



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE D. F.
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
EL ROSARIO

PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO EN POBLACION ADULTA DE LA UMF No 33

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. GERÓNIMO RODRIGO AHUMADA OCARANZA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
Coordinador clínico de Investigación en Salud UMF No 33 IMSS

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. SIXTA ELENA OCARANZA CORTEZ
Médico Adscrito a la UMF No. 64 I.M.S.S.
Vocal del Comité de Investigación U.M.F. No 64 I.M.S.S.



MEXICO, D. F.

FEBRERO 2008



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.

AUTORIZACIONES

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN ALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
ASESORA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33**

**DRA. SIXTA ELENA OCARANZA CORTEZ
MÉDICO ADSCRITO A LA UMF NO. 64 I.M.S.S.
VOCAL DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN U.M.F. NO 64 I.M.S.S.**

**DR. GERÓNIMO RODRIGO AHUMADA OCARANZA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CRUSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR**

INDICE

	Pág.
1. Antecedentes	5
Epidemiología	6
Episodio depresivo mayor	
Características del episodio	8
Síntomas y trastornos asociados	13
Hallazgos de laboratorio	14
Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo	15
Curso	16
Diagnóstico diferencial	17
Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10	18
Criterios para el episodio depresivo mayor	20
Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10	21
Episodio depresivo leve	23
Episodio depresivo moderado	23
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	24
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	25
Otros episodios depresivos	25
Episodio depresivo sin especificación	26
2. Material y métodos	27
3. Resultados	29
4. Tablas y Gráficas	33
5. Discusión	41
6. Conclusiones	43
7. Bibliografía	44

Objetivos. Determinar la prevalencia del episodio depresivo en la población adulta adscrita a la UMF No 33 del IMSS que acude a consulta en febrero del 2008, determinar el género, la edad y ocupación que se afectan con mayor frecuencia por el episodio depresivo. **Diseño:** Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. **Material y Métodos.** Se incluyeron 139 pacientes, derechohabientes de la UMF No 33, que acudieron a consulta por cualquier motivo, que supieran leer y escribir. El instrumento de medición, se caracteriza por un cuestionario, formado por 20 preguntas (Calderón N.). A todos los pacientes que obtuvieron puntaje con algún estado de depresión se les aplicaron los criterios establecidos en el DSM IV y el CIE-10 para clasificarlos en episodio depresivo leve, moderado y severo. **Resultados.** Se eliminaron a 12 pacientes que dejaron incompleta la encuesta lo que representa 8.63% del total de la muestra. La mayor parte de las personas que contestaron la encuesta fueron de género femenino, siendo 90 (70.87%), y el restante masculino, 37 pacientes (29.13%). Sólo 3 pacientes encontré con sintomatología grave estando en el grupo de edad de 31 a 35 representado el 2.4%. Para este grado de episodio calificaron 12 pacientes (9.45%). 5 derechohabientes calificaron para episodio depresivo leve siendo el 3.94% de la población total encuestada. **Conclusiones.** La prevalencia fue de 15.75%, lo que corresponde con otros reportes de la literatura universal donde se ha encontrado hasta del 25%.

1. ANTECEDENTES

La depresión ha estado con la humanidad desde el principio de la misma, a lo largo de la historia del ser humano. Como antecedentes históricos podemos mencionar la utilización de la palabra melancolía en un escrito de Hipócrates en el siglo V A. C. Después encontramos en el siglo II de nuestra era que Areteo de Capadocia se refiere a la depresión como causada por la bilis negra. Lo que posteriormente reafirmara Galeno en sus escritos.

De ahí podemos dar un brinco hasta el siglo XIV, cuando Paracelso habla tanto de la depresión endógena como la exógena. Roberto Burton escribe su libro LA ANATOMIA DE LA MELANCOLÍA haciendo referencia a los aspectos hasta entonces conocidos sobre el padecimiento.

El siglo XIX Emil Kraepelin, uno de los más eminentes psiquiatras de su tiempo habla de la melancolía atónita. También en ese siglo Kalbhaum en 1863 acuña y empieza a utilizar el término distimia.

En 1911 Sigmund Freud publica su trabajo DUELO Y MELANCOLÍA, en el cual establece las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo, que se da al sufrir la pérdida de un ser querido y en el que es normal la presencia de depresión, siempre y cuando esta se resuelva en 6 a 12 meses y no incapacite a la persona a desarrollar sus actividades normales.

Actualmente el DSM IV se encuentra en vigor englobando a todos los trastornos del estado de ánimo incluyendo a la depresión y de acuerdo a frecuencia e intensidad de su sintomatología es como será clasificada esta.

EPIDEMIOLOGIA

La estimación de la incidencia y la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es variable. En Estados Unidos, el riesgo de presentar un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida es aproximadamente del 6%, y el riesgo de presentar cualquier otro trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida es del 8% 1.

La prevalencia de la depresión mayor oscila entre el 2,6 y el 5,5% en varones, y entre el 6,0 y el 11,8% en mujeres 2. La prevalencia de la distimia es del 3-4% 3. Algunos estudios sugieren que el 48% de la población de Estados Unidos ha presentado como mínimo un episodio de trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida.

Muchos estudios han encontrado que la depresión unipolar en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones. Siguen sin aclararse los motivos de la diferencia entre ambos sexos. El género no parece afectar la prevalencia del trastorno bipolar. La incidencia de la depresión mayor es superior en individuos separados o divorciados que en personas casadas, sobre todo en varones, y en pacientes con una enfermedad médica, y la depresión se asocia con una mayor utilización de servicios sanitarios.

La prevalencia de la depresión mayor en la asistencia primaria es del 4,8-9,2%, y la prevalencia de todos los trastornos depresivos es del 9-20%; los trastornos del estado de ánimo constituyen los problemas psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en asistencia primaria.

El efecto de la cultura y del estrés en la prevalencia de la depresión queda patente en el estudio Cross-National Collaborative Group realizado en 10 países, que utilizó el Cuestionario de entrevista diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) En este estudio, la tasa de depresión mayor a lo largo de la vida variaba entre un mínimo de 1,5 casos por cada 100 adultos en Taiwan hasta un máximo de 19/100 en Beirut, y la tasa anual de depresión oscilaba entre el del 0,8/100 de Taiwan y el 5,8/100 de Nueva Zelanda.

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile (4), Brasil (5, 6) y México (7), que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la Región. 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.

En un estudio realizado en Colombia, de las personas estudiadas, 10,0% presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años (8).

En el año 2004 se realizó un estudio en México encontrando que la prevalencia nacional de depresión fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica (9).

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% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (10).

En la UMF 33 en el 2001 se realizó un estudio en adultos mayores esperando encontrar la frecuencia del síndrome depresivo pero únicamente se realizó en el adulto mayor y no se realizó incidencia ni prevalencia (17).

En el 2002 se realizó una revisión de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor encontrando que es la depresión el número uno (18),

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Características del episodio

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o

inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben

ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración (p. ej., un programador de ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada

erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser

incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer). Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor, porque no son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Asimismo, cuando los síntomas son claramente debidos a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 kg de peso relacionada con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor. Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el

episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo (v. pág. 700), a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (v. pág. 394).

Hallazgos de laboratorio.

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con episodios depresivos mayores, en comparación con sujetos de control. Las anormalidades de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II. La mayoría de las anormalidades de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., se afectan según la presencia o ausencia de los síntomas depresivos), pero algunos hallazgos preceden al inicio del episodio o persisten tras su remisión. Es más fácil que las pruebas de laboratorio sean anormales en los episodios con síntomas melancólicos o psicóticos y en los sujetos más gravemente deprimidos.

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anormalidades del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio

anormales son el test de supresión con dexametasona, otras pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imaginaria cerebral, los potenciales evocados y el EEG.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado» (entre los hopi). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivo, de ansiedad y somatomorfo. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de «calor en la cabeza» o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo «general» en una cultura.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más

frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones. Véanse los correspondientes apartados de los textos referentes al trastorno depresivo mayor (v. pág. 348), trastorno bipolar I (v. pág. 360) y trastorno bipolar II (v. pág. 368) para la información específica sobre el sexo.

Curso

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyo caso se debe anotar la especificación en remisión parcial; pág. 385). La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónico; v. pág. 390).

Diagnóstico diferencial

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demencia** o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado

premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los **episodios maníacos con estado de ánimo irritable** o de los **episodios mixtos**. Esta distinción requiere una evaluación clínica concienzuda de la presencia de síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (exceptuando la duración de 2 semanas) casi cada día durante al menos un período de 1 semana, entonces se trata de un episodio mixto.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un **duelo** y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y a no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Finalmente, hay que señalar que los **períodos de tristeza** son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o

deterioro clínicamente significativos. El diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado** puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo con incapacitación clínica significativa que no cumplen los criterios de duración o gravedad.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

Criterios para el episodio depresivo mayor

- 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 incluir 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). **Nota:** 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 hipersomnias 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 autorreproches 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 (v. pág. 341).
- 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. ej., 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 psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

F32 Episodios depresivos

F32.0	Episodio depresivo leve.
F32.1	Episodio depresivo moderado.
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.8	Otros episodios depresivos.
F32.9	Episodio depresivo sin especificación.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como

irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este **síndrome somático** habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos

semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye:

Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la delegación de Azcapotzalco, Distrito Federal, en el servicio de consulta externa con el objetivo de determinar la prevalencia del episodio depresivo en población adulta adscrita a esta unidad.

El estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo, observacional tipo encuesta, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyeron 139 derechohabientes (DH) que acudieron al servicio de consulta externa en el mes de Febrero de 2008. El tamaño de la muestra se calculo en base a la tabla 13.E de S. B. de Hulley para estudios descriptivos con un nivel alfa de 0.05; nivel beta de 0.20; proporción esperada igual a 0.10; amplitud total igual a 0.10 y nivel de confianza igual a 95%. Se excluyeron 12 derechohabientes que no completaron la encuesta.

Se aplicó el cuestionario por el médico investigador a todos los pacientes que reunieron los criterios de inclusión y que acudían por demanda de consulta de todos los consultorios de la unidad en el mes de Febrero del 2008 previo consentimiento informado. El instrumento de medición, se caracteriza por un cuestionario, formado por 20 preguntas, que contienen los 20 síntomas más comunes del episodio depresivo, y que ha sido probado en población mexicana, la cuantificación de los síntomas pueden ser positivos o negativos, si son positivos se cuantifican en poco, regular y mucho, cada respuesta tiene una calificación que va de 1 a 4 puntos. La puntuación mínima que puede ser obtenida es de 20 puntos y la máxima de 80 puntos. Los resultados obtenidos los clasificamos de la siguiente manera: 20 a 35 puntos, corresponden a pacientes normales; 36 a 45 puntos se tomo como un estado de ansiedad probablemente por la aplicación del cuestionario; de 46 a 65 puntos se atribuyó a síndrome depresivo moderado; de 66 a 80 puntos se consideró como síndrome depresivo severo. Su validación fue efectuada en el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, su validez fue efectuada por ronda de expertos y reportando un alto grado confiabilidad por el alfa de Cronbach. Además se recabaron aspectos demográficos como edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. A todos los pacientes que obtuvieron

puntaje con algún estado de depresión se les aplicó los criterios establecidos en el DSM IV y el CIE-10 para clasificarlos en episodio depresivo leve, moderado y grave. A los pacientes que presentaron algún grado de depresión se les hizo copia del cuestionario con el diagnóstico del episodio correspondiente con atención a su médico familiar para que recibieran el tratamiento oportuno.

Para el análisis los datos recolectados se utilizó el programa Excel, concentrando los datos en una hoja de cálculo, y siendo ordenados en la misma; para realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se obtuvieron promedios y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de los pacientes participantes.

3. RESULTADOS.

Se encuestaron 139 derechohabientes adscritos a la UMF 33 que acudieron a consulta con su médico familiar. Se eliminaron a 12 pacientes que dejaron incompleta la encuesta lo que representa 8.63% del total de la muestra, lo que no es estadísticamente significativo para el tipo de estudio. La mayor parte de las personas que contestaron la encuesta fueron de género femenino, siendo 90 (70.87%), y el restante masculino, 37 pacientes (29.13%).

En cuanto a grupos de edad de 20-25 fueron 20 pacientes (15.75%) ; de 26-30 13 (10.24%); de 31 a 35 años 21 pacientes (16.54%); de 36 a 40 solo 7 (5.51%); en el siguiente grupo de 41-45, 17 (13.39%); de 46 a 50, 11 (8.66%); de 51 a 55, 8 (6.30%); de 56 a 60 años 9 (7.09%); de 61 a 65 se encontraron 7 (5.51%); de 66 a 70 también fueron 7 (5.51%); de 71 a 75 sólo 5 (3.94%); y el menor grupo fue el de 76 a 80 años siendo únicamente 2 (1.57%) (Tabla y gráfica 1).

Los derechohabientes encuestados tenían el siguiente estado civil: solteros 21 (16.54%); en unión libre 7 (5.51%); casados 88 representado la mayoría (69.29%); sólo una persona separada (0.79%); y una divorciada (0.79%); 9 personas viudas (7.09%).

La escolaridad se dividió como sigue: primaria 22 personas (17.32%); secundaria 40 (31.50%); nivel medio o carrera técnica 47 (37.01%); nivel superior 15 (11.81%); y sin ningún grado 3 (2.36%);

En lo que a ocupación se refiere se encontró lo siguiente: 10 derechohabientes son estudiantes (7.87%); 41 son empleados (32.28%); 51 pacientes se dedican al hogar (40.16%); 8 al comercio (6.30%); 15 son obreros (11.81%); uno se encontraba desempleado (0.79%); y uno jubilado (0.79%) (Tabla y gráfica 3).

De los pacientes encuestados 2 son portadores de asma (1.57%); una paciente con mastopatía fibroquística (0.79%); hipertensión arterial 19 (14.96%); con diabetes mellitus tipo 2, 8 (6.30%); diabéticos e hipertensión 6 (4.72%); glaucoma 1(0.79%); y con hipotiroidismo 1 (0.79%).

EPISODIOS DEPRESIVOS (EDs)

Se encontró que el 15.75% de la población total cursa con algún grado de episodio depresivo distribuyéndose de la siguiente manera de acuerdo a edad: de 20 a 25 solo 3 representado 2.36% del total (15% de los episodios); de 31 a 35 se encontraron 6 lo que corresponde al 4.72% (30% de los EDs); uno de 36 a 40 años igual al 0.79% (5% de los EDs); en los grupos de 41-45, 46-50, 51-55 se encontraron 2 en cada uno que representa solo el 1.57% (10% de los episodios); de 56 a 60 solo 1 que es 0.79% (5%); el siguiente grupo solo cuenta con 2 representando también 1.57% (10%) ; y en el último grupo solo una persona con 0.79% (5% del total de los episodios depresivos)(Tabla y gráfica 4).

Del total de la población 18 fueron mujeres siendo el 14.17% (90% de los EDs) y los hombres solo 2 representando el 1.57% (10% de los EDs) (Tabla y gráfica 5).

En cuanto al estado civil, 2 son solteros, del total de la población representa el 1.57% (10% del total de los EDs); en unión libre 1 igual a 0.79% (5% de los EDs); el grupo mayor fue el de casados con 13 representando el 10.24% (65%); separados y divorciados 1 respectivamente que corresponde a 0.79% (5% cada uno) y 2 personas viudas 1.57% (10% del total de los EDs).

La escolaridad de los encuestados con algún grado de episodio depresivo fue de esta forma: primaria 3 personas que representa el 2.36% del total de la población (15% de los EDs); secundaria 7 que corresponde al 5.51% (35% de los EDs) y 10 con nivel medio 7.87% (50% de los casos de EDs).

En cuanto a la ocupación encontramos un solo estudiante que representa el 0.79% del total de la población (5% de los EDs); 5 empleados 3.94% (25% EDs); la mayoría son amas de casa 11 que corresponde a 8.66 (55% de los EDs); y 3 comerciantes 2.36% (que corresponden a 15% del total de los EDs) (tabla y gráfica 6).

En cuanto a morbilidad 3 personas son portadoras de hipertensión arterial sistémica únicamente representando el 2.36%; una sola persona con Diabetes Mellitus tipo 2 (0.79%); y tres personas con las dos patologías mencionadas anteriormente (2.36%).

EPISODIO DEPRESIVO LEVE (EDL)

5 derechohabientes calificaron para episodio depresivo leve siendo el 3.94% de la población total encuestada.

Del total de la población se encontraron 2 en el grupo de 20 a 25 años (1.57%) representando el 40% del total de la población para el EDL; 1 de 36 a 40 (0.79%) representando el 20% del EDL; 1 de 51 a 55 (0.79%) lo que representa también el 20% de la muestra para el EDL; y 1 de 61 a 65 (0.79%) (tabla y gráfica 7).

El 100% fue población femenina para este episodio representando el 3.94% de la población total (tabla y gráfica 8).

Cuatro derechohabientes son casadas (3.15%) lo que representa 80% de la población con EDL y solo 1 es soltera (0.79% del total y para el episodio 20%).

La escolaridad fue de primaria 2 (1.57%) representando 40% y 3 con nivel medio terminado (2.36% del total y para el episodio 60%).

La mayoría son amas de casa, 4 (3.15%) lo que representa el 80% del EDL y solo una estudiante (0.79% del total y 20% del episodio) (tabla y gráfica 9).

Dos pacientes son portadoras de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión representando 40% de la población.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (EDM)

Para este grado de episodio calificaron 12 pacientes encontrando de 20 a 25 solo una persona que representa el 0.8% del total de la población (8.33% de los EDM); de 31 a 35 3 pacientes (2.4% de total y 25% de los EDM); de los grupos de 41-45 y 46-50 hay 2 en cada uno (1.6% y 16.67% del total y del EDM respectivamente); de los grupos de 51-55, 56-60, 61-65 y 66-70 solo un paciente en cada grupo (0.8% y 8.33% respectivamente) (Tabla y gráfica 10).

El 83.33% de las personas con EDM fueron mujeres (10) representando el 7.87% de la población total del estudio; el resto fueron hombres (2 pacientes con 16.67% de los EDM y 1.57% del total de la muestra) (Tabla y gráfica 11).

El estado civil de los derechohabientes con EDM tienen el siguiente estado civil:

1 en unión libre (0.79% del total de la muestra y 8.33% de los EDM); 7 casados (5.51% del total y 58.33% de los EDM); 1 persona separada y 1 divorciada con los mismos porcentajes (0.79% del total y 8.33% de los EDM); 2 personas viudas (1.57% del total y 16.67% de los EDM).

La escolaridad en este grupo quedo de la siguiente forma: primaria 1 persona (0.79% del total y 8.33% de los EDM); secundaria 6 personas (4.72% del total y 50% de los EDM); en nivel medio 5 personas (3.94% y 41.67%).

En cuanto a la ocupación encontramos 3 empleados (2.36% del total y 25% de los EDM); amas de casa 6 siendo la mayoría en este grupo (4.72% del total y 50% de los EDM); 3 personas se dedican al comercio (2.36% del total y 25% de los EDM)) (Tabla y gráfica 12).

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICÓTICOS (EDG)

Sólo 3 pacientes encontré con sintomatología grave estando en el grupo de edad de 31 a 35 representado el 2.4% de total de la muestra y obviamente el 100% de los EDG) (Tabla y gráfica 13).

El 100% de la población fue mujer para el EDG representando el 2.36% de la muestra) (Tabla y gráfica 14).

Hubo una persona soltera con 0.79% del total de la población (33.33% de los EDG) y dos casadas representando 1.57% del total (66.67% de los EDG).

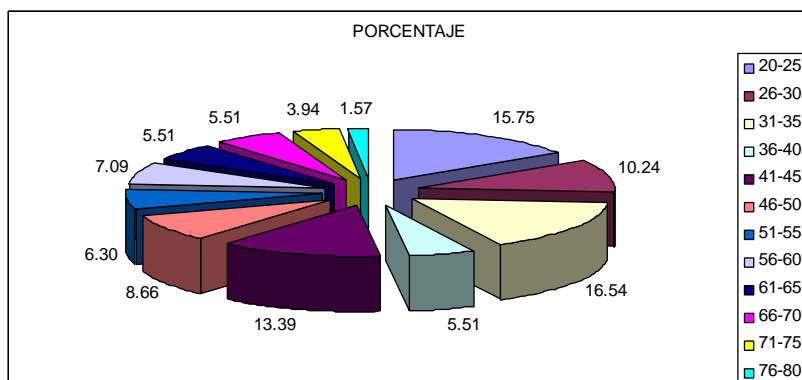
En cuanto a la escolaridad una paciente tiene secundaria (0.79% del total y 33.33% de los EDG); 2 pacientes nivel medio (1.57% del total y 66.67% del EDG).

2 personas son empleadas representando el 1.57% del total de la población (66.67% del EDG) y 1 se dedica al hogar (0.79% del total y 33.33% del EDG) (Tabla y gráfica 15).

4. TABLAS Y GRÁFICAS

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-25	20	15.75%
26-30	13	10.24%
31-35	21	16.54%
36-40	7	5.51%
41-45	17	13.39%
46-50	11	8.66%
51-55	8	6.30%
56-60	9	7.09%
61-65	7	5.51%
66-70	7	5.51%
71-75	5	3.94%
76-80	2	1.57%
TOTAL	127	100.00%

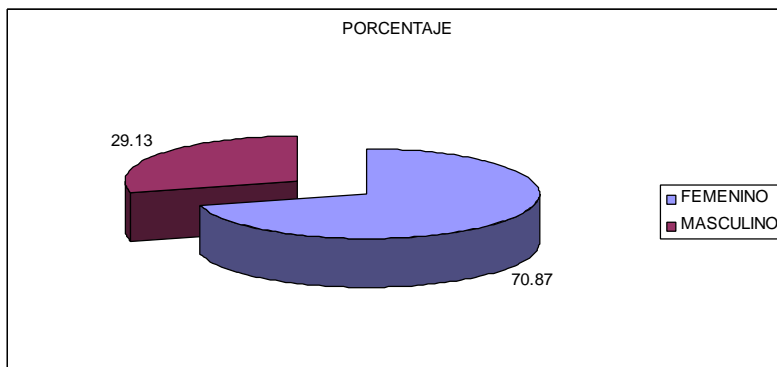
Tabla 1. Pacientes encuestados según edad



Gráfica 1. Pacientes encuestados según edad

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	90	70.87%
MASCULINO	37	29.13%
TOTAL	127	100.00%

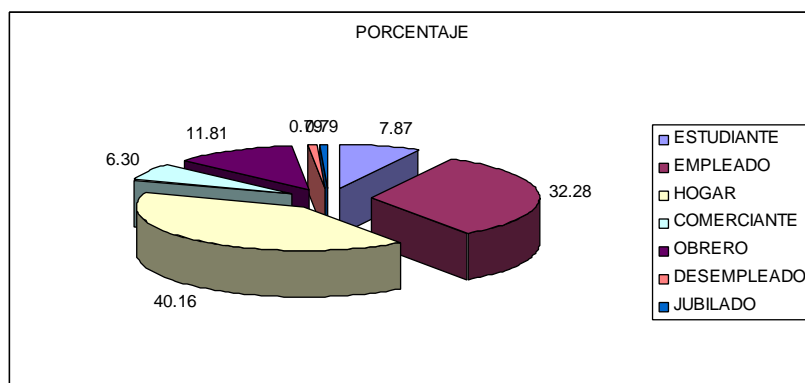
Tabla 2. Pacientes encuestados según género



Gráfica 2. Pacientes encuestados según género

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	10	7.87%
EMPLEADO	41	32.28%
HOGAR	51	40.16%
COMERCIANTE	8	6.30%
OBRERO	15	11.81%
DESEMPLEADO	1	0.79%
JUBILADO	1	0.79%
TOTAL	127	100%

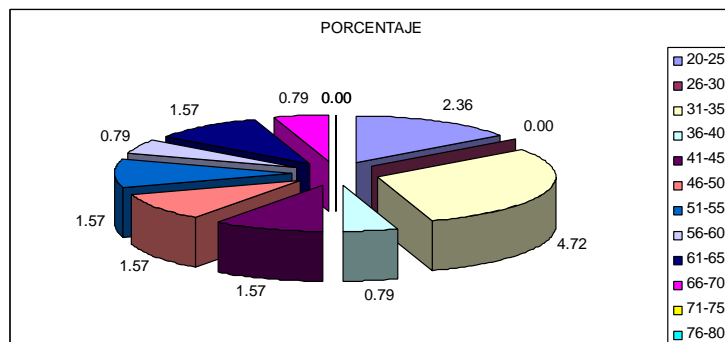
Tabla 3. Pacientes encuestados según ocupación



Gráfica 3. Pacientes encuestados según ocupación

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-25	3	2.36%
26-30		0.00
31-35	6	4.72%
36-40	1	0.79%
41-45	2	1.57%
46-50	2	1.57%
51-55	2	1.57%
56-60	1	0.79%
61-65	2	1.57%
66-70	1	0.79%
71-75		0.00
76-80		0.00
TOTAL	20	15.75%

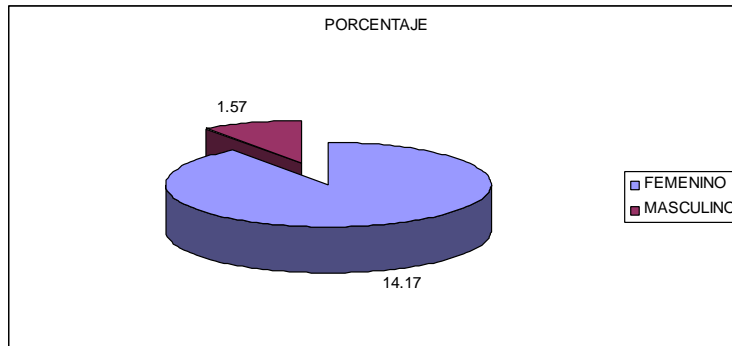
Tabla 4. Total de pacientes con episodio depresivo según edad



Gráfica 4. Total de pacientes con episodio depresivo según edad

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	18	14.17%
MASCULINO	2	1.57%
TOTAL	20	15.75%

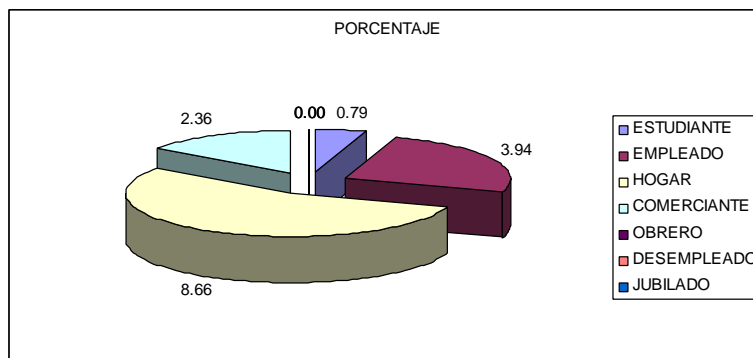
Tabla 5. Total de pacientes con episodio depresivo según género



Gráfica 5. Total de pacientes con episodio depresivo según género

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	1	0.79%
EMPLEADO	5	3.94%
HOGAR	11	8.66%
COMERCIANTE	3	2.36%
OBRERO		0.00%
DESEMPLEADO		0.00%
JUBILADO		0.00%
TOTAL	20	15.75%

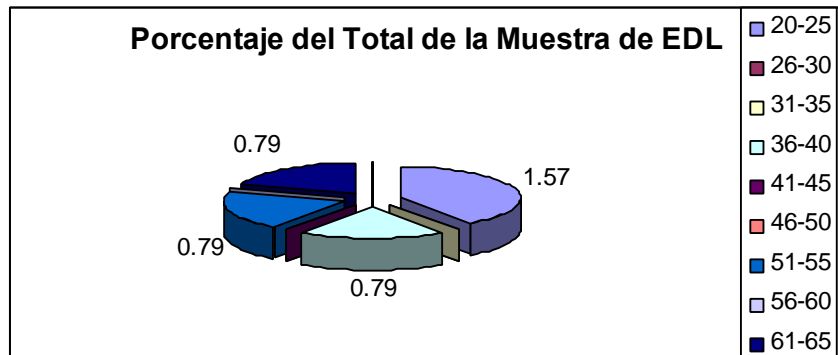
Tabla 6. Total de pacientes con episodio depresivo según ocupación



Gráfica 6. Total de pacientes con episodio depresivo según ocupación

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-25	2	1.57%
26-30		
31-35		
36-40	1	0.79%
41-45		
46-50		
51-55	1	0.79%
56-60		
61-65	1	0.79%
66-70		
71-75		
76-80		
TOTAL	5	3.94%

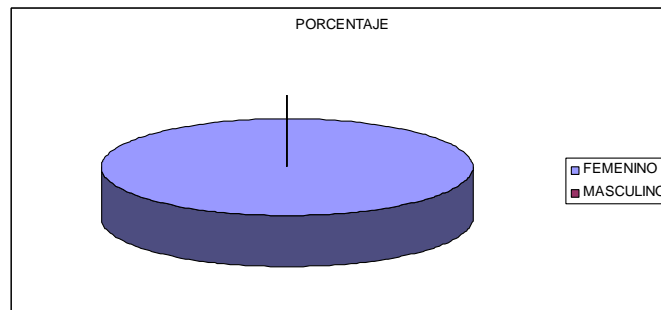
Tabla 7. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDL



Gráfica 7. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDL

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	5	3.94%
MASCULINO	0	0.00%

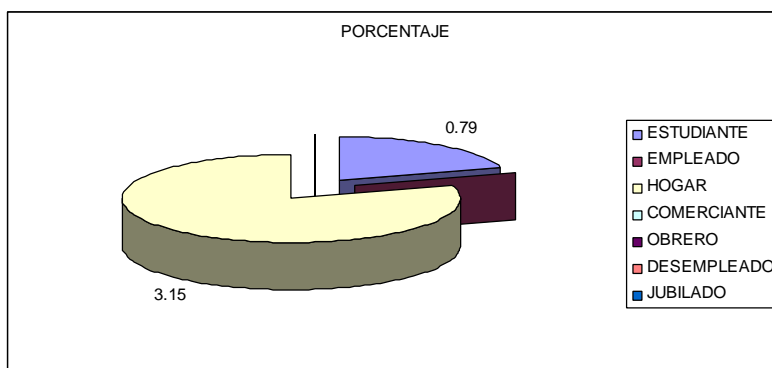
Tabla 8. Distribución por género del EDL



Gráfica 8. Distribución por género del EDL

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	1	0.79%
EMPLEADO		0.00
HOGAR	4	3.15%
COMERCIANTE		0.00
OBRERO		0.00
DESEMPLEADO		0.00
JUBILADO		0.00
TOTAL	5	3.94%

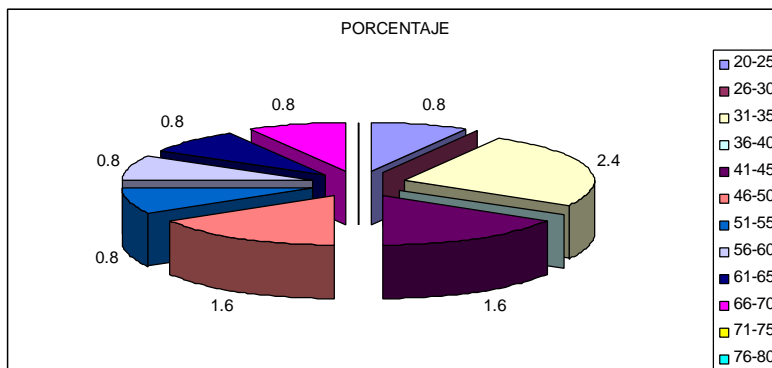
Tabla 9. Ocupación y porcentaje del EDL



Gráfica 9. Ocupación y porcentaje del EDL

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-25	1	0.8%
26-30		
31-35	3	2.4%
36-40		
41-45	2	1.6%
46-50	2	1.6%
51-55	1	0.8%
56-60	1	0.8%
61-65	1	0.8%
66-70	1	0.8%
71-75		
76-80		
TOTAL	12	9.45

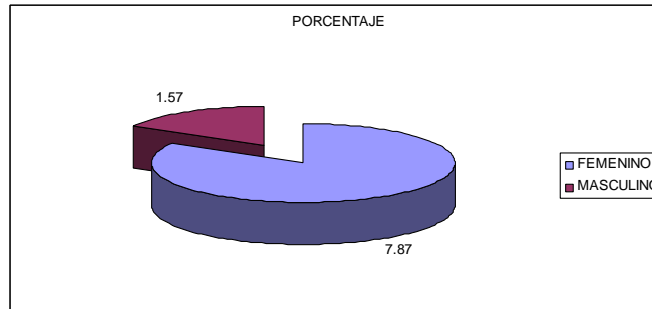
Tabla 10. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDM



Gráfica 10. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDM

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	10	7.87%
MASCULINO	2	1.57%
TOTAL	12	9.45%

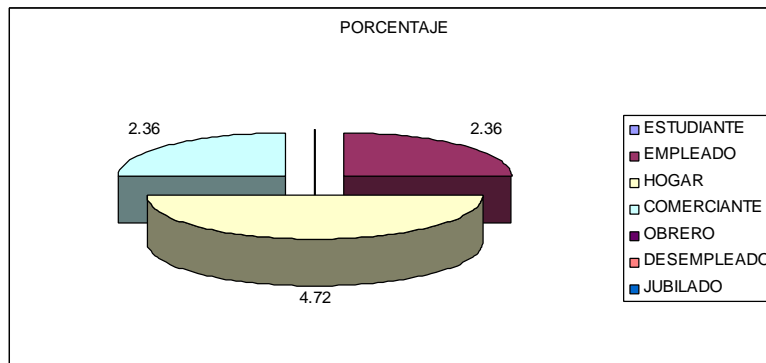
Tabla 11. Distribución por género del EPM



Gráfica 11. Distribución por género del EPM

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
ESTUDIANTE		
EMPLEADO	3	2.36%
HOGAR	6	4.72%
COMERCIANTE	3	2.36%
OBRERO		
DESEMPLEADO		
JUBILADO		
TOTAL	12	9.45%

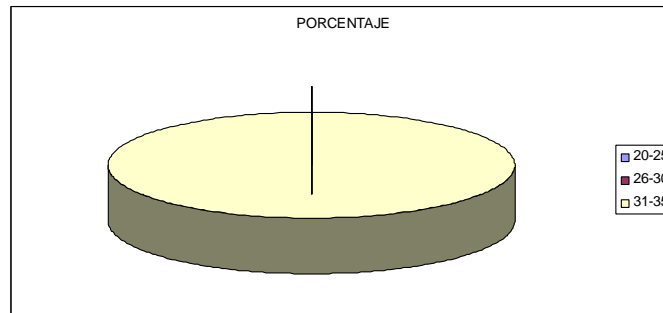
Tabla 12. Distribución por ocupación del EPM



Gráfica 12. Distribución por ocupación del EPM

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
31-35	3	2.4%
TOTAL	3	2.36%

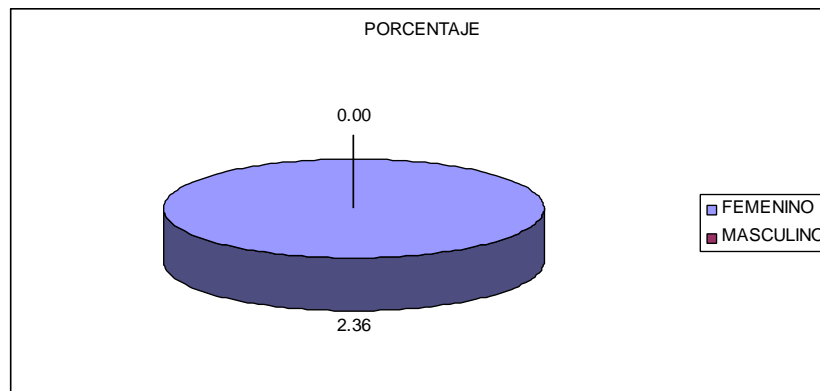
Tabla 13. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDG



Gráfica 13. Distribución de pacientes y porcentaje del total de muestra para EDG

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	3	2.36%
MASCULINO		0.00
TOTAL	3	2.36%

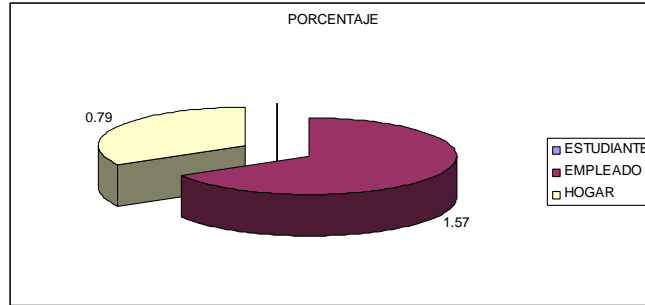
Tabla 14. Distribución por género del EDG



Gráfica 14. Distribución por género del EDG

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
EMPLEADO	2	1.57%
HOGAR	1	0.79%
TOTAL	3	2.36%

Tabla 15. Distribución por ocupación del EPG



Gráfica 15. Distribución por ocupación del EDG

5. DISCUSIÓN

El episodio depresivo es un trastorno de curso crónico que afecta principalmente el ánimo y la manera de pensar. Es un desorden del talante y como podemos ver en una tesis realizada en la UMF 33, es la causa más común de sufrimiento mental en adultos mayores adscritos a esta unidad (18). Es clara la importancia que este trastorno tiene para la investigación científica y la población en general, como podemos ver en este estudio, ya que encontramos que el 15.75% de la población total cursa con algún grado del episodio depresivo.

En este estudio vemos que el grupo de edad que se ve afectado de manera más significativa es de aquellos individuos que se encuentran en edad productiva desde los 20 hasta los 50 años, representando 10.24% del total de las personas que cursan con algún grado de depresión, resultados similares a los encontrados en Canadá, donde la prevalencia más alta, evaluada a través de tres encuestas diferentes se ubico en menores de 45 años (19). Sin embargo, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México no coinciden con los nuestros al identificar mayor prevalencia conforme se incrementa la edad (20).

El sexo que se ve más afectado es el femenino siendo el 90% (18n) de la población con depresión, de ellas 11n son amas de casa (55%), lo que es un factor de consideración para el médico familiar que atiende a este grupo etario y que corresponde con estudios previamente realizados. En algunos aspectos nuestros resultados son similares con los hallazgos de encuestas previas. El predominio de las mujeres en la prevalencia de depresión, por ejemplo, es un hecho ampliamente documentado. En la mayor parte de las entidades, la prevalencia en las mujeres es más o menos el doble de la observada en los hombres. La mayor parte de los antecedentes, nacionales e internacionales, coinciden en esta diferencia (21-24). En nuestro estudio la gran diferencia entre géneros probablemente sea por la mayor frecuencia de asistencia a la unidad de medicina familiar del sexo femenino, ya que hemos visto que la mayoría son amas de casa y los hombres tradicionalmente son nutrientes y es más difícil que acudan a atención médica.

Contrario a lo que podríamos pensar como profesionales de la salud, que teniendo una pareja el índice de depresión en personas casadas fuera baja, encontramos que la mayoría de las personas con depresión son casadas (65%). Sólo el 22.22% de las personas viudas encuestadas cursa con algún grado de depresión.

El 50% de las personas con depresión (10n) tiene escolaridad de nivel medio superior. Podemos notar en las encuestas que entre mayor fue el grado de escolaridad mayor fue la prevalencia de depresión contrario a lo encontrado en trabajos realizados en otras partes del mundo donde se encontraron que la baja escolaridad se acompaña de una alta prevalencia de depresión, aunada a esta variable se han encontrado otras como las que hemos mencionado, como sexo femenino, edad avanzada y otras como vivir en zonas rurales y todas estas se han tomado como indicadores de vulnerabilidad para la población que tiene estas características (27), que en conjunto con otros factores pueden

6. CONCLUSIONES

La detección de la prevalencia por medio de encuestas poblacionales es un medio útil, ya que las cifras generadas en los sistemas de estadísticas de los servicios de salud subestiman la presencia del episodio depresivo, como podemos ver en ARIMAC de la UMF 33 en donde no se reporta la presencia de ningún trastorno del estado de ánimo, no solo de depresión, en el último semestre del 2007 y en el mes de Enero de 2008 (13).

La prevalencia en nuestro estudio fue de 15.75%, lo que corresponde con otros reportes de la literatura universal donde se ha encontrado hasta el 25%.

La población de la UMF 33 que está adscrita a médico familiar es de 109,740 pacientes (13), tomando en cuenta esta prevalencia de 15.75%, tenemos que probablemente 17284 personas cursen con algún grado de depresión no diagnosticado y que tal vez repercuta en un número alto de consultas sin patología orgánica que motive la misma, como lo encontrado por Ocaranza et al en un estudio realizado en la UMF 64 donde se demostró que un alto porcentaje de los adultos mayores acuden a consulta por sintomatología depresiva sin causa orgánica y que somatizan por el mismo episodio, todo esto repercute en una alta demanda de atención en primer nivel. En dicho estudio se encontró una prevalencia de 26.6% para este grupo de edad (28).

Es de vital importancia que los resultados de este tipo de estudios se difundan entre la comunidad de médicos familiares que somos los que atendemos al mayor porcentaje de derechohabientes para identificar a tiempo los trastornos del estado de ánimo y evitar sus lamentables consecuencias siendo la más fatídica el suicidio.

Así mismo considero que es muy importante ahondar y realizar estudios donde se investigue el motivo de la falta de diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo ya que vemos en este estudio en particular, que ser mujer, ama de casa, con escolaridad nivel medio y estar casado son factores de riesgo para presentar algún episodio depresivo, y si tomamos en cuenta estas características demográficas veremos que un alto porcentaje de nuestra población adscrita a la UMF las presenta.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Blazer D, Kessler R, et al. The prevalence and Distribution of Major Depression in a Community Sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151:7, 979-986, 1994
- 2.- Angst J: Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 10:571-574,1992
- 3.- Keller M. Depression. A long-term illness, *British Journal of Psychiatry*, 165 (suppl. 26) 9-15, 1994
- 4.- Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECP). *Rev Med Chile*. 2002;130(5):527-36.
- 5.- Andrade L, Walters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(7):316-25.
- 6.- Kratz GF, Silva de Lima M, Frank TB, Curi HP. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):365-71.
- 7.- Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*. 1999;22(2): 7-17.
- 8.- Gómez-Restrepo C, et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana
- 9.- Bello M, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *salud pública de México / vol.47, suplemento 1 de 2005*
- 10.- 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.
- 11.- Calderón NG. A questionnaire for diagnosing depresión. *Arch Neurocién (mex)* 1996; 3: 216-221
- 12.- Calderón NG. "Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos". *Rev Med IMSS (Mex)* 1992; 30: 377-388
- 13.- ARIMAC I.M.S.S. U.M.F. No 33
- 14.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, Ed Masson
- 15.- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, F 32, episodios depresivos
- 16.- Diseño de la Investigación Clínica, Ediciones Doyma, Hulley Stephen.
- 17.- Cuevas S. Frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor usuario de la unidad de medicina familiar No 33 El Rosario. México. IMSS UMF 33. 2001
- 18.- García L. Trastornos Psiquiátricos más Frecuentes en el paciente adulto mayor. México. IMSS UMF 33. 2002.
19. Patten SB, Sedwack B, Russel ML. Major depression: Prevalence, treatment utilization and age in Canada. *Can J Clin Pharmacol* 2001; 8:133-138.
20. 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.
21. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167:1253-1260.

22. 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.
23. Berenzon S, Medina-Mora ME, López EK, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Rev Mex Psicol* 1998;15(2):177-185.
24. Wilhelm K, Mitchell P, Sladet T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian National Survey. *J Affect Disord* 2003; 75:155-162.
26. Weissman MM, Bland R, Canino GL, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG *et al*. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276:293-299.
27. Salgado VN, Díaz-Pérez VN, Maldonado M. Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Ment* 1995; 18(1): 50-55.
28. Pons N, Ocaranza E, García L, Flores A, Ortega A, Gonzalez I. Prevalencia de la enfermedad depresiva en pacientes adultos mayores y sus principales manifestaciones clínicas. México. IMSS UMF 64. 2001.

ANEXOS

Edad: _____ Género: _____ Estado civil (especifique): _____

Escolaridad máxima: _____ Ocupación: _____

Enfermedades (especifique): _____

Lea cuidadosamente cada pregunta y seleccione la opción que mas se acerque a como se siente, sea lo mas honesto posible.

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

CALIFICACIÓN:

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____ X 1= _____

Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) _____ X 2= _____

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) _____ X 3= _____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) _____ X 4= _____

TOTAL = _____

EQUIVALENTE: Puntaje

22 a 30: Normal

31 a 45: Reacción de ansiedad

46 a 65: Depresión media

66 a 80: Depresión severa



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado **PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO EN POBLACIÓN ADULTA DE LA UMF 33** inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número _____.

Los objetivos del estudio son: 1) Determinar la prevalencia del episodio depresivo en población adulta adscrita a la UMF No 33

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder la **ENCUESTA PARA DEPRESIÓN DE G. CALDERON N. PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO EN POBLACIÓN ADULTA DE LA UMF 33.**

Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento.

USUARIO PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

 Nombre y firma

 Nombre, firma y matrícula

TESTIGOS

 Nombre y firma

 Nombre y firma