profundización de la pobreza derivada de las crisis económicas recurrentes que han afectado al país aun posible sobre reporte de los síntomas de depresión al traslaparse estos con los rasgos del estereotipo femenino de sumisión-abnegación, y a la situación que lleva a mayor vulnerabilidad de padecer depresión. También se encontró que las amas de casa tuvieron mas síntomas de depresión que las mujeres con trabajo extra domestico.

Estos resultados son congruentes con los hallazgos de otras investigaciones que señalan que aunque el trabajo fuera del hogar incrementa el estrés, también puede tener un papel positivo en su salud debido no solo a las ganancias directas del ingreso sino a las ganancias secundarias como el sentimiento de logro, el reconocimiento por parte de otros, así como por un mayor acceso a una red social de apoyo. Un análisis con técnicas proyectivas del grupo de mujeres en su conjunto, revelo bajo autoestima, insatisfacción en sus relaciones interpersonales, frustración por realizar grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones que se ven inalcanzables y conflictos entre sus

papeles de esposa y madre, así como el sentimiento de que no hay reconocimiento a sus actividades relacionadas con dichos papeles, ni por el exterior ni por ellas mismas.<sup>8</sup>

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio.

La Encuesta Nacional de epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que la depresión respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalecía alguna vez en la vida (9.1%).

Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.<sup>1</sup>

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resalto la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente. Las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que mas carga representa la escala mundial, se atribuyo a estas enfermedades el 10 % de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentara hasta 15 % para el 2020).

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría (ENEP) proporciono las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. se estimo que 8.4 % de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnostico

y Estadísticos de la Asociación Americana de psiquiatría (DSM-IV por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.<sup>10</sup>

La recurrencia es importante en 90% de los sujetos que han sufrido 2 o más episodios depresivos experimentarían un tercero. El impacto económico es muy alto, se calcula de 15% costo directo y 35% costo indirecto.

### **Escala Autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y conde.**

- Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que se experimenta cada uno de los síntomas explorados.
- Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:
  1. Factor depresivo
  2. Factor biológico
  3. Factor psicológico
  4. Factor psicosocial: descrito por conde y cols., y formado por los ítems 14, 18 y 19.
- Cada ítems se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizado en sentido positivo con ítems en sentido negativo.
- Junto con el BDI es la escala autoaplicada mas utilizada en la depresión
- Esta escala esta adaptada y validada al español (conde, 1967).

Considero que es la mas sencilla de aplicar, en la que el paciente comprende bien las preguntas, y las puede responder con mucha facilidad. Ya que como se mencionó es autoaplicada, y esta mas apegada para detectar depresión.<sup>26</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El aumento en la frecuencia de la consulta a sanos (es decir sin padecimiento físico como tal) en el centro de salud del poblado Francisco I. Madero en los últimos 3 años, sobre todo en la población femenina en el grupo de edad de 25 a 45 años, nos lleva a pensar que existen factores no físicos que hacen que éstas pacientes acudan al centro de salud en busca de atención especializada. Ya que la depresión es uno de las principales factores asociados al suicidio (hasta en 8 de cada 10 suicidios) es primordial identificar ésta en sus fases iniciales por lo que nos interesa conocer los factores asociados, que presentan éstas. Es importante recordar que las mujeres son también madres, esposas, por lo que se debe tener en cuenta que son el pilar del hogar, y al haber un desequilibrio en la familia conlleva a aun desajuste familiar y social, por lo que es importante reconocer la presencia de Depresión en este grupo.

Un análisis con técnicas proyectivas del grupo de mujeres en su conjunto, revelo bajo autoestima, insatisfacción en sus relaciones interpersonales, frustración por realizar grandes esfuerzos para lograr sus aspiraciones que se ven inalcanzables y conflictos entre sus papeles de esposa y madre, así como el sentimiento de que no hay reconocimiento a sus actividades relacionadas con dichos papeles, ni por el exterior ni por ellas mismas.

¿Cuáles son los factores asociados, la incidencia y grado de depresión, en la población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad de la población adscrita al Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero en el municipio de paraíso tabasco en el año 2005?

## JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales mas frecuentes en todo el mundo, y su prevalencia es de 8 a 12% en México se ha calculado que 8.3% de la población ha padecido este trastorno al menos una vez en la vida. Sin importar el país o la cultura, la depresión es de 2 a 3 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y la sufren más las personas solas, separadas o divorciadas o que viven en áreas rurales.<sup>18</sup>

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo, ha llegado a ser considerada como un problema de salud publica debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y a la posibilidad de prevenirlas y tratarlas adecuadamente.<sup>6</sup>

En el Estado de tabasco el suicidio ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad encontrándose, una tasa de mortalidad para el 2005 de 8.3 x c/100 000 hab. Según INEGI, y de 10 x c/ 100 000 hab. Según la PGJ, lo que nos lleva a estudiar la depresión como causa asociada a esta patología.

La depresión es el resultado de un proceso multifactorial susceptible de prevenirse y detectarse a tiempo. Es innegable que la educación y la modificación de conductas de las mujeres constituyen un desafío para el personal de salud. El conocimiento de los factores asociados resulta indispensable para que el personal de salud de la unidad pueda incidir de manera efectiva en aquellos factores modificables en la disminución de la morbilidad por este padecimiento, de tal manera que nos permitan reforzar las acciones de prevención primaria con el propósito de modificar estos factores mediante las medidas preventivas y pláticas de promoción que permitan disminuir este padecimiento.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados, incidencia y grado de depresión en la población femenina de 25 a 45 años de edad, en la de la población adscrita al Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero en el año 2005.

.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Conocer la incidencia y grado de depresión de la población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad.

Determinar la edad en la población femenina de 25 a 45 años de edad, que se detecta con algún grado de depresión.

Conocer el estado civil en la población femenina de 25 a 45 años de edad, que se detecta con algún grado de depresión.

Determinar la escolaridad en la población femenina de 25 a 45 años de edad, que se detecta con algún grado de depresión.

Identificar la ocupación en la población femenina de 25 a 45 años de edad, que se detecta con algún grado de depresión.

Identificar la ocupación de la pareja en la población femenina de 25 a 45 años de edad, que se detecta con algún grado de depresión.

## **METODOLOGIA.**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, de corte transversal.

### **UNIDAD DE ANALISIS.**

Pacientes con diagnostico de alteraciones de depresión.

### **DEFINICION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.**

El presente de estudio se realizo en población abierta, al total de población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad, responsabilidad del Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero a quienes se entrevistaron y a las que se les aplico un cuestionario para la identificación y grado de depresión así como factores de riesgo presentes en la población en estudio.

### **UNIVERSO**

Las 329 pacientes femeninas casadas o en unión libre de 25 a 45 años de edad.

### **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad, que resida en el área de responsabilidad del Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Población femenina soltera, divorciada o viuda de 25 a 45 años de edad, que resida en el área de responsabilidad del Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero

Población femenina casada o en unión libre de 25 a 45 años de edad, que no resida en el área de responsabilidad del Centro de Salud Comunitario del Poblado Francisco I. Madero

## **VARIABLES.**

**Paciente con diagnóstico de depresión:** Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer que se hace crónica en los mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes, durante un episodio depresivo típico el paciente sufre una baja del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. Grados de depresión: Ausente, Subclínica, Media-Severa, Grave.

**Factores asociados:** forma general de vida en la que intervienen factores ambientales, biológicos y familiares en la población femenina

- Edad. Años cumplidos de las mujeres sujetas a estudio.
- Estado civil: la unión de una pareja bajo un régimen conyugal.
- Escolaridad: grado de estudios obtenidos por la persona.
- Ocupación: labor a la que se dedica el sujeto de estudio.
- Ocupación de la pareja: labor a la que se dedica la pareja de la ama de casa.

## **METODO DE RECOLECCION, ANALISIS Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.**

Se efectuó revisión del censo de mujeres en edad fértil de la unidad, del cual se obtuvieron los nombres de las pacientes de 25 a 45 años de edad, del total de estas se entrevistaron a las que su estado civil fue casada o en unión libre, a las cuales se les aplicó una encuesta (ANEXO 1), mediante este se identificaron grado de depresión y factores asociados, este instrumento fue adaptado para fines del presente estudio el cual contempla las diferentes variables de investigación. Para el procesamiento de los datos obtenidos del

cuestionario, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003, el análisis se llevó en el programa SPSS 11.5 a través de medidas descriptivas, la presentación de esta información se realizó mediante cuadros y gráficos a fin de objetivar la misma.

### **CONSIDERACIONES ETICAS.**

El presente trabajo de investigación se realizó en base a los preceptos médicos y legales que protegen la integridad física y emocional del paciente. Según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, situación que les fue notificada en la entrevista, así como aceptación a participar mediante carta de consentimiento informado. (Anexo 2).

## RESULTADOS

En la jurisdicción de Paraíso Tabasco se encuentra el centro de salud con tres núcleos básicos Poblado madero con una población total de 8,718 habitantes, en el que se estudiaron dos comunidades correspondientes al núcleo básico dos, es una unidad de primer nivel de atención que otorga servicios de salud durante los 365 días del año para la cual cuenta con una infraestructura física de 3 consultorios con un medico general y 2 pasantes con atención en el turno matutino y vespertino de atención medica las 24 horas del día durante todo el año así mismo cuenta con servicio de odontología vacunación y otro servicios. Cuenta con una población total de 2,587 habitantes de las cuales corresponden a mujeres en edad fértil unidas 370 de las que participaron en la presente investigación 272 mujeres.

Durante los 2 últimos años uno de los motivos de consulta ha sido la depresión aunque no se lleva un registro puntual del numero de casos atendidos durante este periodo, básicamente, en servicio de salud otorgados encontramos el diagnostico relacionado con otras patologías, las cuales constituyen el motivo de consulta, su identificación corresponden al diagnostico oportuno por parte del medico, tratamiento, control y seguimiento del paciente que implican acciones de tipo educativo tendientes a modificar malos hábitos y conductas en el paciente.

De acuerdo al programa establecido en la unidad la valoración que debe brindarse al paciente se realiza en el hospital de segundo nivel de atención donde se cuenta con las especialidades de psiquiatría y psicología, Que permiten satisfacer los requerimientos de atención y resolución de los problemas de salud concomitante como depresión subclínica, depresión media-severa, depresión-grave y otros trastornos que pueden presentarse en el paciente con depresión que se estudia.

Se estudiaron 272 mujeres con estado civil, casadas o en unión libre de 25 a 45 años de edad, a los cuales se les realizó una entrevista, y se les aplicó cuestionario que contenía las variables para la identificación de grado de depresión y factores relacionados.

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la distribución por edad corresponde a una media de edad 33 años, una moda de 25, con depresión ausente encontramos 24 mujeres correspondiéndole el 8.8%, con depresión subclínica el grupo más afectado es de 25-30, con un 24.63%, con depresión media -severa encontramos el grupo más afectado a las mujeres de 25 a 30 años con un 6.98%.

**EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL ENTREVISTADO \* NIVEL DE DEPRESION**

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESION						Total	
	DEPRESION AUSENTE		DEPRESION SUBCLINICA		DEPRESION MEDIA-SEVERA		No	%
	No	%	No	%	No	%		
25-30	11	4.04	67	24.63	19	6.98	97	35.66
31-35	4	1.47	58	21.32	5	1.83	67	24.63
36-40	8	2.94	60	22.05	11	4.04	79	29.04
41-45	1	.36	25	2.19	3	1.10	29	10.66
Total	24	8.82	210	77.2	38	13.97	272	100

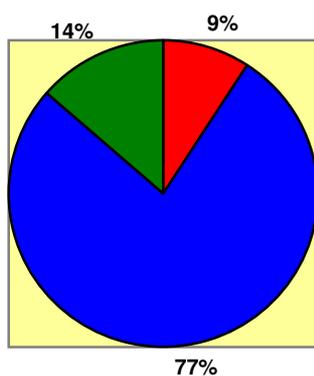
Fuente: Cuestionario.

En cuanto al estado civil de las mujeres entrevistadas encontramos que 2 de cada diez mujeres viven en unión libre, y su relación con el grado de depresión encontramos que el mayor porcentaje con depresión subclínica esta en mujeres en unión libre con un 78.2% con respecto a las casadas con un 77%, con depresión media-severa encontramos con un 15.6% mujeres en unión libre en tanto que las casadas presentaron un 13.8%, con depresión ausente encontramos un total del 8.8% de las mujeres.

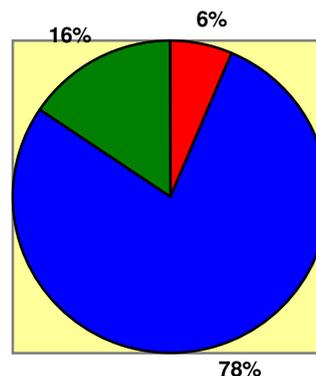
**ESTADO CIVIL DEL ENTREVISTADO \* NIVEL DE DEPRESION**

ESTADO CIVIL DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESION						Total	
	DEPRESION AUSENTE		DEPRESION SUBCLINICA		DEPRESION MEDIA-SEVERA			
CASADA	22	9.2%	185	77%	33	13.8%	240	88.2%
UNION LIBRE	2	6.2%	25	78.2%	5	15.6%	32	11.8%
Total	24	8.8%	210	77.2%	38	14%	272	100%

Fuente: Cuestionario.



CASADA

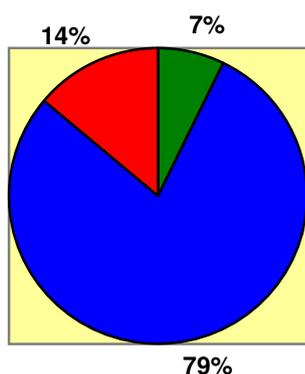


UNION LIBRE

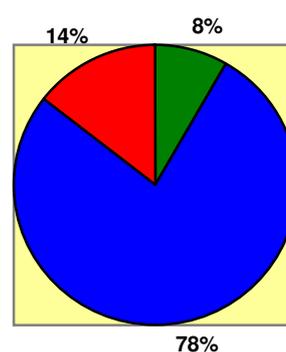
Respecto a la escolaridad encontramos, el grupo más afectado con depresión subclínica las mujeres con escolaridad de primaria y secundaria con 78.9% y 77.3% respectivamente, con depresión severa tenemos a las mujeres con grado de escolaridad de profesional con un 17.6%, a las de secundaria con un 14.4%, primaria y preparatoria con un 13.8% respectivamente, encontramos que las mujeres analfabetas el 100% de estas presentaron depresión subclínica.

**ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO \* NIVEL DE DEPRESION**

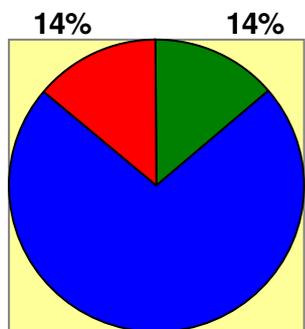
ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESION						Total	
	DEPRESION AUSENTE		DEPRESION SUBCLINICA		DEPRESION MEDIA-SEVERA			
PRIMARIA	9	7.3%	97	78.9%	17	13.8%	123	45.2%
SECUNDARIA	8	8.2%	75	77.3%	14	14.4%	97	35.6%
PREPARATORIA	4	13.8%	21	72.4%	4	13.8%	29	10.6%
PROFESIONAL	3	17.6%	11	64.7%	3	17.6%	17	6.2%
ANALFABETA	0	0	6	100%	0	0	6	2.2%
Total	24	8.8%	210	77.2%	38	14%	272	100%



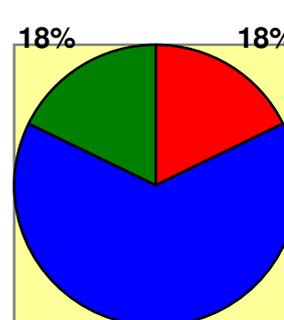
PRIMARIA



SECUNDARIA



PREPARATORIA



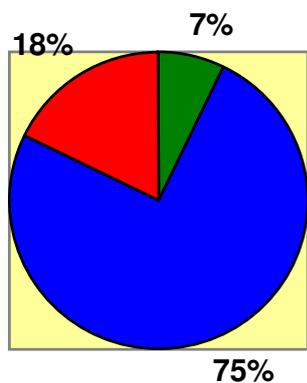
PROFESIONAL

Referente a la ocupación de las mujeres, tenemos que las que se dedican a las labores del hogar el 77.5% presentaron depresión subclínica, con respecto a las que se dedican a otras actividades a las que les correspondió 75%, y con depresión media-severa tenemos a las que se dedican a otra actividad con un 17.8% y las dedicadas a labores del hogar con un 13.5%.

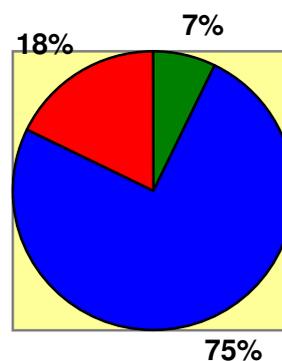
**OCUPACION DEL ENTREVISTADO \* NIVEL DE DEPRESION**

OCUPACION DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESION						Total	
	DEPRESION AUSENTE		DEPRESION SUBCLINICA		DEPRESION MEDIA-SEVERA			
LABORES DE HOGAR	22	9%	189	77.5%	33	13.5%	244	89.7%
OTRO	2	7.1%	21	75%	5	17.8%	28	10.3%
Total	24	8.8%	210	77.2%	38	14%	272	100%

Fuente: Cuestionario



LABORES DE HOGAR



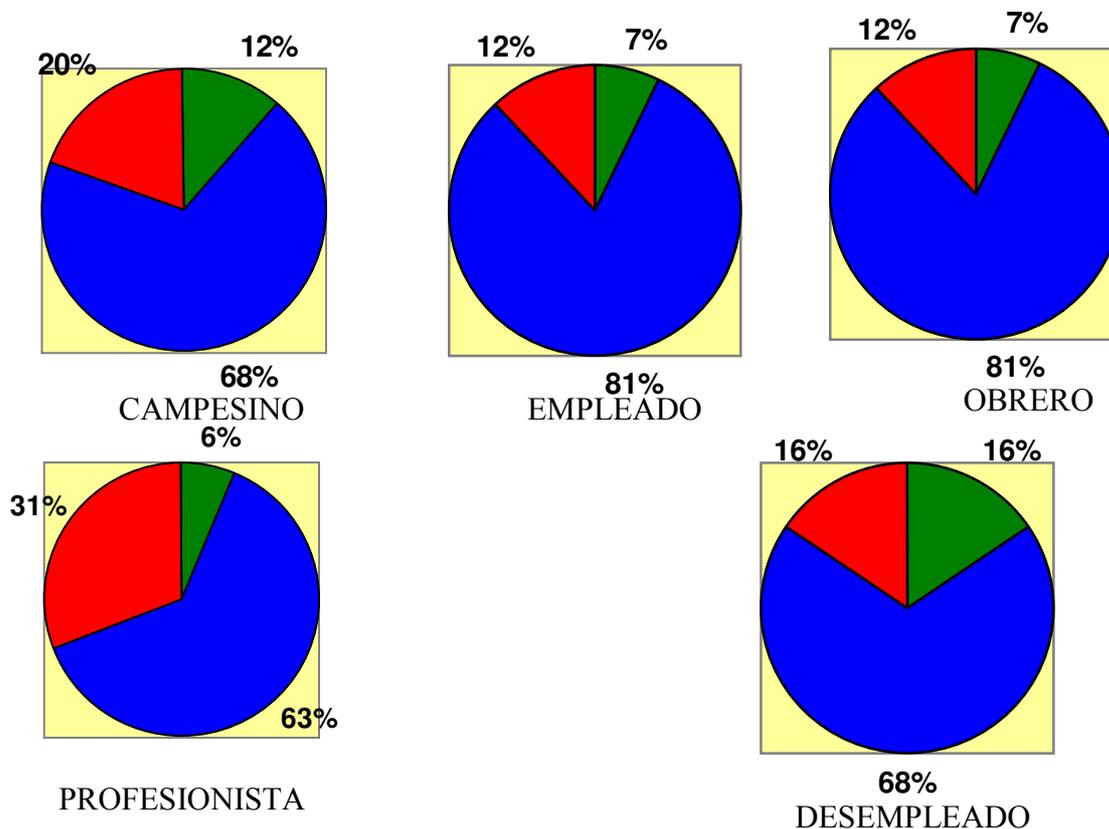
OTROS

En lo concerniente a la ocupación de la pareja encontramos que las mujeres con depresión subclínica más afectadas fueron, cuya pareja es empleado con un 84.2%, obrero con un 80.9%, desempleado con un 68.7%, campesino 68.6% y profesionista con un 62.5%. las que presentaron depresión media-severa, el 31.2% su pareja es profesionista, el 19.6% campesino, el 15.6% desempleado, el 12% obrero y el 9% empleado.

**OCUPACION DE LA PAREJA \* NIVEL DE DEPRESION**

OCUPACION DEL ESPOSO	NIVEL DE DEPRESION						Total	
	DEPRESION AUSENTE		DEPRESION SUBCLINICA		DEPRESION MEDIA-SEVERA			
CAMPESINO	6	11.7%	35	68.6%	10	19.6%	51	18.7%
EMPLEADO	6	6.7%	75	84.2%	8	9%	89	32.7%
OBRERO	6	7.1%	68	80.9%	10	12%	84	30.8%
PROFESIONISTA	1	6.2%	10	62.5%	5	31.2%	16	5.8%
DESEMPLEADO	5	15.6%	22	68.7%	5	15.6%	32	11.8%
Total	24	8.8%	210	77.2%	38	14%	272	100%

Fuente: Cuestionario



## **DISCUSION.**

Diversos estudios realizados sobre depresión demuestran la presencia de múltiples factores relacionados con este padecimiento esto aunado a las transformaciones económicas, sociales y también a los que estamos sometidos, hacen de este padecimiento uno de los problemas de Salud Mental más grave de este siglo.

Con los resultados obtenidos en este estudio encontramos que la población estudiada fue mujeres de 25 a 45 años de edad, en las cuales la edad mayormente afectada fue el de 25 años resultados que coinciden con Benjet Corina realizado en México.<sup>10</sup> En cuanto al estado civil de las mujeres estudiadas encontramos un mayor porcentaje de depresión en mujeres que viven en unión libre que las casadas, situación que no coincide con los resultados encontrados por Alarcón R en estudio realizado en España.<sup>12</sup> Respecto al nivel de escolaridad encontramos que mientras mas bajo es el nivel de escolaridad mas alto es el porcentaje de depresión que presentan las mujeres del estudio, que coincide con lo reportado por Corina Benjet y Alarcón,<sup>10, 12</sup> comprobando que la presencia de depresión es provocada por procesos multifactoriales en las mujeres estudiadas.

Respecto a la ocupación de la población estudiada los resultados obtenidos en el presente estudio nos reportan que el grupo más afectado son las amas de casa, lo cual es congruente con los hallazgos de otras investigaciones realizadas por Gómez Restrepo y Lara M, en Brasil y Colombia.<sup>4, 7</sup>

En el presente estudio los resultados con respecto a la ocupación de la pareja se encontró mayor grado de depresión en mujeres cuya pareja es profesionista, situación que no coincide con estudios anteriores.

Si bien es cierto que la depresión es un problema de Salud Pública en nuestro país, no se han llevado estadísticas confiables ya que el motivo de consulta es muchas veces por otros padecimientos, y en las que se diagnostican de primera intención se encuentran ya con Depresión en fase severa. No existe

un documento oficial en el que se pueda registrar la morbilidad por este padecimiento, el impacto económico, es muy alto, y se ve minimizada la calidad de vida.

## **CONCLUSIONES.**

- La frecuencia más elevada de depresión subclínica y media-severa ocurre en población femenina en el grupo de 25-30 años de edad.
- La depresión subclínica y media-severa es mas frecuente en amas de casa en unión libre.
- Se presenta con más frecuencia la depresión subclínica en amas de casa que cursaron la primaria y la depresión media-severa se presentó en amas de casa que cursaron la secundaria.
- La depresión subclínica la encontramos más frecuentemente en amas de casa que se dedican a labores del hogar y la depresión media-severa en las que trabajan.
- Encontramos depresión subclínica en amas de casa, en la que sus esposos tenían ocupación de empleados y depresión media-severa en la ocupación de profesionistas

A pesar de que la Depresión es una entidad patológica que ha aumentado en incidencia y prevalencia en la población en general, es innegable que la depresión como problema de salud publica requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de salud para implementar y reforzar las medidas de prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación, que garanticen un control efectivo, para disminuir el riesgo de depresión severa y posteriormente, su peor resolución, la muerte por suicidio.

Lo anterior conlleva necesariamente a que todo el personal de salud tenga los conocimientos acerca de la existencia de los factores asociados con ciertas pautas de conducta o estilo de vida de las personas y su entorno familiar, los cuales pueden ser modificables.

En este sentido, el aspecto educativo y presuntivo es el eje fundamental a través del cual pueden lograrse estos cambios y obliga al prestador de servicios de salud y al equipo multidisciplinario a la capacitación, orientación, así como búsqueda de nuevas alternativas de solución en materia de Depresión y de asesoria, por parte del personal

responsable del programa institucional, a la revisión conjunta de las Normas Oficiales vigentes, de tal manera que pueda otorgarse una mejor atención a las amas de casa con Depresión y mejorar su calidad de vida.

Es importante recordar que las amas de casa son también madres, esposas, por lo que se debe tener en cuenta que son el pilar del hogar, y al haber un desequilibrio en la familia conlleva a un desajuste familiar y social, por lo que es importante reconocer la presencia de Depresión en este grupo.

Se pretende implementar con las amas de casa detectadas con los diversos grados de depresión, clubes, en la que cada mes un equipo multidisciplinario se programara para realizar actividades, trabajar de manera integral con las familias.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Belló M, Puentes Rosas E, Medina Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud DF, México. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"; 2005;47(1):4-11.
- 2.-Czernik G, Almirón L., Cuenca E., Mazzaro B., Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista Santa Fé. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica;2005;12(2)
3. Depresión. Julio 2005.  
<http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/introducción.htm>.
- 4.-Gómez Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Jacky FA, Gil Laverde A, Rondón Sepúlveda M. y Díaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores Asociados con ella en la población Colombiana; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health; 2004; 16(6);378–386.
- 5.-Mogollón Díaz JP, Jinete Castellanos SP, Moreno Martínez IA, Álvarez MP. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 Años hospitalizados en un servicio de medicina interna: Rev. Med. UNAB 2005; 8(1);11-14.
- 6.-Salgado de Snider N, Maldonado M. Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pública Mex 1994; 36;(2): 200-209.
- 7.- Lara M.A., Acevedo M.C. Berenzon S., La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. Cad Saude Pública, 2004; 20(3); 818-828
- 8.-Lara MA, Intervención psicosocial para Mujeres con depresión. Instituto Nal Perinatología: 2003; 17(4); 219-229.

- 9.- Castro Morales JM. Intentos de suicidio atendidos en el hospital Psiquiátrico "Villahermosa": Salud en Tabasco; 2001:7 (1) 363-365.
10. Benjet C, Borges G, Medina Mora M.E, Fleiz Bautista C, Zambrano Ruiz J, Actuario. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud pública Méx: 2004:46(5); 417-424.
- 11.- Instituto tecnológico y de estudios superiores de Monterrey. Campus Guadalajara, extensión académica Área de la Salud. 2-8
12. Alarcón R., Antón C.G., Anula M., Arenas M.S., Carratal M., Fernández.-Yáñez A, Quince F., Server L., Simón.-Talero M. boletín farmacoterapeutico valenciano. Generalitat Valenciana: 2000; 1 (7); 29-36.
13. Salinas Rodríguez J.L., La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión. Revista Electronica de Psicología:1998; 1(1); <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia>
14. -Strock M., De Paulo, Frank E., Rosenbaum J.F., Rudorfer M.V. Wittenberg C.K., Alberts L.d., Menvielle E. Depresión: National Institute of Mental Health:1994; SP 02 3561 <http://www.nimh.nih.gov/publicat/spDep3561.cfm>.
- 15.-Tapia.-Saavedra A., Estrés oxidativo y depresión. ¿Un posible rol etiológico; 2005. Rev. Chi. Neuro-psiquiatr. 43 (4); 329-326
- 16.-Sulaiman S., Bhugra D., De Silva P, Síntomas de la depresión en mujeres de Dubai-Un estudio piloto: 2003; The European Journal of Psychiatry: 17 (1); 22-32.

- 17.- Norma Oficial Mexicana NOM-025-ssa2-1994 para la Prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica 1995 <File://Documents%20and%20Setting/User/Mis>
- 18.- Lopez Rodríguez J, Lopez Butrino MA, Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V. Estudios doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada; Salud Mental: 2004;27(5) 53-61.
- 19.- Medrano Alberniz J. Tratamiento de la depresión en atención primaria. Infac: 2002;18(2)7-12.
- 20.- Instituto Nacional de Salud Mental. Hable sobre: las mujeres y la depresión Oficinas de Salud Mental Estado de Nueva York. 2006 [www.omh.state.ny6.us](http://www.omh.state.ny6.us).
- 21.- Jiménez J.P. El tratamiento Psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. Revista de Psicoanálisis. 2003; 13
- 22.- Kecskés I., Rihmer Z., Szadoczky E., Füredi J., Kiss K. ¿Influye el sexo y la ansiedad en el resultado del tratamiento de la Depresión? The European Journal of Psychiatry. 2003;17(1)
- 23.- Fernández García A. Enfoque Farmacológico del tratamiento del Insomnio, Ansiedad y Depresión para la Atención Primaria de Salud. Revista Ciencias.com. y 4 Gurus.com. 2005; [Ariana.fdez@infomed.sid.cu](mailto:Ariana.fdez@infomed.sid.cu).
- 24.- Rodríguez H., Avances farmacológicos en el Tratamiento de la Depresión: Una Revisión Actualizada. Cuadernos de Neurología; 1999;23
- 25.- Thonson plm. Diccionario de Especialidades Farmacéutica: 2005
- 26.- Bobes J., Portilla M.P.G., Bascaran M.T., Saiz P.A., Bousoño M. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ra. Edición 2006.

## **A N E X O S**

Carta de Consentimiento Informado.

La Dra. Maria Cruz Jiménez de la Cruz ha solicitado mi consentimiento para participar en su proyecto de investigación, para identificar en personas con depresión con la Escala de Zung, sobre depresión, algunas de las características que pudieran estar relacionadas con la “Prevalencia de Depresión en amas de casa de 25 a 45 años de edad En el CAAPS del “Centro de Salud del Poblado madero”.

También este estudio es un requisito, para obtener el grado de la Especialidad del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Además se me informo que los datos que yo le proporcione serán confidenciales y estará respetada mi identidad de acuerdo a lo establecido en el Capitulo I Artículo 14, Artículo 20,21, y que tengo la libertad de retirarme si así lo deseo en el momento de la Entrevista.

Así mismo me informó que las encuestas no tienen ningún riesgo y mi salud no se vera afectada.

-----  
Paciente

-----  
Testigo

-----  
Testigo.

**CENTRO DE SALUD CON 3 NUCLEOS BASICOS**  
**AUTOEVALUACION DE ZUNG (PARA DEPRESION)**  
**FICHA DE IDENTIFICACION:**

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACION DEL ESPOSO: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA "X" LA**

**RESPUESTA QUE CONSIDERE " LA RESPUESTA QUE CONSIDERE:**

	MUY POCAS	ALGUNAS	MUCHAS	LA MAYORIA	PUNTOS
	VECES	VECES	VECES	DE LAS VECES	
1.- ME SIENTO ABATIDO DESANIMADO Y TRIZTE-					
2.- POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO					
3.- TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO DE LLORAR					
4.- TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE					
5.- COMO IGUAL QUE ANTES					
6.- DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES					
7.- NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO.					
8.- TENGO PROBLEMA DE ESTREÑIMIENTO					
9.- MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTRUMBRADO.					
10.-ME CANSO SIN MOTIVO					
11.-MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE					
12.-ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER					
13.-ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTRME QUIETO					
14.-TENGO ESPERANZA EN EL MUNDO					
15.-SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE					
16.-TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE					
17.-SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO					
18.-SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA.					
19.-SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI. SI ESTUVIESE MUERTO					
20.-SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA					
MUY POCAS VECES=1 PUNTO, ALGUNAS VECES=2 PUNTOS, MUCHAS VECES=3 PUNTOS, LA MAYORIA DE LAS VECES=4					
* DE 20 A 35: DEPRESION AUSENTE				* DE 52 A 67: DEPRESION MEDIA-SEVERA	
* DE 36 A 51:DEPRESIN SUBCLINICA Y VARIANTES NORMALES				* DE 68 A 80: DEPRESION GRAVE.	