



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR
"Dr. Enrique Von Borstel Labastida" La Paz, Baja California Sur

“GRADO DE DEPRESION EN LA COMUNIDAD DE LAS BARRANCAS B.C.S.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Departamento Clínico de Educación
e Investigación Médica
H.G.Z. M.F. No. 1 LA PAZ

PRESENTA

DR. HERIBERTO PEDRO BARRIENTOS MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

GRADO DE DEPRESIÓN EN LA COMUNIDAD DE LAS BARRANCAS B.C.S.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. HERIBERTO PEDRO BARRIENTOS MRTINEZ.

AUTORIZACIONES



Dra. Martha Laura Hernández Orozco

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR



Dr. Adolfo García González

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN BAJA CALIFORNIA SUR.



Dra. Martha Laura Hernández Orozco

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



Dr. Joaquín Montaña Ulloa

JEFE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

GRADO DE DEPRESIÓN EN LA COMUNIDAD DE LAS BARRANCAS B.C.S.

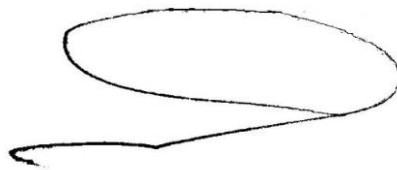
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

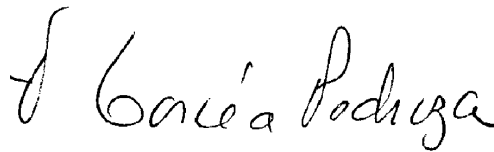
DR. HERIBERTO PEDRO BARRIENTOS MARTINEZ

AUTORIZACIONES



Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

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



Dr. Felipe de Jesús García Pedroza

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dr. Isaías Hernández Torres

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por haberme dado la sabiduría y la paciencia de culminar una etapa más de mi vida y por darme la oportunidad de llegar a este momento tan importante para mí.

A MIS PADRES.

Heriberto. Que en vida me dejó la mejor herencia de la vida, que me acompaña en mi camino, y María del Carmen por darme la vida y apoyarme en momentos de crisis y debilidades, por sus oraciones y bendiciones que me cuidan y me protegen en el largo camino que recorro cada fin de semana, para que saliera adelante y por estar a mi lado.

A MIS SUEGROS.

Antonio y Rosario por darme el apoyo incondicional, para lograr culminar mi meta, y cuidados a mi familia.

A MI FAMILIA.

MARIELENA. Por haberme soportado tres años de ausencia, y crisis familiares, por darme el apoyo cuando más lo necesitaba, a mis hijas Maryan Ariadna y María Daryan por privarlas de convivencias familiares y salidas de fin de semana, por todo eso no me queda más que decirles ¡gracias!

A MIS HERMANOS.

Por ser como son, a Moisés por darme el ejemplo de salir adelante y ser mejor cada día.

A Gilberto, por ver la vida con optimismo.

A Paula, por ser paciente y comprensible.

A Aída, Meche, Caro, Cesar. Iván y Aurelio por formar una familia unida ¡Gracias por todo!

A MIS PROFESORES.

Por tener la paciencia suficiente para explicar las cosas y por esa sabiduría e inteligencia que Dios le dio ¡Gracias profesores! Al Dr. Rene Ramos MF. Al Dr. Víctor Gutiérrez MF, y muy en especial a la Dra. Martha Laura Hernández MF, por su apoyo incondicional y por creer en mí.

A MIS AMIGOS.

Que en el transcurso de mi formación profesional vivimos momentos inolvidables que nunca olvidaremos.

Al Dr. Alfonso Bernal Hernández por darme su apoyo, confianza y seguir su ejemplo de ser mejor persona cada día. ¿Gracias!

Al Sr. José Díaz y Socorro Martínez por sus consejos oraciones y bendiciones a toda mi familia en momentos de crisis. ¡Gracias!

INDICE GENERAL

1. Título	1
2. Índice	5
3. Marco teórico	6
4. Planteamiento del problema	22
5. Justificación	23
6. Objetivos	26
a. General	26
b. Específicos	26
7. Hipótesis	26
8. Metodología	28
a. Tipo de de estudio	28
b. Población	28
1. Tipo de muestra y tamaño de muestra	28
2. Criterio de inclusión, exclusión y eliminación	28
3. Información a recolectar (variables)	29
4. Método o procedimiento para recabar información	30
5. Consideraciones éticas	31
9. Resultados	31
10. Discusión	42
11. conclusiones	43
12. Referencias bibliograficas	44
13. anexos	47

3. MARCO TEORICO.

Desde el inicio de la vida y conforme esta adquiere más sentido la humanidad se ha topado con una de las miles de dificultades en las actividades cotidianas de cada una de las personas que conformamos este mundo llamado Tierra, la cual se define como “Los Trastornos del Estado de Ánimo” que son contemporáneos, desde el tiempo de Hipócrates en la que puso en duda la idea de que la enfermedad era un castigo enviado por Dios y en la que descubrió la relación entre la enfermedad y las condiciones precarias del medio y mediante sus observaciones clínicas precisas le condujeron al concepto de prevención. Fue aproximadamente en el año 400 A.C. En el que utilizo los términos de Manía y Melancolía para referirse a los Trastornos Mentales. (1)

Por el contrario, numerosos pasajes antiguos narran como se fue dando esta clase de inconvenientes en el transcurso de la historia y en la que se han suscitado estas anomalías por ejemplo las que se mencionan que acontecieron en el tiempo del Rey Saúl en el Viejo testamento y el suicidio de Ajax en la Iliada de Homero describe ya la sintomatología de síndromes depresivos. Hipócrates (460-377 a.C.) utilizó, por primera vez, el término melancolía (melancolía, del griego bilis negra). De la naturaleza del hombre, Hipócrates anotó la ahora famosa sentencia: La pena y el temor, cuando son persistentes, provocan la melancolía.

De la naturaleza del hombre, Hipócrates anotó la ahora famosa sentencia: La pena y el temor, cuando son persistentes, provocan la melancolía.

La palabra DEPRESION proviene del latín Depressus, que significa abatido, derribado, síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitoria o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y así lo ven los demás, como derrumbado, desmejorado, socavado en su potencialidad, debilitado su base de sustentación afectiva desplazado su eje de acción usual, desganado, apático, indiferente, hipoèrgico, etc.; En pocas palabras es uno de los depredadores de la felicidad humana.

El DSM-IV Clasifica los trastornos afectivos en 10 categorías:

(a).- Depresión mayor; (b).- Trastorno bipolar I. (c).- Trastorno bipolar tipo II. (d).- Distímico. (e).- Ciclotímico. (f).- Trastornos del estado de animo. (g) Trastornos por problemas médicos. (h).- Trastornos causados por el abuso de sustancias. (i).- Trastorno depresivo bipolar.- (j) Estado de ánimo no específico.

Cada una de estas clasificaciones sirve para explicar los síntomas y consecuencias de los pacientes que las padecen y poder ayudarlos para que su vida mejore.

Existen estas clasificaciones para poder describir con mayor precisión el Trastorno o Depresión y son:

A.- Tipo de humor.

B.- Un síndrome.

C.- Una enfermedad.

Un tipo de humor

En el primer caso lo referimos a la falta de placer y alegría, lo que se conoce también como anhedonia. Falta la resonancia de agrado frente a las cosas que antes la provocaban. Y un predominio de lo displacentero, del pesimismo (donde lo afectivo encuentra un argumento en lo intelectual y lo proyecta al futuro), un disvalor del sentido de la vida, una vivencia de inferioridad en relación a los demás, sobre todo en lo referente a su rendimiento, y la sensación de enfermedad. Además de todo esto, muestra poco interés hacia todo, nada le interesa y se siente insignificante frente a los demás.

Un síndrome

Consideramos un síndrome, cuando al tipo de humor anterior se le agrega:

la hipoèrgia.

el cambio en la interacción personal

el ritmo y la alternancia en los síntomas

La anergia, el empobrecimiento energético, la persona lo traduce como aburrimiento, desgano, falta de interés. Es muy característico en la consulta la frase No tengo ganas, como lo más significativo de esta experiencia de pérdida de energía; "ganas" es un significante que involucra al deseo y la voluntad a la vez.

El enlentecimiento del pensar, el menor rendimiento laboral, torpeza en las tareas que se realizaban casi automáticamente: Todo me cuesta un gran esfuerzo Lo que antes hacia con facilidad ahora debo concentrarme, pensar cada paso de la tarea, y aún así mi accionar es lento y desarticulado. Por el mismo fenómeno de la anergia el trabajo intelectual es casi nulo, y lo poco que realiza está contaminado por el estado afectivo. El cansancio fácil, el agotamiento, y la tendencia al reposo (necesito acostarme), la dificultad para levantarse de la cama (a veces una tortura matinal por la lucha entre el deber y no poder, con el consiguiente sentimiento de culpa), son otras manifestaciones de la hipoèrgia. Tampoco hay voluntad para las distracciones, y actividades otrora gratificantes.

El cambio en la interacción personal modifica los patrones de conducta propios y la recepción de las conductas de los otros: introversión, intolerancia a las reuniones, a los ruidos, a las esperas en los negocios, agrede y se siente agredida; hay hipersensibilidad a todos los hechos dramáticos: no

toleran los 'noticieros', los novelones, las noticias sobre muerte o enfermedades, Estoy como en carne viva, por cualquier cosa lloro, lo insignificante me hace sufrir. Esto sorprende, por lo general, a los familiares que tratan de hacerlo razonar; sobre lo desproporcionado de su reacción, con lo que sólo se logra aumentar la certeza de no ser comprendido, ensimismándose aún más. El cuidado personal, la vestimenta, la imagen que se quiere dar a los otros, son descuidados.

El ritmo de los síntomas y la alternancia, son otros elementos a tener en cuenta. Si el malestar es acentuado por las mañanas y mejora hacia la noche. A veces se acentúa hacia la noche o, algo que me comentaron en varias oportunidades, dos o 3 horas después de almorzar (muchas veces no almuerzan o hacen una comida frugal, para evitar esta sensación). En este grupo colocamos las alteraciones en el dormir: en conciliar el sueño, el despertarse sistemáticamente a una hora determinada de la madrugada, o muy temprano y después no volver a dormir. Aquí la persona se encuentra sola, en la noche, en el silencio, rumiando una y mil veces su problemática, en un tiempo eterno Algunos esperan la noche con cierto alivio porque pueden desligarse de los malestares por una horas, al menos. También aquí vemos las variaciones en el apetito, en la sexualidad, en la pérdida o aumento de peso.. Todos estos síntomas van acompañados, están acentuados o son causados por la ansiedad y la angustia que tiñen todo el síndrome...

Una enfermedad

Como ocurre con frecuencia en psiquiatría, se sabe muy poco de las causas y patología de la depresión, por lo que es difícil determinar cuándo se trata de una enfermedad y cuándo de un síndrome, siendo una mera cuestión de convenio. Es por esto que no estamos hablando de verdadera ciencia, sino de opiniones.

Según sus causas, las depresiones se pueden clasificar:

Depresión sintomática: debida a causas orgánicas (aspecto anatomofisiológico)

Depresión de situación o por agotamiento: debida a una situación -jubilación, mudanza, duelo, etc.- aspecto social.

Depresión neurótica: según la teoría psicoanalítica, debida a una reactualización de conflictos depresión neurótica.

Depresión endógena: debida a algo que viene del interior', sin motivo aparente.

Depresión enmascarada: depresión sin depresión, (una depresión que juega a las escondidas).

Otras formas de clasificarlas:

según el tono psicomotor: depresión inhibida o depresión agitada

según el supuesto etimológico: depresión reactiva o depresión endógena

según su patogenia: depresión primaria o depresión secundaria

según su psicopatología: depresión neurótica o depresión psicótica

según su forma clínica: depresión unipolar o depresión bipolar.

EPIDEMIOLOGIA.

Casi la mitad de las visitas realizadas en una consulta que dan lugar a un diagnóstico de trastorno mental los hacen los médicos, no psiquiatras en su mayoría de atención primaria. Los pacientes visitados en este contexto pueden encontrarse en un estudio más temprano y menos organizado de la formalidad.

En general las personas que más presentan esta clase de problemas de depresión son las mujeres quienes presentan riesgos superiores mayores en su caso y dos veces más frecuentes a causa de los factores hormonales y sociales que viven cada día a comparación al de los varones que en menor el riesgo de presentarla; y también tienden a tener un mayor riesgo los pacientes que presentan otros trastornos médicos o psiquiátricos. La depresión en la actualidad tiene una prevalencia en la población general de 3.7 a 6.7 % y de 10 a 14 % en la población de pacientes con enfermedades médicas asociadas.

Hay equivalentes depresivos como; hipocondriasis, somatización, en donde existe una percepción selectiva hacia determinados órganos, en tanto que el foco de alteración de ánimo se minimiza o se niega, falta de apego al tratamiento.

ETIOLOGÍA

Los mecanismos de la depresión se han investigado en tres campos principales, a saber; anomalías de la neurotransmisión, neurofisiología y función endocrina. Las causas últimas de estos trastornos no están claras. Clínicamente, la diferenciación etiológica y las pruebas biológicas, específicas continúan siendo de una utilidad limitada. El modelo biopsicosocial descrito por Engel en 1980 subraya la interacción existente entre las cuestiones biológicas, psicológicas y sociales en la enfermedad y pueden utilizarse para comprender los posibles orígenes de la depresión. Los factores genéticos pueden desempeñar un cierto papel en cuanto al aumento de la vulnerabilidad del 25% al 30% de sufrir una depresión mayor o un trastorno bipolar.

Los estudios de gemelos han indicado una concordancia para la depresión mayor en un 50% de los dicigotos. La variación de riesgo hace que resulte imposible la existencia de un único gen de trastorno afectivo con una penetración predecible para trastornos específicos.

Los factores psicológicos se han considerado importantes en la depresión desde hace tiempo. Las teorías conductistas argumentan que el deterioro de las capacidades sociales da lugar a una disforia y que la adicción de ganancias secundarias conduce a la presión clínica.

La teoría cognitivo-conductista, sostiene que las dos torsiones cognitivas, activadas por un factor de estrés llevan a algunos individuos adoptar unas opiniones negativas y despreciativas no realistas respecto a si mismo, respecto al mundo y respecto al futuro. Algunas teorías de la depresión otorgan un gran valor a la función del paciente en la sociedad. Desde estos puntos de vista es imposible comprender al paciente fuera de su contexto social.

Los factores causales hasta hoy identificados pueden dividirse en tres y son: Biológicos, Genéticos y Psicosociales.

Muchos de ellos están estrechamente relacionados entre si, al grado que cualquiera de estos resultados pueden afectar al paciente en diferentes formas o bien de los 3 factores pueden ser dos o viceversa.

DIAGNOSTICO

Para que exista de un trastorno depresivo mayor es necesario que el paciente haya sufrido un episodio de depresión mayor y no debe de haber presentado ningún episodio maniaco, hipomaniaco o mixto, se requiere de un estado de animo deprimido o una perdida de interés o del placer. Una vez establecido el diagnostico se observa la gravedad (leve, moderada, grave), el resultado del tratamiento (remisión parcial o completa) y la depresión o ausencia de manifestaciones psicoticas. Estas pueden ser congruentes (de carácter depresivo) o incongruentes con el estado de animo. Pueden describirse unas manifestación catatonicas, melancólicas o atípicas así como la aparición de trastornos después del parto o el curso longitudinal del mismo (estacional o ciclos rápidos). En la tabla 1 muestra criterios diagnostico del DSM-IV para episodio de depresión mayor.

TABLA. 1

Criterios diagnósticos del DSM-IV para un episodio de depresión mayor.

A: Presencia de 5 de los 9 síntomas durante un periodo de depresión mayor.

Estado de ánimo depresivo.

Disminución del interés o de la capacidad para el placer

Modificación importante del apetito.

Alteraciones del sueño.

Agitación o alentecimiento psicomotor.

Fatiga o pérdida de la energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivo inapropiado.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.

Pensamientos recurrentes de muerte o de acción suicida.

B.- No se trata de un episodio mixto.

C.- Los síntomas provocan malestar o deterioro funcional.

D.- Los síntomas no son atribuibles a trastornos médicos o abusos de
Sustancia.

E.- Los síntomas no se explican mejor por la depresión de un duelo.

La denominación de distimia, se utiliza para describir un trastorno específico y a depresión leve. Se diagnostica cuando se cumplen dos de una serie de seis, no un criterio, durante un periodo de dos años y sin interrupciones de más de dos meses y sin que ello sea indicado por una depresión mayor. En la tabla 2 muestra criterios diagnóstico del DSM-IV para trastorno distímico.

TABLA. 2

Criterios diagnósticos del DSM-IV para un episodio de trastorno distímico.

- A.- Estado de ánimo depresivo durante al menos 2 años.
- B.- Presencia de los siguientes síntomas:
 - Perdida o aumento de apetito.
 - Insomnio o hiposomnio.
 - Falta de energía o fatiga.
 - Baja autoestima.
 - Dificultad para concentración o para tomar decisiones,
 - Sentimientos de desesperanza.
- C.- No ha habido una ausencia de síntoma durante más de 2 meses seguidos.
- D.- No ha habido ninguno episodio depresivo mayor durante los primeros dos Años.
- E.- Nunca ha habido un episodio maniaco.
- F.- No se superpone a un trastorno psiquiátrico.
- G.- No atribuible trastornos médicos o abusos de sustancias.
- H.- Los síntomas causan molestias clínicamente significativa o deterioro Funcional.

Los trastornos bipolares se dividen en dos tipos: I-II.:El primero de ellos se caracteriza por la presencia de al menos de un episodio maniaco o mixto y el segundo por lo menos un episodio hipomaniaco y episodio de depresión mayor.

La manía de diferencia de la hipomanía por la mayor duración y por la presencia de deterioro importante de la función social o laboral y la necesidad de ingreso en el hospital, debido al peligro que comportan para el propio paciente o para otras personas.

Un episodio mixto se define como aquel que cumple los criterios de los episodios depresivos mayores durante una semana.

DIAGNOSTICOS RELACIONADOS.

Existen entre los pacientes que presentan este tipo de Depresiones otros trastornos que se manifiestan por una disforia como síntoma principal o manifestación detectada para los cuales debe de tenerse en cuenta el diagnostico diferencial.

Es importante señalar los diferentes tipo de Trastornos que puede llegar a tener un paciente y los cuales son:

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad y en particular el trastorno de angustia y el de estrés postraumático pueden causar con una disforia grave con manifestación inicial, la importancia de la ansiedad y los signos vegetativos característicos de la población puede ayudar a definir el tratamiento.

Las causas que provocan el trastorno de ansiedad son las siguientes:

SÍNTOMAS SUBJETIVOS, COGNITIVOS O DE PENSAMIENTO.

PREOCUPACIÓN.

INSEGURIDAD.

MIEDO O TEMOR.

APRENSIÓN.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS (INFERIORIDAD, INCAPACIDAD).

ANTICIPACIÓN DE PELIGRO O AMENAZA.

DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN.

DIFICULTAD PARA LA TOMA DE DECISIONES.

SENSACIÓN GENERAL DE DESORGANIZACIÓN O PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE EL AMBIENTE.

SÍNTOMAS MOTORES U OBSERVABLES.

HIPERACTIVIDAD.

PARALIZACIÓN MOTORA.

MOVIMIENTOS TORPES Y DESORGANIZADOS.

TARTAMUDEO Y OTRAS DIFICULTADES DE EXPRESIÓN VERBAL.

CONDUCTAS DE EVITACIÓN.

SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS O CORPORALES.

SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

En los trastornos somatomorfos con el dolor crónico (trastornos por el dolor somatomorfo) y la hipocondría al paciente que cumple los criterios de trastorno afectivo se le debe asignar este diagnóstico además del diagnóstico somatomorfo.

Trastorno de la personalidad.

Estos trastornos se caracterizan por un rasgo de la personalidad dominante y mal adaptado de larga duración y por lo tanto a menudo incluyen también una disforia importante.

Duelo.

El duelo aunque es intenso, debe considerarse el marco de su contexto cultural la duración puede ser diversa aunque la preocupación mórbida y con su deterioro funcional prolongado y carente de utilidad así como el retardo psicomotor intenso, debe hacer pensar que el paciente presenta una depresión mayor.

TRANSTORNOS COGNITIVOS.

Los trastornos de estado de ánimo cognitivos pueden tener formas de presentación con depresión o manía, junto con signos de un trastorno médico subyacente en la exploración física, el examen mental o los estudios de laboratorio.

Los principales déficits neuropsicológicos incluyen una alteración de la atención y de la capacidad de concentración, enlentecimiento del pensamiento y proceso cognitivo, incapacidad para operar con un conocimiento adquirido, una disminución en la capacidad de aprendizaje visual y verbal, y de su posterior recuperación, falta de planificación y de ordenación secuencial y, por último, un déficit en la capacidad de solución de problemas y formación de conceptos. A grandes rasgos, este patrón de alteración neuropsicológica suele ser relativamente homogéneo respecto a la edad de inicio y al patrón de transmisión genética (paterna o materna), pero no para el grado de deterioro funcional. Precisamente los aspectos motores, visuoespaciales, la memoria visual inmediata y remota, y las disfunciones frontales, son los déficits neuropsicológicos que permiten diferenciar entre pacientes con un leve y moderado deterioro de la capacidad funcional.

En concreto las anomalías de las pruebas cognitivas, como la desorientación y las dificultades de concentración deben hacer pensar en la posibilidad de un trastorno cognitivo. (2)

Depresión.

Se define como el estado de ánimo que puede ser normal, elevado o depresivo; los trastornos del afecto hay pérdida del control anímico y una experiencia subjetiva de malestar. (3)

La definición de depresión se considera un eje nuclear afectivo, es decir, tristeza virtual profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal; secundario a este eje nuclear afectivo puede emerger otros estados emocionales como irritabilidad y ansiedad que son más destacados en depresión neuróticos y tardías. Apartes de estos cuadros depresivos clásicos se han descrito otros, en los que habiendo una base depresiva las manifestaciones clínicas a través del plano somático y fácilmente pueden presentarse errores diagnósticos. (4)

La depresión es un trastorno efectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona. (5)

La depresión mayor en las personas representa un problema de salud pública debido a su evolución de morbilidad que hay; en el 5 % de la población mundial presenta algún trastorno depresivo. Esta patología puede evolucionar desfavorablemente trayendo como consecuencias graves "El Suicidio". La etiología de la depresión es compleja, en ella interviene múltiples factores tanto genéticos, biológicos y psicosociales. En la tabla 1 que presento se resume la prevalencia de los trastornos afectivos. (6)

TABLA 3

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA POBLACION GENERAL

Trastorno Afectivo	Prevalencia actual (%)	Prevalencia durante la vida (%)
Depresión mayor	3 - 6	10 - 20
Distimia	1	- 3
Trastorno bipolar.	0.5	0.5 - 1.0

Actualmente se ha considerado que existen dos enfoques diferentes para analizar la asociación entre depresión y síntomas somáticos en dependencia en donde se sitúa el énfasis, si en la depresión o en los síntomas somáticos. (7)

En el DMS-IV. Se especifican cinco síndromes depresivos los cuales son: Episodio depresivo mayor; Trastornos del ánimo secundario a otra condición; Trastornos depresivos menores; Distimia

y Trastornos depresivos de la personalidad que implican un cambio a un ánimo depresivo, o bien una disminución notable del interés o de placer por hacer las cosas. (8)

El DSM-IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor en el paciente. Esta alteración la encontramos en las dos siguientes categorías como lo son en el episodio y como trastorno

En ambos casos quedan abolidas las finas delimitantes cualitativas presentes en las descripciones clínicas de la Psiquiatría clásica, poniéndose en primer plano las diferencias cualitativas. Propias de un pragmatismo que elabora clasificaciones cuyo principal objetivo es la eficiencia medicamentosa. Desde el Anafranil en 1958, y después de toda la gama de antidepresivos, terminaron por disolver la especificidad psiquiátrica de las depresiones. (9)

Al señalar las características de la psiquiatría actual como sustratos de los sistemas de diagnóstico, se considera la importancia de algunos cambios evolutivos con relación a la patología del humor; el abandono del uso de la denominación depresión neurótica, la extensión del área de los trastornos bipolares, la investigación de formas menores y persistentes de depresión y el planteo de los trastornos de personalidad depresivo. (10)

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en esta actualidad que vivimos tan acelerada y cuyo reflejo se ve en las consultas a diario. Se considera actualmente que cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, 1 padece depresión.

En 1997, algunas apreciaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban depresión que requería de tratamiento específico. Solo en México se calcula que más de 4 millones de habitantes sufren depresión.

Para tener una apreciación de la magnitud de este problema a nivel mundial es útil considerar las tasas de depresión en instituciones psiquiátricas, hospitales generales, población estudiantil y población general.

Por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, tanto en el Distrito Federal como en el resto de la República Mexicana, se han encontrado que los trastornos efectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión), ocupa el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos; solo superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas. Estos datos son compatibles con los reportados en otros países.

En relación con el primer nivel de atención médica en nuestro país, Padilla y Peláez en 1985 realizaron un estudio en México sobre la detección de trastornos emocionales y fue del 51% que se detectó este problema en un Centro de Salud, el 43% en una Unidad Médico Familiar y el 34% en un Hospital General, lo cual indica que en un promedio 40 de cada 100 pacientes con problemas

médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos activos como cuadro acompañante principal.

A nivel internacional, se tiene datos muy variados en relación a esta clase de padecimiento que presentan en la actualidad los pacientes, dependiendo de los instrumentos y los criterios diagnosticados y utilizados para la detección de la depresión entre la población en general. Entre la extensa revisión de estudios epidemiológicos, destaca la conducida por Boyd y Weissman en 1982, a la que siguieron un número mayor de estudios llevados a cabo en la comunidad mundial.

Particularmente a partir de 1980 se han identificado entre otros 20 estudios en los cuales se utilizan los criterios del DSM III. DSM III y de la CIE-10, para estimar la depresión mayor, la distimia y otros trastornos afectivos. Estos coincidieron en que la prevalencia de la depresión mayor, al momento de la entrevista con el paciente reflejaba un 3% de este padecimiento y el 3% la prevalencia de 6 meses a 1 año mostró una variación entre 2.6% al 9.8%, con un promedio del 6%. Y la prevalencia a lo largo de la vida mostró ser la de mayor variación, pero estudios más recientes señalan que la prevalencia varía del 15% al 18%.

Así mismo, las altas prevalencias de depresión mayor a lo largo de la vida fueron los resultados de estudios conducidos a fines de los 80 y principios de los 90. La prevalencia a lo largo de la vida en el estudio conducido por Angst, en Zurich reportó cifras entre el 16% al 20%, mientras que en una muestra representativa de la población de Besel (Suiza), realizada por Wacker, en 1992 esta prevalencia fue del 15.7%; por otra parte Kessler y cols. realizaron una encuesta nacional de comorbilidad en los Estados Unidos donde reportaron una prevalencia a lo largo de la vida del 17.1%.

Angst menciona que en los estudios realizados epidemiológicos de corte transversal se puede subestimar los porcentajes de prevalencias durante la vida por que los sujetos pueden haber olvidado los episodios anteriores por lo que, los estudios longitudinales como el Condado de Strarling en Canadá (que aportó 16%), pueden ser más representativos. Este autor refiere también que si los instrumentos utilizados son aplicados por no profesionales, los verdaderos porcentajes de prevalencia pueden estar subestimados. (11)

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 publicado a nivel mundial, señala los problemas de salud mental más comunes; 450 millones de personas sufren de problemas de salud mental o de comportamiento y cada año se suicida casi un millón de personas. La depresión, los trastornos en el consumo de alcohol, la esquizofrenia y el síndrome bipolar se sitúan entre las diez primeras causas de la discapacidad en el mundo. (12)

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, afectando en la actualidad a 340 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que la depresión permanece a menudo como una enfermedad no detectada y/o diagnosticada en sus dimensiones reales, se calcula que entre un 2 y un 4 % de la población general padece este tipo de trastorno. (13).

La depresión mayor es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en el mundo occidental. La Organización Mundial de la Salud sitúa la incidencia de la depresión (clínicamente diagnosticable) entre la población de los países más desarrollados en un 15%.

Su expansión e incidencia es creciente en todos los grupos de edad aunque muy especialmente entre los más jóvenes. (14).

Teniendo en cuenta tanto su prevalencia real entre la población general como el volumen de interés e investigación científica generada a su alrededor en los últimos años podemos destacar como los principales trastornos depresivos los siguientes: La depresión mayor, la distimia, el trastorno maniaco depresivo, el trastorno afectivo estacional y el trastorno disforico premenstrual. (15).

La distimia, es una menos severa, aunque da carácter más crónico, que la depresión mayor, es diagnosticada cuando el estado de ánimo depresivo persiste durante al menos dos años en adultos (un año en niños y adolescentes) y se encuentra acompañado por, al menos, otros dos síntomas depresivos. Muchas personas depresivos. Muchas personas con trastornos distímicos también experimentan episodios depresivos mayores. En la tabla.- 3 se muestra los criterios diagnósticos del DSM-IV para evaluar episodios de trastornos distímicos. En la tabla 2 se muestra los criterios diagnósticos del DSM-IV para un trastorno distímico.16).

Tabla 2 de criterios diagnósticos del DSM-IV para un episodio de trastorno distímico.

<p>A.- Estado de ánimo depresivo durante al menos 2 años.</p> <p>B.- Presencia de los siguientes síntomas:</p> <p>Perdida o aumento de apetito.</p> <p>Insomnio o hiposomnio.</p> <p>Falta de energía o fatiga.</p> <p>Baja autoestima.</p> <p>Dificultad para concentración o para tomar decisiones,</p> <p>Sentimientos de desesperanza.</p> <p>C.- No ha habido una ausencia de síntoma durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D.- No ha habido ninguno episodio depresivo mayor durante los primeros dos Años.</p> <p>E.- Nunca ha habido un episodio maniaco.</p> <p>F.- No se superpone a un trastorno psiquiátrico.</p> <p>G.- No atribuible trastornos médicos o abusos de sustancias.</p> <p>H.- Los síntomas causan molestias clínicamente significativa o deterioro Funcional.</p>
--

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION

Aislamiento.

Se define como, Por el cual un numero un grupo de plantas, animales o individuos son separados genéticamente por barreras geográficas, raciales, sociales, culturales o de otro tipo, lo que les impide mezclarse con otros individuos no permanentes al grupo. Dependiendo del tamaño de la agrupación de la cuantía de procreación interna, los organismos aislados o general una mayor incidencia de defectos hereditarios, raros en otras circunstancias. (17)

Las investigaciones indican que una mala relación conyugal aumenta de 10 a 25 veces la probabilidad de padecer una depresión. Aunque no se sabe si la insatisfacción matrimonial conduce a la depresión o a la inversa, parece claro que están relacionadas, hasta tal punto que el éxito del tratamiento de un paciente depresivo puede depender de su relación familiar y de pareja. Un estudio español dirigido por el psiquiatra Adrián Cano, de la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF) de la Clínica Universitaria de Navarra, en Pamplona, lo corrobora. Después de seguir durante seis meses a 131 matrimonios, los investigadores de la UDITEF han comprobado que aquellas parejas con fuertes lazos afectivos no sólo soportan mejor que uno de sus integrantes enferme de depresión, sino que es más probable que a los seis meses éste se haya curado. (18).

Depresión y Tabaquismo.

La influencia de los factores psicológicos sobre la enfermedad coronaria (EC), es un tema ampliamente abordado en referencia a los factores de riesgo. El tipo de personalidad, la ansiedad y hostilidad, han sido implicados en la génesis de la cardiopatía isquémica. Sin embargo, poco se ha dicho y publicado sobre el vínculo entre la depresión y el corazón. Desde la publicación del meta análisis de Booth-Kewley y Friedman en 1987, que analizó 18 variables de personalidad en relación a la EC se han suscitado una serie de publicaciones e impugnaciones metodológicas en relación al tema. Para algunos, la depresión es un factor de riesgo de primer orden; para otros, la relación - aunque real- no sería lineal, sino que obedecería a ciertos hábitos frecuentes en los pacientes depresivos, como el tabaquismo y otras conductas autodestructivas que implican un mayor riesgo de EC. Diferenciar cómo la depresión se correlaciona con otros factores ambientales estresógenos u ocupaciones altamente demandantes y cómo estos modifican o no el riesgo de EC, es el desafío de hoy. Es probable que en las próximas clasificaciones de los factores de riesgo coronario se deba contemplar especialmente a la depresión. Para comprender la evolución en este campo y en la (19).

Depresión y Trabajo.

En Alemania, los trabajadores que deben afrontar la "racionalización y la rápida introducción de tecnología", además de un desempleo creciente, sufren de estrés debido a un aumento de las presiones relacionadas con el tiempo y las exigencias de mayor calidad y cantidad de producción.

En Estados Unidos y el Reino Unido, la adopción de un conjunto de nuevas tecnologías y métodos de organización del trabajo como respuesta a los crecientes requisitos existentes en materia de productividad da lugar a un aumento de los casos de depresión y estrés inducido por el trabajo.

En Polonia, los grandes cambios políticos que condujeron a la transformación socioeconómica del país "tuvieron importantes repercusiones en el mercado laboral y en el bienestar mental de los trabajadores". (20).

Depresión y género.

Hombres y mujeres viven la depresión de diferente manera, al igual que los niños y los ancianos.

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. (21)

Depresión y edad.

Las manifestaciones más características de la depresión se conocen desde la antigüedad pero cada vez se nos presenta con diferentes perspectivas y distintos retos. El problema de la depresión no sólo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad y lo que es más importante a las personas. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Puede afectar a cualquier persona, de cualquier nivel económico y en cualquier edad. (22)

Depresión y religión.

Las creencias religiosas conforman el 16 por ciento de todos los factores que contrarrestan a la falta de esperanza. Debido a que ésta puede causar y acompañar a la depresión, las creencias religiosas pueden aliviar a la depresión,"dijo Murphy. Otros factores que contrarrestan a la falta de esperanza son el género, la predisposición genética y la situación socio-demográfica de la persona. Los investigadores tenían una hipótesis de que la religión ayuda a las personas con depresión dándoles una forma de ver al mundo con mayor esperanza.(23)

Alcoholismo.

En nuestra sociedad el abuso y la dependencia del alcohol son, de largo, los más frecuentes trastornos relacionados con el mal uso de sustancias potencialmente tóxicas. En el estado Español, aproximadamente tres millones y medio de personas consumen más del límite razonable de 80 gramos de alcohol al día. Extrapolando los datos económicos de estados Unidos (150 mil millones de dólares anuales), podríamos pensar en cifras aproximadas de 300.000 millones de pesetas, como costes sociales directos e indirectos generados por las enfermedades relacionadas con el alcohol. (24)

Depresión por drogas.

Vivimos en una cultura de la droga, desde la mañana cuando tomamos caféína o tefilina, al desayuno, hasta la noche, en que podemos relajarnos al volver a la casa, con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero, recetado por el medico, estamos utilizando diferentes sustancias, que afectan sobre el Sistema Nervioso Central, para enfrentar estas peripecias de la cotidianidad. Muchos además nos activamos a medida que transcurre el día, aspirando nicotina.

Aun cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy son más las personas que consumen drogas, hay más cantidad y hay más facilidades para conseguirlas.

Cuando se realiza una encuesta y se pregunta por los mayores problemas de la sociedad actual siempre sale nombrado dentro de los 5 primeros lugares el "problema de drogas". Y cuando se consulta a la gente el porque de este problema siempre se nombra como un problemas de pobres y marginales. Y hace mucho tiempo que dejo de ser un problema callejero y de marginales, y esto ocurrió cuando las drogas fueron el mejor negocio para algunos y la peor desgracia para otros. El consumo de sustancias es cada vez más permisivo, esto hace creer a las personas "que no sucede nada si se consume".

La drogadicción y todo lo asociado a hechas es una gran perdida de plata para quienes están en contra, sobre todo para los estados quienes deben combatirlas desde muchos puntos a la vez.(24)

Depresión y escolaridad.

La prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres.

La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es mas alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica. (25)

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estado de Baja California Sur es parte de una península, tiene la densidad de población mas baja a nivel nacional, los medios de comunicación son aéreos marítimos y terrestre siendo este ultimo el menos usado por las enormes distancias que separan a la península del continente. La comunidad de Las Barrancas es una zona rural de difícil acceso a la que se llega por camino de pavimentación deteriorado agregándose horario de neblina matutina, diurna y además se presenta zona de ganado libre, que dando a 2 horas de distancia del pueblo de Constitución y a 5 horas de la ciudad de la Paz.

Las condiciones de esta vía se alteran con los cambios climáticos –lluvia- provocando en ocasiones aislamiento. Esta situación dificulta la comunicación de la comunidad y la cabecera municipal repercutiendo en diversos aspectos, uno de ellos el entretenimiento y el deporte, ya que solo cuentan algunas personas con antenas de pago (sky) y la demás población con antena de aire que percibe un solo canal para todo el pueblo pagado por la cooperativa ocasionando que las personas tengan mas tiempo pasivas sin realizar ninguna actividad y solo se enfoquen en su trabajo cotidiano y reparación de equipos de pesca. Que los lleva en ocasiones a la ingesta de alcohol y en otras a la inhalación de drogas.

La diversidad económica propia de una sociedad moderna como la agricultura técnica, trabajos de oficina, negocios propios, que son un estímulo de crecimiento y evoluciones tan bien establecidas en las grandes comunidades. No existe en esta población ya que el 80 % se dedica a la pesca.

El hecho de creer ver reducidas todas estas expectativas pudiese influir negativamente en el estado de animo en un momento de la vida productiva del individuo en una comunidad aislada y a diferencia de las grandes ciudades donde los trastornos afectivos son secundarios generalmente a una carga de estrés, en comunidades aisladas, pudiera tratarse del extremo opuesto donde el tiempo libre influye negativamente para iniciar un trastorno depresivo..

Por lo que nos preguntamos.

.

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cual es la prevalencia de depresión en la comunidad aislada de Las Barrancas?

5.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Magnitud.- Con frecuencia el término Depresión es de uso común en conversaciones cotidianas. Y es utilizado como sinónimo de tristeza, falta de entusiasmo, pereza o frustración como experiencia aislada o transitoria.

Cuando se habla de Depresión como un conjunto de síntomas que se presentan juntos, estamos hablando de uno de los diagnósticos más comunes de la psiquiatría moderna.

Es una enfermedad que puede afectar a todos los seres humanos sin importar raza, clase social o género. Tan solo en EU. unos 17 millones de personas sufren depresión cada año, y la incidencia podría ser mayor ya que muchas personas no buscan ayuda y los médicos a menudo son reacios para diagnosticarla.

La Depresión es una enfermedad común entre los adolescentes quienes enfrentan una serie de nuevos retos a sus vidas y tal vez no disponen de la fuerza moral, espiritual o psicológica para lidiar con ellos, por lo que en la adolescencia el suicidio tiende a ser un acto más impulsivo que en la fase adulta.

La adolescencia es una etapa del desarrollo de la personalidad en la que se conjugan tantos factores que se dificulta efectuar un juicio clínico acerca de su normalidad o su enfermedad; esta situación hace que escape el diagnóstico de esta patología, tanto en el hogar, la escuela como al mismo Médico y personal de salud, que consideran la actuación del adolescente como "propias de la edad".

Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo bio-psico-social se altera, y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteraciones mentales.

El joven no acude a consulta médica por esta enfermedad mental, este es un hecho palpable. Como personal de salud estamos comprometidos a no esperar su llegada si no de ir a buscarlo, la manera más rápida de contactarlo y diagnosticarlo es en la escuela mediante instrumentos aplicados y validados para su detección. Al fomentar esta acción estaremos realizando un gran paso que es contar con un adolescente con un grado de Depresión que nos permitirá complementar la estrategia con la continuidad de su atención médica.

En nuestro país México, como en nuestro estado Baja California Sur es alarmante el índice e incremento de suicidios, y el principal factor desencadenante es la depresión.

El aislamiento que acompaña a la depresión resalta el interés que significa su detección oportuna, por lo que es de suma importancia fomentar la triangulación hogar-escuela-Sector Salud para consolidar una formación asistencial compartida, padres, maestros y médicos y de esta manera contribuir a una verdadera ayuda que espera ansiosamente nuestro paciente adolescente.

TRASCENDENCIA.- Puede tener graves, consecuencias psicológicas, biológicas y sociales, desde la pérdida de horas laborales a la autosupresión de un individuo. Es uno de los problemas, más intrincados con que se enfrenta el hombre.

Los problemas psiquiátricos que vemos, han existido desde hace aproximadamente cien años, lo que ha cambiado es la frecuencia y porcentaje en que se manifiestan. En los últimos 20 años ha habido un incremento en el número de niños con dificultades atencionales, conductuales y con depresión. Los primeros suelen aparecer durante el periodo escolar y generalmente reflejan conflictos dentro de la familia, la depresión en cambio surge frecuentemente en la etapa temprana de la adolescencia que es un periodo particularmente vulnerable. En este hay una combinación de factores relacionados con los cambios biológicos que se experimentan en la pubertad, pero también existen algunos otros sociales que impulsan al joven a sentirse deprimido.

El joven no acude a consulta médica por esta enfermedad mental, este es un hecho palpable. Como personal de salud estamos comprometidos a no esperar su llegada si no de ir a buscarlo, la manera más rápida de contactarlo y diagnosticarlo es en la escuela mediante instrumentos aplicados y validados para su detección. Al fomentar esta acción estaremos realizando un gran paso que es contar con un adolescente con un grado de Depresión que nos permitirá complementar la estrategia con la continuidad de su atención médica.

Según reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en 2000 se registraron en México dos mil 736 suicidios, de ellos 84% fueron hombres y 16% mujeres. Sólo en el Distrito Federal, durante 2001, el Servicio Médico Forense (Semefo) reporta 496 suicidios. De ellos, 392 fueron varones y 104 mujeres. Y en los primeros seis meses del

presente año se han quitado la vida 224 personas, de las cuales 191 eran hombres y 33 mujeres, refiere el director del organismo, José Ramón Fernández Cáceres.

Y agrega: “Los suicidios en México no son un problema de salud en sí, es bajo el porcentaje de, se ha mantenido en esos niveles los últimos 15 años. El año pasado fue de 8% y en lo que va de éste se ubica en 7% aproximadamente de los ingresos al Semefo. El problema grave se registra en los países europeos como Suiza y Japón, donde los índices de suicidio son de 20%”

VULNERABILIDAD.- Aunque es una enfermedad que puede pasar desapercibida o manifestarse con muchas sintomatologías, existen criterios diagnósticos ya establecidos y estandarizados, en el DSM-IV.- Para clasificar los trastornos afectivos se tienen que cumplir 5 de los 9 sintomatologías 1. Estado de ánimo depresivo 2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer. 3. Modificar importante del apetito. 4. Alteración del sueño. 5. Agitación o alentamiento psicomotor. 6. Fatiga o pérdida de la energía. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivo inapropiado. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. 9. Pensamientos recurrentes de muerte o de acción suicida. Contamos también con instrumentos de evaluación como es el de Beck que uso en este estudio. Tales herramientas son parte del acopio del médico familiar y puede hacer uso de ellas para identificar a los portadores de esta enfermedad.

FACTIBILIDAD.- El médico familiar tiene la gran ventaja de tener una población bajo su responsabilidad y el permitirse ver subsecuentemente a la familia, le da la oportunidad de detectar los factores de riesgo o predisponentes para el desarrollo de esta patología. En nuestra institución se cuenta con los fármacos necesarios para dar el tratamiento requerido y se han implementado grupos de autoayuda en diversas enfermedades y dentro de estos se ofrece apoyo psicológico.

Si no se llegara a establecer un diagnóstico temprano para descubrir en que etapa de depresión se encuentran, sería muy factible que cayeran en alguna dependencia como drogas, alcohol y en algún momento hasta el suicidio.

Como médico familiar tengo la oportunidad de detectar si la o las personas que acuden a consulta presentan depresión o trastorno, se podía diagnosticar en etapas tempranas y si eso lo vinculamos directamente con el aislamiento podremos establecer programas preventivos e incluso establecer

un tratamiento, o realizar algún tipo de actividad como por ejemplo deporte o eventos culturales con la comunidad. Por medio del preveimss se pueden detectar si el núcleo familiar es funcional, o disfuncionales, si se presenta algún tipo de maltrato, psicológico, y-o violencia intra familiar. En ocasiones pacientes que se detectan o se diagnostica por primera vez alguna patología por medios de paraclínicos o radiológicos. También en aquellos pacientes que por su estado natural de su enfermedad tiene un tratamiento de larga evolución sin presentar alguna mejoría o en aquellos pacientes que presentan IRC en diálisis peritoneal continua ambulatoria y retinopatía diabética. En la unidad solo se cuenta con atención de primer nivel, se carece de enfermera y trabajo social, ya que solamente funciona como consultorio con horario de 7:00 a 15:00 hrs. Por lo que no cuento con medicamento controlado. Solo con el cuadro básico que maneja el IMSS., para enfermedades crónico degenerativas. IRAS y EDAS.

6. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si existe asociación entre vivir en una comunidad aislada y la presencia de depresión

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Determinar la presencia de depresión de acuerdo a la (escala de Beck) población y periodo de tiempo.

REALIZAR COMPARACIÓN ENTRE

GÉNERO.

GRUPO DE EDAD.

OCUPACIÓN.

ESCOLARIDAD.

RELIGIÓN.

ESTADO CIVIL.

ESTADO DE SALUD.

7.- HIPÓTESIS

No requiere ya que se trata de un estudio descriptivo.

8. METODOLOGÍA

El estudio se llevara a cabo en la comunidad del poblado de las Barrancas B.C.S. en la UMF # 27 del IMSS.

Se captara al paciente por medio de la publicidad interna en el instituto y solo se entrevistara con personal capacitado, se iniciara un cuestionario dirigido de depresión.

8.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Prospectivo, y Transversal

8.2.-POBLACION

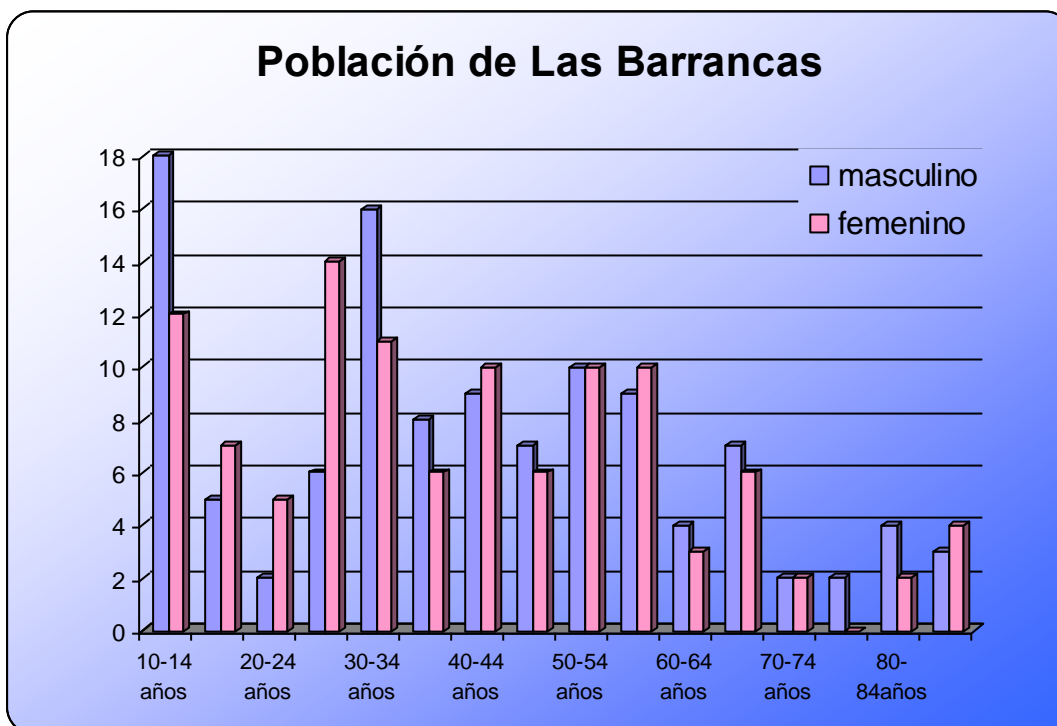
El estudio se llevara a cabo en la comunidad del poblado de las Barrancas B.C.S. en la UMF # 27 del IMSS. Se captara al paciente por medio de la publicidad interna en el instituto y solo se entrevistara con personal capacitado, se iniciara un cuestionario dirigido de depresión.

8.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO.

Universo de personas mayores de 12 años: de origen femenino de 112 y masculino de 108 total de 220

Que la prevalencia de depresión es de 20% con un nivel de confianza de 95% y un error máximo esperado de 5 el tamaño muestra es de 116

El muestreo se realizará por cuota, esto es que se recabará el número de pacientes requeridos, estos serán invitados a través de la publicidad que se generó para tal fin y que aceptaron participar.



8.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.

8.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente originario de Las Barrancas

Paciente residente por más de un año en Las Barrancas

Que acepte participar

8.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes que no demuestren su permanencia en la comunidad.

Pacientes psiquiátricos.

8.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no terminen el estudio.

8.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Sexo, edad, ocupación, estado civil, estado de salud, drogas, alcoholismo, tabaquismo, religión y escolaridad

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL.	DEF. OPERATIVA.	TIPO VARIABLE.	ESCALA DE MEDICION
DEPRESION	Estado psíquico Caracterizado por abatimiento De animo	MEDIDA BECK	ORDINAL	AUSENTE.-10 LEVE.-58 MODERADO.-21 SEVERA.-3
SEXO	Clasificación de una persona teniendo en cuenta sus características Anatómicas y cromosómicas.	Identificación de acuerdo a sus características Físicas..	NOMINAL	Femenino(1) Masculino(2)
EDAD	Periodo de tiempo transcurrido en un individuo después de su nacimiento expresado en días, mes o años.	Personas de 12 a 69 años	Escalar.	De 12 a 69 años.
ESTADO CIVIL	Unión de dos personas de distinto sexo	Años	Ordinal	Soltero. Casado. Unión libre. Divorciado. Viudo.
OCUPACION	Trabajo que impide ocupar el Tiempo en otra Cosa.	Actividad laboral mediante la cual se mantiene	nominal	Pescador Agricultor Albañil Ganadero Ama de casa Estudiante pensionado

ESATADO DE SALUD.	Bienestar biopsicosocial de un individuo	El que refiere el paciente	Nominal dicotomica	Sano y enfermo
DROGAS.	(drug) coloquial, sustancia estupefaciente.	Consumo de sustancia toxica.	Nominal.	SI NO
ALCOHOLISMO.	Enfermedad causada por el abuso de las bebidas espirituosas.	Presencia de hábito de consumo de alcohol.	Nominal.	SI NO
TABAQUISMO.	Intoxicación por abuso del tabaco,	Consumo de tabaco.	Nominal.	SI NO
RELIGIÓN.	Relaciones que une al hombre a Dios. Virtud que mueve al hombre a dar culto a Dios. Fe, creencia, culto.	La que el paciente practica..	Nominal.	Católico. Creyente. Testigo de Jehová. Mormon. Masón. Cristiano.
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un escolar sigue en un establecimiento docente.	Actividad escolar mediante la cual es su preparación.	Escalar.	Preescolar Primaria Secundaria. Bachillerato Preparatoria. Licenciaturas

8.6.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El investigador principal realizara el muestreo con la población que acuda al consultorio, por medio de un test de Beck.

Con ayuda de personal capacitado previo a la elaboración del cuestionario por dos estudiantes de bachillerato que están realizando su servicio social en la unidad.

El investigado principal posterior a la aplicación de encuestas, capturará los datos en una base de Excel y posteriormente con el paquete estadístico SPSS versión 10 para Windows se hará estadística descriptiva de tendencia central y de dispersión. Realizará estadística analítica comparativa con tablas de contingencia entre la variable independiente (depresión) y las otras variables, considerando como prueba de hipótesis un valor de p inferior a .05

8.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989.

La presente investigación se encuentra acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Antes del inicio del estudio, el protocolo del mismo y los otros documentos relevantes serán sometidos al Comité Local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales.

9. RESULTADOS.

9.1.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

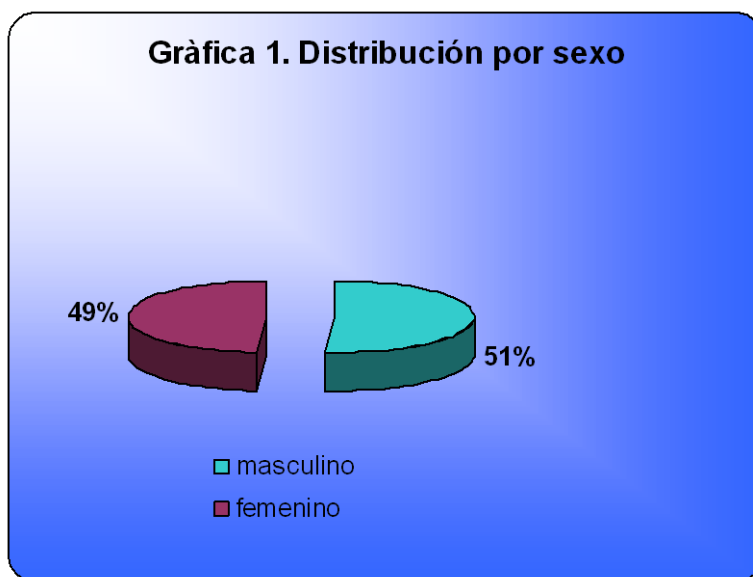
Se realizó el estudio en el periodo de abril a mayo del 2006, aplicando a una población abierta (la comunidad de Las Barrancas) el test de Beck con el objetivo de medir prevalencia de depresión.

Se realizaron 220 autoevaluaciones, de las cuales solo 92 cubrieron los criterios de inclusión (datos completos)

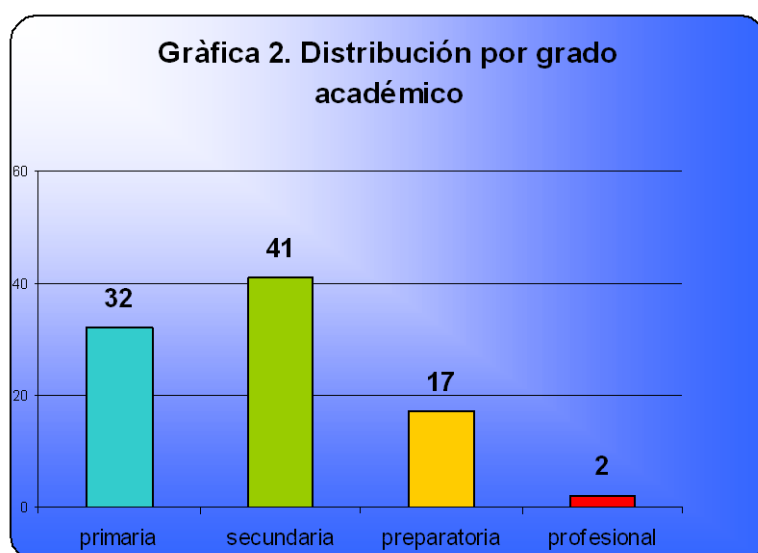
9.2 TABLAS CUADROS Y GRÁFICAS.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

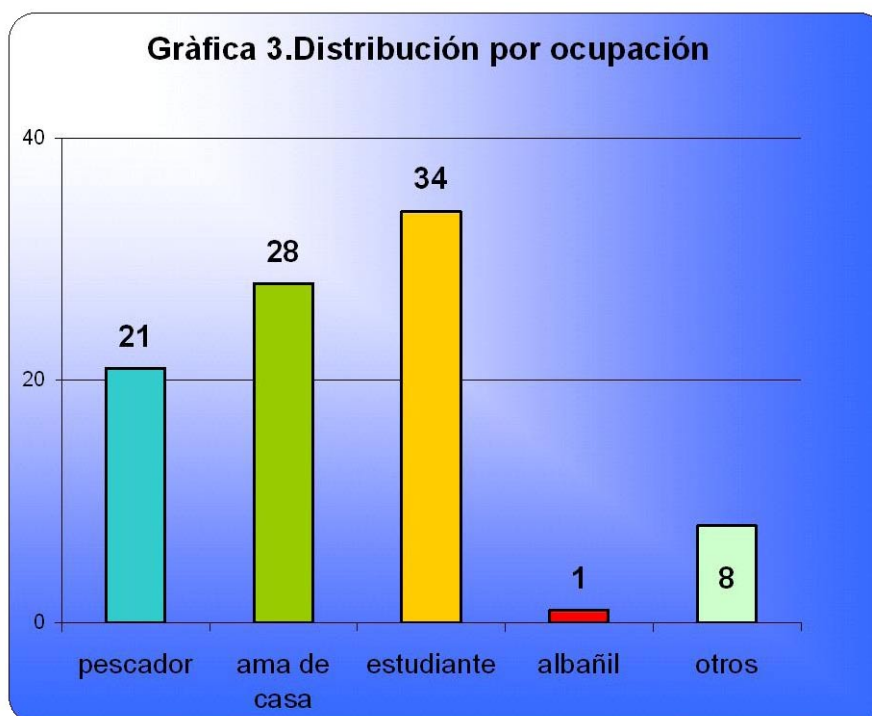
De los 92 encuestados del 51% fueron hombres y el 49% mujeres, a lo observado en la grafica 1.



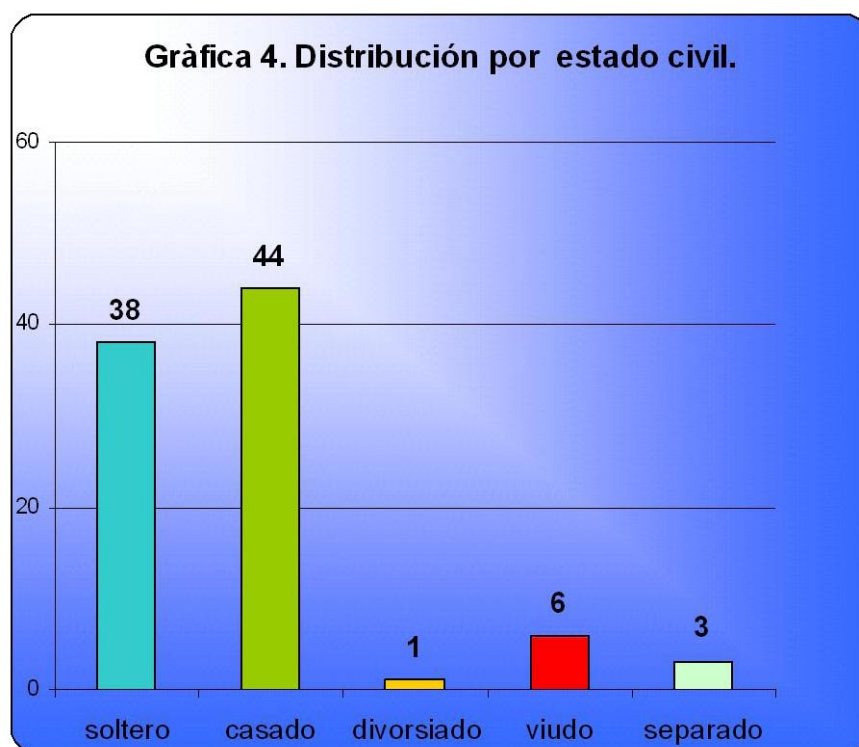
Se pregunto la escolaridad a los encuestados siendo la de nivel secundaria como la más frecuente con 41 personas como lo muestra la siguiente grafica.



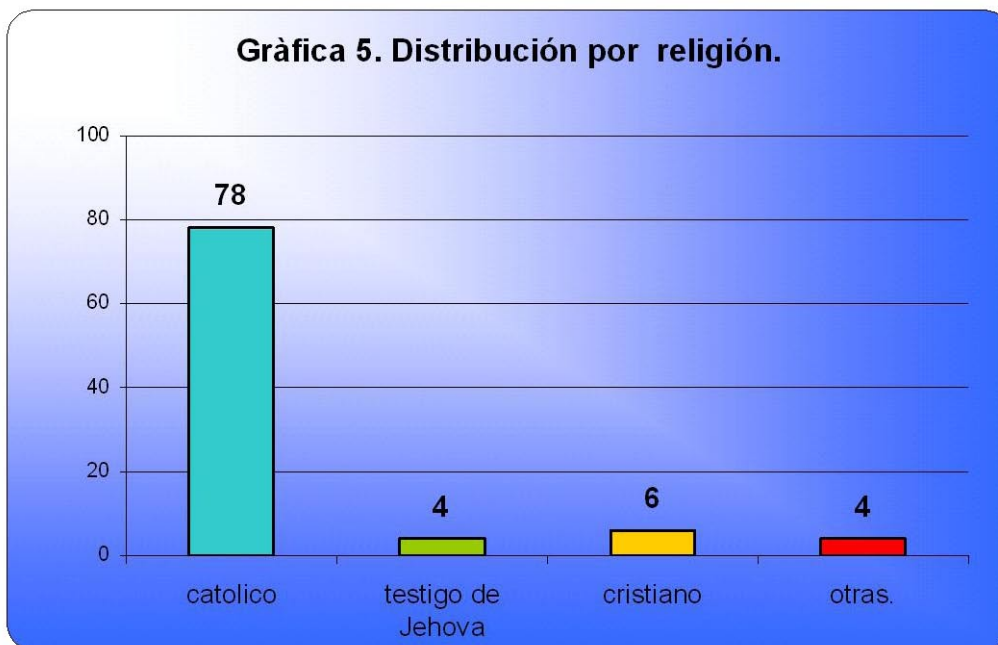
Una característica que se estudio de la población fue la ocupación considerando actividades como la pesca, la construcción, el hogar o el ser estudiante. La distribución se aprecia en la grafica 3.



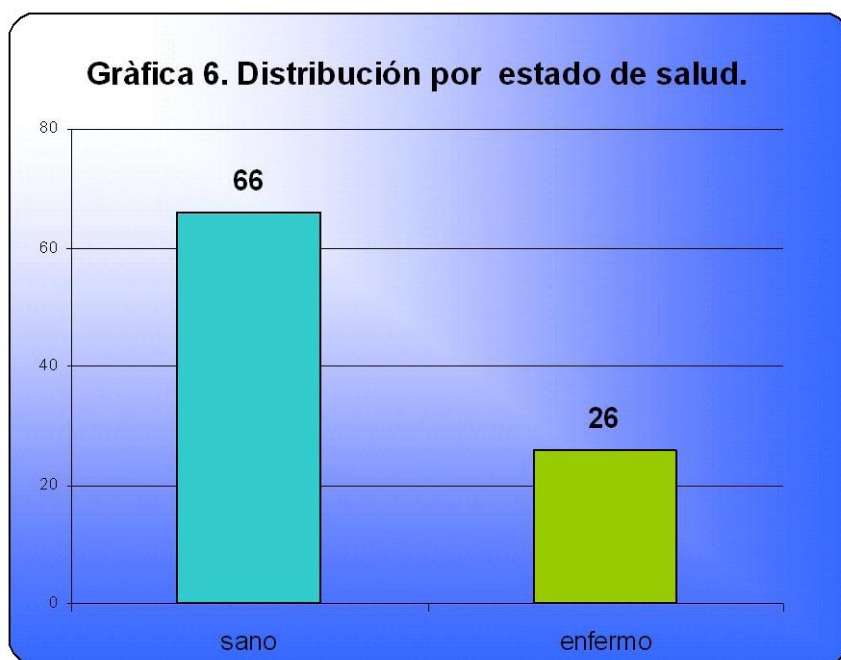
De las 92 personas participantes, 44 de ellas son casadas y 38 solteros, siendo las categorías más representativas del estado civil.



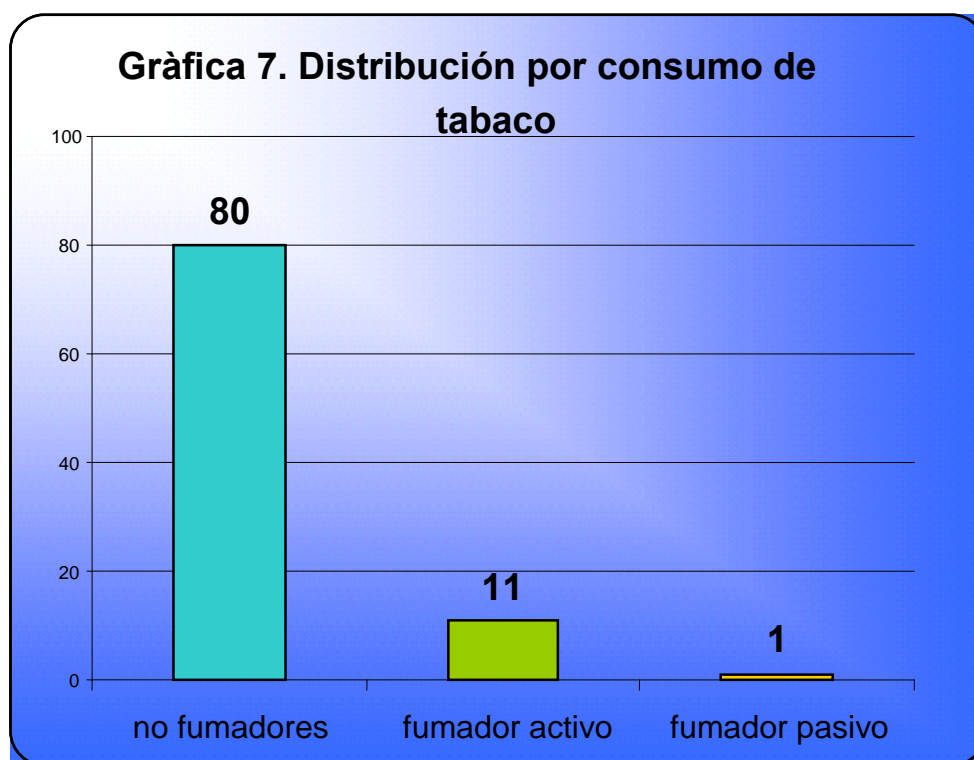
Se considero que el tipo de religión puede influir en el estado depresivo y encontramos que la comunidad presenta más de 4 religiones, siendo la más importante la católica con 78 personas.



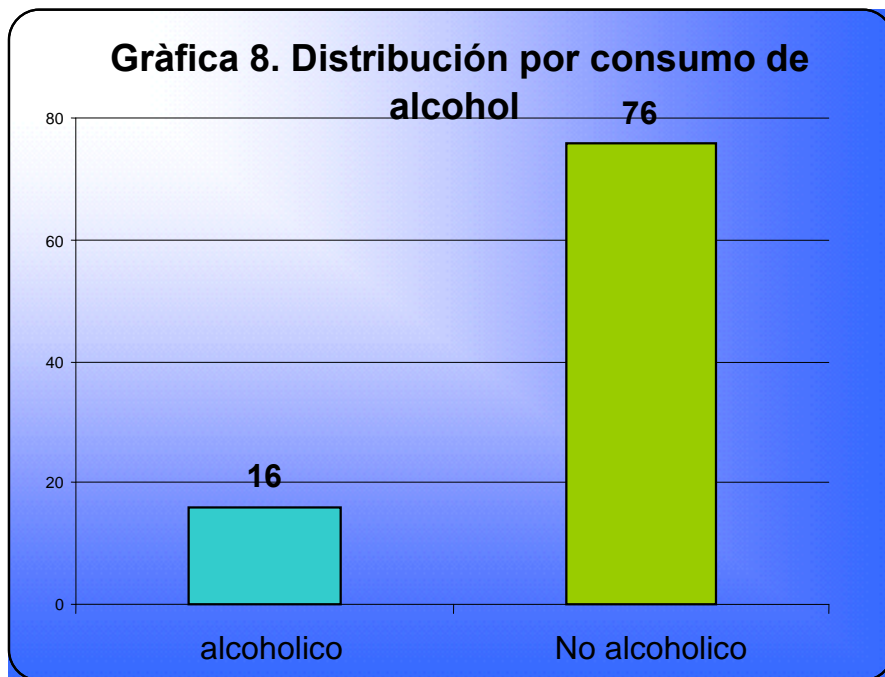
Otra variable estudiada fue el como consideraba el entrevistado su estado de salud, dándole la opción de enfermo o sano. En esta pregunta 26 personas se consideraron enfermas, como lo muestra la siguiente grafica.



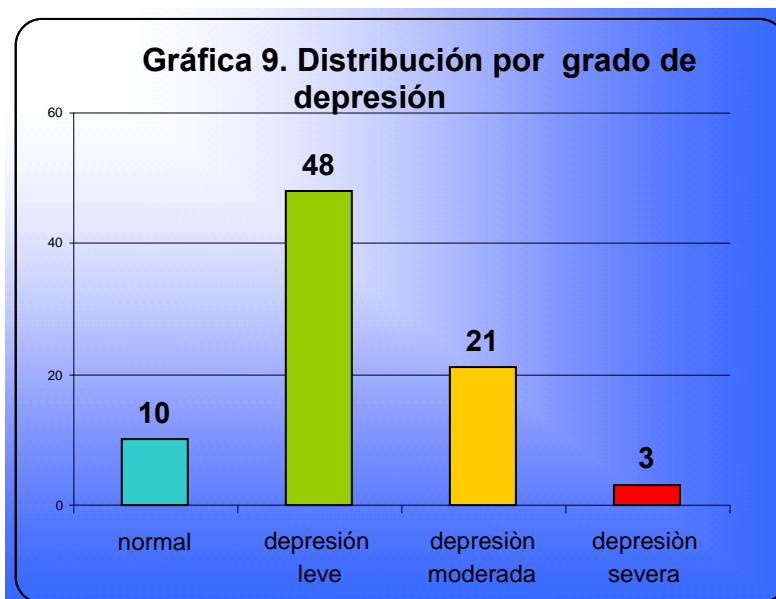
Una variable investigada fue la presencia de consumo de tabaco, encontrando que la mayoría de los encuestados no fuma, la distribución se presenta en la gráfica 7



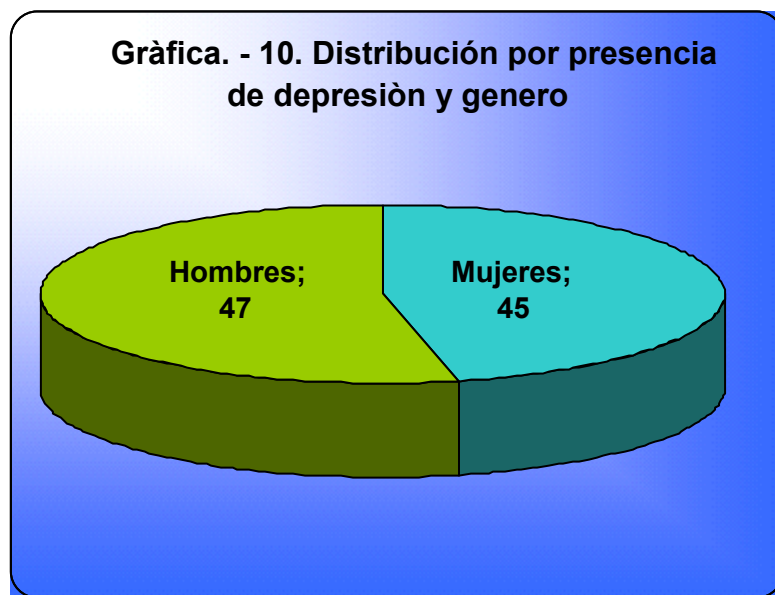
En la presente grafica muestra que el alcoholismo no influye para caer en un estado de depresión en la comunidad de las Barrancas.



De acuerdo a la escala de Beck la depresión se presentó en el 48% de la población estudiada, siendo mayor su presencia en periodos leves que en severos ocupando un 3% y el resto presentó un 21 % comparado con los que no sufren depresión de un 10%.



En cuanto a la presencia de depresión se presentó en el 48% de la población estudiada, predominando más en el sexo masculino que en el femenino ocupando un 45%.



10.- DISCUSIÓN.

En nuestra encuesta realizada a 92 habitantes de la comunidad de las Barrancas de B.C.S. (escala de Beck) encontramos una prevalencia del 51% en hombres y 49% en mujeres que corresponde a un porcentaje mayor del índice nacional e igual muy superior a la de otros países de América y Europa. Ya que en la población en general de 3.7 a 6.7% y de 10 a 14% en la población de pacientes con enfermedad medica asociada.

La estimación de la prevalencia de depresión en adultos en Estados Unidos en población general es de 2-1 en mujeres que en varones y seguramente están implicados factores hormonales y sociales.

Las creencias religiosas conforman el 16% de todos los factores que contrarrestan a la falta de esperanza, debido a que puede causar y acompañar depresión, Las creencias religiosas pueden curar la depresión. (25)

En Europa se realizan test a comunidades aisladas para medir depresión de la población por ejemplo Suiza estima un 12.3% de prevalencia. (26)

En nuestro país México es difícil establecer un índice de prevalencia confiable ya que las instituciones de salud registran solo pacientes diagnosticados que acuden a consulta médica, reportando de un 10 a 15% de algún tipo de depresión. (27).

Castillo y Torres reportan una prevalencia de depresión aun mayor en una encuesta practicada en Monterrey N.L. México consignado un 54% de adolescentes con un grado de depresión. (28).

De los 92 encuestados que estudiamos encontramos algún tipo de depresión, ya que no se relaciona con adicción a algún tipo de drogas, tal vez por que en nuestros grupos se presentan diferentes ocupaciones y actividades que conlleve algún tipo de depresión como los que no la tienen.

En nuestro estudio no compartimos esa información como la manejan en la media mundial ya que la prevalencia predomina en mujeres que en hombres de 2-1., en el presente estudio se reporta la prevalencia de 51% en hombres que en mujeres con un 49% en la comunidad aislada de las Barrancas ya que no se cuenta con información nacional acerca de depresión en comunidades aisladas en nuestro país.

11.- CONCLUSIONES.

En la literatura médica internacional observamos la importancia que manifiestan países tanto industrializados como los llamados subdesarrollados a incluir en comunidades aisladas como un factor diagnóstico importante, para detectar depresión tanto en hombres como en mujeres. La comparación de resultados nos permite establecer un patrón de referencia para situar el verdadero impacto de esta enfermedad mental no solo en nuestro país México si no en la propia comunidad en la que presentamos nuestro servicio médico.

La depresión en una comunidad aislada es un trastorno crónico recurrente y con alta morbimortalidad y el contar con un diagnóstico oportuno ya sea en la escuela, en el hogar, en el trabajo o en las instituciones de salud significativas, la base para afrontar este gran reto que es el combate eficaz de tan trascendente patología mental.

La depresión en una comunidad aislada se presenta como un problema enmascarado cuyo desarrollo puede pasar desapercibido para maestros, padres e familia, incluso para el médico que consulta al paciente con sintomatología alterna como cefalea, trastornos digestivos, artralgias, consumo de alguna droga etc. Lo que dificulta su tratamiento temprano.

Por la trascendencia social que ocasiona estos trastornos mentales requieren de inmediato una estrategia de salud mental preventiva en la cual incluya no solo al personal de salud institucional si no también al maestro y padre de familia como un verdadero equipo de ayuda. Juntos afrontaremos el reto para integrar a la sociedad personas, despiertas, entusiastas, trabajadoras y líderes para el bienestar futuros de las naciones.

Como médico familiar soy el responsable de la salud de un determinado número de familias.

La continuidad tiene ventajas para el paciente y su grupo familiar.

El médico conoce al paciente, sus antecedentes patológicos, sus reacciones frente a la enfermedad y los medicamentos, los problemas familiares, etc. (anticipativa); también tiene ventajas para el médico que puede seguir la historia natural de la enfermedad.

Por último existen ventajas administrativas como el evitar la pérdida de recursos y tiempo.

El médico familiar actúa como vigilante de la salud del grupo familiar, conociendo la problemática individual, familiar y comunitaria.

El médico familiar actúa como primer contacto con el paciente y le provee un medio de entrada al sistema de cuidados de la salud.

Debemos considerar a la medicina familiar como un estilo de práctica y como una especialidad que tiene como punto de atención principal el individuo en su medio familiar y comunitario.

El resultado es la jerarquización de la medicina generalizada pero con un enfoque, preventivo integral, continuo, personalizado, accesible y a costo razonable.

Mientras que la medicina general tiene un enfoque curativo, episódico e individual.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Montes C. La depresión y su etiología. Incidente Of. Mayor depresión. 2003-2004; 4. (30):1-15.
- 2.- National Institute of Mental Health. Depresión. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2001 [reprinted 2004; cited 2004 January 26]. (NIH Publication Number: NIH SP 04-3561). 23 pages. Available from
3. García-Campoyo. J. A. Moreno-González M. Somatización y depresión en atención. Salud Mental Atención primaria;2005: 4 .(2): 2-15.
4. Concha I. Depresión enmascarada. Clínica Siquiátrica Universidad de Chile. Rev. Med. 1988. 3 (4): 1988; 347-352.
5. León J.MD. Depresión. Fundación Santa Fe de Bogota. Rev. Med. 2000;(3). 1323-1329.
6. Casarotti H .La depresión. Rev. Psiquiatría del Uruguay. 2003; 67 .(3);12:156-161.
7. Radanovic-Gruric L. Barkic-Nicola J. Iván-Karner M. The European journal of psychiatry. Depression. 2003; 17. (3); 07:1-5.
8. Goerg D. Fischer W. Zbinden E. Guimon J. Diferenciación en las representaciones sociales de los Transtornos. Departament of Psychiatry, university Hospital Of Gevena.Eur.J Psychiatry. 2004; 5. (18). 225-234.
9. Cabaleiro A. P. Fernández-Mungetti G. Saen M. P. Depresión y Subjetividad. Psicofarmacologia. 2000; 1. (1); 15-21-22-35-38-104-107 141- 297-333.
10. Hawton H. Y Cowen J. Practical problems in clinical psychiatry. Oxford. University Press, Oxford;1992 1. (2); 2-3
11. Ruiz-Armenta S. Depresión. Rev. Postgrado. Universidad Autónoma de Guadalajara 2002; 1. (1); 1-5.

12. Ajuriaguerra J. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona, Masson. 1992; 3. (1) 3.
13. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona Masson; 1995. 4. (3); 4-5
14. Bellot, A y Sandin,B. Manual de psicopatología. McGraw-Hill. Interamericana; 1996. 2 (3). 5-4.
15. Corey,W. Scheftner,W. Keller.M. y cols. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. Am J Psychiatry. 1993; 5. (5); 720-727.
16. Guimon, J.; Mezzich, J. y Berrios,G.Diagnóstico en psiquiatría. Barcelona, Salvat.1988. 3. (2); 7-8.
17. D'Angelo G. Claros M. Diccionario de medicina. 2004; 3 . (4);34
- 18.-Valdes-Aristide B.Depresión en estudiantes Instituto Superior de ciencias medicas de la Habana.2002-2005.1D. disponible en <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuZZEpuZVQbOpITlu.php#superior>
Bibliografía.
- 19.- Van Winkle. E. The toxic mind: the biology of mental illness and violence,Medical Hypotheses 2000; 55(4): 356-368.
- 20.-Shelly- Hayes B.Depresión según la situación conyugal.Estudio y especialista del Centro contra el Cáncer Fox Chase de Filadelfia, (EE.UU.) 1984 y 2003.
- 21.- la revista Job Stress Network del Centro de Epidemiología Social <http://www.workhealth.org/risk/rfbdep.html> publica un análisis sobre el tema, que promete continuar en los foros de debate. Rp. /
© 1997-00 Rp. /internet
- 22.-Phyllis G.Marjo-Ritta L.Mental health in the workplace.oficina internacional del trabajo.ginebra.2000.12D.ISBN 92-2-1 12223-9.
- 23.-www.terra.com/salud/articulo/html/sal5060.htm - 16k -24.-
www.tecnociencia.es/especiales/depresión/introduccion.htm - 9k

24.-www.tecnociencia.es/especiales/depresi3n/introduccion.htm - 9k

25.- Bello M.Puentes-Rosas E.Medina-Mora ME.Lozano R. Prevalencia y diagnostico de depresi3n en poblaci3n adulta en M3xico.Salu. Salud Publica Mex.ñ2005; 47 supl 1SA-SII.

26.- FombonneE. Wostear.Gaiel C. The maudsley Long Term Follow-up of child and adolecent depression. The British Journal of Psichiatri. 2001; 1979. 218 –219.

27.- Yeper R. Luis E. Trastornos depresivos, fundamentosde medicina psiquiatrica. Corporaci3n Para la investigaci3n. Medell3n Colombia. 1988.

28.- Castillo M.Hern3ndez A. Urbano M. Grados de depresi3n del adolecente Secundaria Melchor Ocampo. Salud P3blica y Nutrici3n. Edici3n especial.(1). 2001. Monterrey N.L. M3xico.

ANEXOS

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO DE LA POBLACION DEL C.-6 DE LA UMF # 27 LAS BARRANCAS B.C.S.

NOMBRE _____ FOLIO....

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN _____

ESTADO CIVIL _____

RELIGIÓN _____

TABAQUISMO ____ SI _____ NO _____

ALCOHOLISMO ____ SI _____ NO _____

DROGAS ____ SI _____ NO _____

ESTADO DE SALUD SANO _____ ENFERMO ____ DE QUE _____

MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE USTED CREA QUE REFLEJA SU ESTADO DE ANIMO.

1.- No me siento triste.().

Me siento triste. ().

Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. ().

Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo. ()

2.- No me siento especialmente desanimado ante el futuro. ().

Me siento desanimado con respecto al futuro. ().

Siento que no tengo nada que esperar. ().

Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar ().

3.- No creo que sea un fracaso. ().

Creo que he fracaso mas que cualquier persona normal. ().

Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracaso. ().

Creo que soy un fracaso absoluto como persona. ().

4.- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes. ().

No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo. ()

Ya no tengo verdadera satisfacción de nada. ().

Estoy insatisfecho o aburrido de todo. ().

- 5.- No me siento especialmente culpable. ().
No me siento culpable una buena parte del tiempo. ().
Me siento culpable casi siempre. ().
Me siento culpable siempre. ().
- 6.- No creo que este siendo castigado. ().
Creo que puedo ser castigado. ().
Espero ser castigado. ().
Creo que estoy siendo castigado. ().
- 7.- No me siento decepcionado de mi mismo. ().
Me he decepcionado a mi mismo. ().
Estoy disgustado con migo mismo. ().
Me odio ().
- 8.- No creo ser peor que los demás. ().
Me critico por mis debilidades o errores. ().
Me culpo siempre por mis errores. ().
Me culpo de todo lo malo que me sucede. ().
- 9.- No pienso en matarme.
Pienso en matarme pero no lo haría. ().
Me gustaría matarme. ().
Me mataría si tuviera oportunidad. ().
- 10.- No lloro más que de lo de costumbre. ().
Ahora lloro más de lo que lo solía hacer. ().
Ahora lloro todo el tiempo. ().
Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera. ().
- 11.- las cosas no me irritan más que de costumbre. ().
Las cosas me irritan más que costumbre. ().
Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo. ().
Ahora me siento irritado todo el tiempo. ().
- 12.- No he perdido el interés por otras cosas. ().
Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre. ().
He perdido casi todo el interés por otra persona. ().
He perdido todo mi interés por otras personas. ().
- 13.- Tomo decisiones casi siempre. ().
Postergo la adopción de decisiones mas que de costumbre. ().
Tengo más dificultades para tomar decisiones que antes. ().
Ya no puedo tomar decisiones. ().

- 14.- No creo en mi aspecto sea peor que de costumbre. ().
Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos. ().
Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo ().
Creo que me veo feo. ().
- 15.- Puedo trabajar también como antes. ().
Me cuesta mas esforzó empezar a hacer algo. ().
Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa. ()
No puedo trabajar en absoluto. ().
- 16.-Puedo dormir como antes. ().
No puedo dormir tan bien como solía. ()
Me despierto una dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho
Volver a dormir. ().
- 17.- No me canso mas quede costumbre. ().
Me canso mas fácilmente que de costumbre. ().
Me canso sin hacer nada. ()
Estoy demasiado cansado como para hacer algo. ().
- 18.- Mi apetito no es peor que de costumbre ().
Mi apetito no es tan bueno como solía ser. ().
Mi apetito esta mucho peor ahora. ().
Ya no tengo apetito. ().
- 19.- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente. ().
He rebajado más de dos kilos y medio. ().
He rebajado más de cinco kilos. ().
He rebajado más de siete kilos y medio. ().
- 20.- No me preocupo por mi salud más que de costumbre. ().
Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias
Estomacales o estreñimiento. ().
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra
Cosa ()
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ningún
Otra cosa. ().
- 21.- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. ().
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar. ().
Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. ().
He perdido por completo el interés en el sexo. ().

GRACIAS POR APORTAR TU OPINIÓN EN ESTE TEST DE INVESTIGACIÓN