



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15
MONTERREY, NUEVO LEON



**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MUJERES DE 20 A 45
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:



Dra. MARIA LUISA HERNANDEZ VALDEZ

MONTERREY, NUEVO LEON

MARZO DEL 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.

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MUJERES DE 20 A 45
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 DEL IMSS.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dra. María Luisa Hernandez Valdez

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15
MONTERREY, NUEVO LEÓN


DR. FELIPE CORPUS MARTINEZ
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
DIRECTOR DE LA UMAE COMPLEMENTARIA HOSPITAL DE PSIQUIATRIA No 22
DEL IMSS


LIC. MARTHA HILDA ARMENDÁRIZ ESTRADA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PSICOLOGA CLÍNICA ADSCRITA A LA UMAE COMPLEMENTARIA HOSPITAL DE
PSIQUIATRIA No 22 DEL IMSS


DRA. SARA MARÍA ESTEVANÉ DÍAZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
M. F. No. 15

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MUJERES DE 20 A 45
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 DEL IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

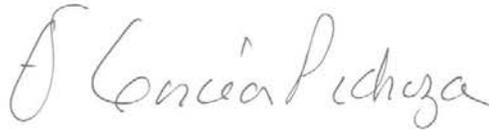
PRESENTA:

Dra. María Luisa Hernández Valdez

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
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.

1. TITULO

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 DEL IMSS

2. INDICE GENERAL	Pags.
1. TITULO	4
2. ÍNDICE GENERAL	5
3. MARCO TEORICO	6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5. JUSTIFICACION	13
6. OBJETIVOS	14
6.1 General	
6.2 Específicos	
7. METODOLOGIA	15
7.1 Tipo de estudio	
7.2 Población, lugar y tipo de estudio	
7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
7.5 Información a recolectar (variables a recolectar)	
7.6 Método o procedimiento para captar la información	
7.7 Consideraciones éticas.	
8. RESULTADOS	21
Análisis Estadístico	
9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	23
10. CONCLUSIONES	24
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
12. ANEXOS	27
Tablas y graficas	

3. MARCO TEORICO

Habitualmente el ser humano experimenta un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas, y siente que tiene un cierto control sobre su estado de ánimo y su afectividad.

En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general.

El término afecto se refiere a la manifestación externa y cambiante del tono emocional de una persona, mientras que el estado de ánimo significa una orientación emocional más duradera que influye en la psicología de la persona. ^[1]

El síndrome depresivo pertenece a la clasificación de los trastornos del afecto y se define como una enfermedad que se caracteriza por abatimiento del estado de ánimo, persistente durante unas 2 semanas en la mayor parte del día y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo. Se manifiesta en grados, leve, moderado y severo, siendo este último el que cursa con tristeza, desánimo, baja autoestima, auto reproche, culpa, pérdida de interés por las cosas que antes le producían placer, síntomas cognitivos como disminución de la capacidad de atención o de la memoria de trabajo, disminución de la amplitud perceptiva con distorsiones, pensamiento lento monótono o cavilativo, con frecuencia se modifican los ritmos de

alimentación, sueño- vigilia y la secreción de cortisol. ^[2]

Actualmente se sabe que la depresión es causada por un trastorno neuro-endocrino que involucra los neurotransmisores de noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. En la fisiopatología de la depresión están involucradas estructuras cerebrales de los neurocircuitos: orbito-frontal-dorsoprofrontal, estriado, talámico y mesolímbico, en donde por medio de estudios de neuroimagenología funcional (tomografía por emisión de positrones) se aprecia el funcionamiento cerebral in vivo; y se observa a).- Aumento del flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo frontal izquierdo. b).- Disminución del flujo en el lóbulo parietal derecho y temporal posterior. c).- Aumento del flujo en amígdalas y en el núcleo dorsal del tálamo.d).- Disminución del flujo sanguíneo cerebral en el núcleo caudado y la corteza orbitofrontal.

En 1994 se propuso la hipótesis de las alteraciones en la sensibilidad a los receptores

noradrenérgicos y serotoninérgicos así como la dopamina, además existen evidencias experimentales de que también se involucran sistemas acetilcolinérgicos, gabaérgicos, glutamatérgicos y peptidérgicos. Esto lo comprobamos en estudios de sangre, líquido cefalorraquídeo o la orina, además de la actividad de los receptores plaquetarios. Otra prueba de laboratorio anormal es el test de supresión con dexametasona y algunas pruebas neuroendócrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imagenología cerebral, los potenciales evocados y el electroencefalograma. ^[3]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en desarrollo los trastornos depresivos ocupan el cuarto lugar como un problema de salud importante con una morbilidad de 3.4% y en los países desarrollados son la segunda causa más importante de incapacidad personal y laboral, y para el año 2020 se espera que sea la segunda causa de invalidez y de años perdidos por discapacidad, llegando a una morbilidad de 5.7%; se ha visto que es más común en mujeres, la cifra de prevalencia en el curso de la vida es de 20% , y en el hombre 10%, aunque afecta a personas de cualquier edad desde lactantes hasta ancianos, las cifras internacionales reportan mayor frecuencia entre los 18 y 44 años, con pico de incidencia a los 40 años de edad. En la población general la prevalencia de depresión es de un 5%, mientras que en la población médica en general oscila entre 10 y 15%, y en los pacientes con enfermedad crónica entre 25 y 50%. Este trastorno representa entre el 10 y 25 % de la consulta general.

Es una condición recurrente, quien a padecido un episodio depresivo tiene una probabilidad 60% mayor que el resto de la población de presentar otro episodio, y la complicación más grave de estos trastornos es el suicidio o intento de suicidio. ^[4]

En México las encuestas en el año 2003 revelaron que el 3.3% de la población a presentado cuando menos un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida y el 4.5% fueron mujeres y 2% fue en varones.

Se han efectuado estudios en la población adulta de México y se han detectado grupos más vulnerables a la depresión, con gran frecuencia asociada a los niveles más bajos de escolaridad, edad más avanzada y sexo femenino. ^[5]

Las pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio, cambios en las funciones cognitivas, lenguaje y las funciones vegetativas como sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos, que originan deterioro del funcionamiento interpersonal, familiar, social y laboral. ^[6]

Aunque la razón exacta del predominio de depresión en las mujeres no se conoce

probablemente se deba a una combinación de diferencias de género, ciertos factores biológicos y una incidencia más alta de factores psicosociales y económicos. ^[7,8]

En las estadísticas del INEGI observadas entre los años 1990 a 2006 en el Estado de Nuevo León las Enfermedades Mentales incluida la Depresión Mayor con suicidio e intento de suicidio se colocan en el lugar Número 20 para los hombres y en caso de las mujeres no es reportada como tal, sino como otras enfermedades mentales. Tomando en cuenta que los datos los publican de certificados de defunción expedidos por salubridad. ^[9, 10, 11]

El DSM-IV que es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Sistema oficial de codificación y nomenclatura psiquiátrica de los Estados Unidos), distingue entre episodio y trastornos del estado de ánimo.

Un episodio es un período que dura cuando menos dos semanas, durante las cuales hay suficientes síntomas que cumplen criterios completos para el trastorno de ánimo depresivo. El trastorno depresivo mayor se refiere a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía (depresión unipolar). ^[12]

Criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor: Se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas y que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser A).- Estado de ánimo depresivo o B).- Pérdida de interés de la capacidad para el placer.

- 1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi todos los días, el paciente refiere sentirse triste o vacío, manifestado objetivamente por llanto. (Nota.- en los niños y adolescentes se manifiesta por irritabilidad).
- 2.- Disminución marcada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario.
- 3.- Pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta (un cambio de más de 5% de peso corporal en un mes) o modificaciones de peso casi a diario.
- 4.- insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi a diario observada por los demás, no simples sensaciones de inquietud o de estar enlentecido.
- 6.- Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
- 7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario (no simples auto reproches o culpabilidad por estar enfermo).
- 8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi a diario.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en el entorno familiar.

Los síntomas no deben ser por efecto fisiológico directo de una sustancia como una droga, un medicamento o una enfermedad médica como el hipotiroidismo.

En presencia de un duelo después de la pérdida de un ser querido los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por gran incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor que se presentan la mayor parte del día y casi todos los días: como estado de ánimo deprimido con tristeza, disminución importante del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento de peso sin hacer dieta, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. ^[13, 14] Los intentos de suicidio entre los pacientes con el desorden depresivo mayor se asocian con frecuencia con la severidad de los síntomas, otros intentos anteriores y con la falta de un compañero, además del tiempo de duración de la depresión. ^[15] El trastorno depresivo mayor se asocia en un 20 a 25 % con enfermedad médica en las mujeres; Una mejor atención de ésta patología en el primer nivel de atención puede mejorar el curso de ideación suicida además de que es susceptible de ser tratada con antidepresivos y psicoterapia. (Jurgen, 2002). ^[16.]

Marquez y otros (2001), en un estudio descriptivo, exploratorio y transversal que se realizó en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en la delegación oriente del Estado de México donde se determinó la frecuencia de depresión en adultos mayores además de identificar algunos factores de riesgo, encontrando los siguientes resultados; la frecuencia de depresión fue del 72 % con un total de 277 pacientes⁽¹⁷⁾

Descripción de cuestionarios empleados en la investigación

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) es un cuestionario auto-aplicable de 13 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Las versiones más actuales de este cuestionario están diseñadas para ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas de depresión como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como la culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, como la fatiga, la pérdida de peso y de apetito sexual. En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente que tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la **sintomatología**, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(International Neuropsychiatric Interview, MINI)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. (Nota.- el eje 1 valora los trastornos afectivos y depresivos sin lesión o disfunción cerebral).

Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no Clínicos para la CIE-10).

Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 a 11.6 minutos, una media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento.

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, se informa al paciente que se va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada

de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Respuestas con una flecha encima () indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente.

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la consulta de primer nivel es frecuente y común encontrar pacientes con síntomas variados y atípicos, que por clínica o laboratorio no es posible detectar alguna enfermedad, probablemente enmascarando un trastorno depresivo que pueden llegar a manifestar dolores de cualquier índole o trastornos digestivos, siendo incluso valorados por alguna especialidad durante varias consultas sin encontrar patología alguna.

En Nuevo León, según el INEGI la estadística de la tasa de suicidio por trastornos mentales donde incluyen la depresión refiere que en los últimos 10 años se ha incrementado en el sexo femenino y que el grupo de edad predominante es de entre 25 a 45 años, esto es un problema serio por ser un grupo amplio de edad reproductiva y productiva, que probablemente es provocado por la poca difusión y el desconocimiento de las pacientes hacia los síntomas del padecimiento por lo que no acuden a consultar, dentro del origen de esta patología pueden estar presentes como causas de origen el estilo y el ritmo de vida actual.

Dentro de la consulta familiar en general se ha observado que algunas pacientes presentan síntomas depresivos evidentes y en otros los síntomas se encuentran enmascarados por síntomas atípicos, lo que origina que la paciente sea muy demandante en la consulta, sin patología orgánica que sea detectada por estudios o la exploración física.

Actualmente no contamos con estadísticas confiables en nuestra unidad que nos indiquen con que frecuencia existen de pacientes con depresión mayor, lo cual me motivo a realizar el estudio de investigar sobre:

¿Cuál será la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor en mujeres de 20 a 45 años en la Unidad de Medicina Familiar No.15?

5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, dentro de la consulta familiar existe un incremento de los trastornos del estado de ánimo por múltiples factores, por ser una patología que en muchas ocasiones se encuentra sub-diagnosticada, o se presenta enmascarada por lo que considero importante investigar la frecuencia del estado depresivo mayor en la UMF No 15.

La información estadística del SIMO en la unidad no refleja el número real de casos que se presentan en la consulta de medicina familiar; ya que no se realiza una búsqueda intencionada del diagnóstico, lo que nos indica que el trastorno depresivo puede estar mal diagnosticado.

Por lo que considero que este estudio será de gran utilidad, ya que al conocer la frecuencia en la unidad, se pondría más atención para realizar el diagnóstico de depresión con lo cual daríamos una atención más oportuna a los pacientes, esto evitaría que la enfermedad se detectara en etapas avanzadas y se llegara a la complicación más grave que es la idea suicida.

6. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia del Trastorno depresivo mayor en mujeres de 20 a 45 años del turno matutino en la Unidad de Medicina Familiar N° 15 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la frecuencia de los Trastornos depresivos en mujeres de 20 a 45 años del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar N° 15.

Identificar la gravedad del Trastorno depresivo mayor en mujeres de 20 a 45 años del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar N° 15.

Identificar las variables demográficas del Trastorno depresivo Mayor en mujeres de 20 a 45 años del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar N° 15.

7. METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo Observacional,
Transversal
Prospectivo o actual

POBLACION DE ESTUDIO

A todas las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.15 que se presentaron a la consulta Externa de Medicina Familiar y/o laboratorio en el turno matutino, en edad comprendida entre 20 y 45 años y que otorgaron consentimiento informado para participar en la investigación, se les aplicó el cuestionario para datos demográficos, la escala del cuestionario auto aplicable de Beck que midió el grado de depresión, si encontramos un cuestionario con resultado de 12 puntos o más, se canalizó al departamento de psicología donde se les aplicó el instrumento de Neuropsychiatric Interview Internacional Mini (MINI) para confirmar el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor actual.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- Mujer de 20 a 45 años
- Que dé su consentimiento informado para participar.
- Que pueda contestar de forma autónoma el cuestionario.
- Adscritas a la UMF No. 15.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes en etapa de duelo.
- Pacientes con enfermedad crónico degenerativa de reciente diagnóstico.
- Que no acepte contestar el cuestionario.
- Pacientes que no deseen participar.

c) Criterios de eliminación

- Pacientes que no terminen la evaluación.

MUESTRA

TECNICA MUESTRAL

Se realizó un tamaño de muestra No probabilística, por conveniencia de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación hasta completar el tamaño de muestra, de mujeres de entre 20 a 45 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF N° 15, con los médicos familiares de turno matutino.

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Fórmula para estimar proporción en una población infinita
en donde los valores que se tomaron fueron los siguientes:

Nivel de confianza = 95%
Variación aceptada =+/- 5%
Proporción esperada =25 %

Precisión 5%
Prevalencia 25%
Efecto 5%

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \quad z=1.96 \quad p= 25\% \quad q=100-P \quad \frac{1.96 (25 \times 75)}{25}$$

$$3.84 \times (25 \times 75) = 288$$

n= tamaño de muestra
P= Proporción de eventos esperados .25
q= 1-p 75
IC= Intervalo de confianza 1.96
d= .0

Variables del estudio				
Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Dependiente Depresión Mayor	Se considera depresión mayor la presencia de síntomas relacionados con alteración del estado emocional que se presentan la mayor parte del día, y casi todos los días: durante 2 semanas y se acompaña de alteraciones fisiológicas, cognitivas y conductuales teniendo como expresión máxima la ideación suicida. (DSM-IV).	Por medio de un cribado con escala de Beck, si la puntuación es de 12 a 20 puntos es depresión leve, si la puntuación es de mas de 20 puntos es sugestivo de depresión mayor, se procede a la aplicación de entrevista MINI y si se contesta el cuestionario afirmativamente en las casillas A(1)(2) y B(1)(2), se examina cada respuesta positiva, según el criterio de 2 respuestas positivas se continua el cuestionario del A(3) a,b,c,d,e,f, y si contesta afirmativamente 5 items se considera depresión mayor.	Ordinal	1.- Encuesta. M.I.N.I. Plus Español 5.0.0
Independiente Edad	El rango de edad en mujeres entre 20 y 45 años que tiene mayor posibilidad de depresión mayor según la OMS.	Mujeres de 20 a 45 años de edad		

PLAN DE ANÁLISIS

Análisis de frecuencia y medidas de tendencia central, pruebas estadísticas para inferencia razón de frecuencia e intervalo de confianza.

INSTRUMENTOS DE RECOLECIÓN

1. cuestionario para variables demográficas y diagnóstico.
2. Test: Inventario de Depresión de Beck.

Autores: A. T Beck, C. H. Ward, Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh.

Referencia: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571

Nº de ítems: Versión abreviada, 13.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

Administración autoaplicada.

3. INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW MINI

MINI entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Versión en Español 5. 0. 0, DSM-IV

EE.UU: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan, University of South Florida, Tampa.

Francia : Y Lecrubier, E. Weiller, T Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine

Hospital de la Salpêtrière, Paris Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gilbert

Instituto IAP- Madrid – España

M. Soto, O. Soto

University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco.

Referencia: Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. European Psychiatry 1997; 12:232-241.

Evalúa: Principales trastornos psiquiátricos el eje 1

Administración: Heteroaplicada. MINI.

ASPECTOS ETICOS

Esta investigación está basada conforme al reglamento general de salud donde se prevalece el criterio de respeto, dignidad y confidencialidad en los derechos de los pacientes.

De acuerdo a los principios de la declaración de Helsinki, y con la Ley Federal de Salud, Título Segundo.

De los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo 1.

Disposiciones comunes artículo 13 y 14.

En toda investigación en el que el ser humano sea objeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

8. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo, en la UMF N° 15 del IMSS en 288 mujeres entre 20 y 45 años de edad que acudieron a la consulta externa durante el turno matutino entre los meses de julio a diciembre del 2007, se efectuó previo consentimiento informado aplicando como instrumento de medición la escala de Beck y Mini Entrevista Neuropsiquiátrica.

El reporte total de casos de depresión mayor actual fueron 23 que refleja un 8% de la población encuestada, y solo 4 casos en el pasado de episodio depresivo mayor (1.4%), Casos sin depresión mayor 261 (90.6%). Lo que sugiere que aparentemente es poco frecuente el trastorno depresivo mayor en la población femenina de la unidad. ^{Ver} cuadro N° 1 y grafica N° 1

Se encontró que de las 27 pacientes detectadas con depresión mayor solo 12 de ellas (4.2%) en varias ocasiones trataron de hacerse daño, se sintieron suicidas o con deseo de estar muertas, y 15 mujeres (5.2%) nunca sintieron este impulso lo que sugiere no ser tan grave este trastorno depresivo en la población femenina entre 20 y 45 años de la unidad. ^{Ver} cuadro N° 2

De todas las mujeres encuestadas el promedio de edad fue de 31.8 años, con una desviación estándar de 7.49. según su ocupación 135 de ellas el porcentaje más alto con síntomas de depresión se dedicaban al hogar (46.9 %), 95 empleadas (33.0%), 30 profesionistas (10.4%), 25 obreras (8.7%), 3 empresarias (1.0 %). ^{Ver} cuadros 3 y 4. Graficas 2 y 3.

Según el estado civil de las 288 mujeres encuestadas, 169 eran casadas (65.6 %), 60 eran solteras (20.8 %), 18 mujeres en unión libre (6.3%), 11 eran divorciadas (3.8 %), 6 eran separadas (2.1 %), y 4 eran viudas (1.4 %). ^{Ver} cuadro 5 y grafica 4.

Según la escolaridad el nivel más alto fue 96 con secundaria (33.3 %), 64 pacientes con nivel técnico (29.2%), 48 con nivel profesional (16.7%), 32 pacientes con estudios de preparatoria (11.1%), 28 con nivel primaria (9.7%). ^{Ver} cuadro 6 y grafica 5.

Se interrogó a las encuestadas si algún familiar había sufrido de depresión y 94 mujeres respondieron que sí (32.6%) y sin antecedentes familiares con depresión fueron 194 (67.4%). ^{Ver cuadro 7 y grafica 6}

Las pacientes que presentaron antecedentes personales de depresión en el pasado fueron 92 mujeres (31.9%), y las que nunca habían presentado depresión fueron 196 casos (68.1%). ^{Ver cuadro 8 y grafica 7}

9. DISCUSIÓN

La depresión enmascarada es una condición en la que los síntomas afectivos y cognoscitivos clásicos de depresión están ocultos detrás de una variedad de quejas somáticas. Normalmente se diagnostican incorrectamente pacientes que padecen depresión enmascarada y se tratan sintomáticamente con poco éxito.

Se considera que el Síndrome Depresivo será la segunda causa de invalidez para todas las personas en el año 2020.

Comparativamente en relación al estudio de frecuencia de trastornos depresivos, específicamente en mujeres casi no encontré resultados estadísticos. Pero existe un estudio de frecuencia en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS del estado de Mexico del año 2001 donde se determino la frecuencia de depresión en adultos mayores en un 72 % con un total de 277 pacientes .

De los resultados obtenidos en este estudio se detecta lo siguiente:

Aunque los resultados demuestran un porcentaje del 4.34 % de casos depresivos mayores actuales, y 1.38 % de casos depresivos pasados, podemos concluir que el diagnostico de Depresión Mayor está subdiagnosticado y subtratado en primer nivel de atención ya que las mismas pacientes no identifican sus molestias como síntomas de depresión mayor, esto nos sugiere que hay una necesidad de educación y difusión a la población derechohabiente, así como una mejor capacitación al personal médico de primer nivel.

10. CONCLUSIONES

En éste estudio se encontró que el grado de depresión mayor en las mujeres de 20 a 45 años de la UMF N° 15 fue de baja proporción según lo esperado, sin embargo si se demostró que hay depresión subdiagnosticada y sin tratar así como pacientes con tendencia suicida que por falta de diagnostico oportuno son pasados por alto.

Se han efectuado estudios en la población adulta de México y se han detectado grupos más vulnerables a la depresión, con alta prevalencia asociada a los niveles más bajos de escolaridad, edad más avanzada y sexo femenino, en éste estudio según estadística las encuestas mas altas de escolaridad fue de nivel técnico y secundaria.

Según el INEGI en sus estadísticas entre los años 1990 a 2006 en el estado de Nuevo León las Enfermedades Mentales incluida la Depresión Mayor con suicidio e intento de suicidio se colocan en el lugar N° 20 para los hombres y en caso de las mujeres no es reportada como tal, sino como; otras enfermedades mentales.

En conclusión esta investigación se podrá tomar como pauta para investigaciones futuras para buscar o detectar en forma oportuna y con mayor intención el diagnostico de depresión descartando en forma primordial las patologías con la finalidad de incidir o intervenir en aquellos derechohabientes evitando así las incapacidades prolongadas por dicho diagnostico.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Lopez-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyor, Manuel (dir) (2002) DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Texto revisado. Barcelona Masson ISBN 9788445810873

2.- Anzures, R. Y cols. PAC MF-1 Colegio Mexicano de Medicina Familiar , A.C. libro 2, cap.7. 2001.

3.-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, APA, 2000 (G).

4.- Asociación Psiquiátrica Mexicana. Manual de Trastornos Mentales, Los Trastornos Depresivos, 2005; 73.

5.- Bello, M y cols. Prevalencia y Diagnóstico de Depresión en Población Adulta en México. Revista de Salud Publica de México 2005 Vol.47 págs. S4-S11.

6.-Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría 2000; 15:593.

7.- Kornstein SG. Chronic depression in women. 6:Clin Psychiatry 2002 Jul: 63 (7):602-9.

8.- Subhash C. y cols. La depresión en las Mujeres: El diagnóstico y Consideraciones del Tratamiento, La Creighton Universidad Escuela de Medicina y Universidad de Medicina de Nebraska.

9.- Estadísticas Vitales de Nuevo León, cuaderno No 1. INEGI Edición 1999, págs. 481, 484 y 487.

10.- Mujeres y Hombres en México. Fuente Instituto Nacional de Estadísticas Geográfica e Informática (INEGI) Ediciones 1999, 2,000, 2002, 2,003, 2,005, 2,006. págs. 227, 145, 167, 441, 435

11.- Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidio en Nuevo León, INEGI cuaderno No 1 edición 1995.

12.-Fava M, Davidson KG: Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. Psychiatr Clin North Am 1996, 19:179-195.

13.- Hirschfeld RM, Russell JM. La valoración y tratamiento de pacientes suicidas. N Engl J Med 1997;337: 910-5.

14.-Masson, DSM-IV Tratado de Psiquiatría Tomo 1, 3ª edición.

15.- Sokero, TP. Y cols. El estudio probable de factores de riesgo para el suicidio consumado entre los pacientes con DSM-IV comandante el desorden depresivo. El departamento de Salud Mental e Investigación del Alcohol, Nacional el Instituto de Salud Público, Helsinki, Finlandia.

16.- Dickinson, LM. La detección y tratamiento de la ideación suicida entre los pacientes deprimidos en el cuidado primario. Revista electrónica. Centro para las Estrategias de la Investigación, Denver, CO 80203, EE.UU Paul.Nutting@CRSLLC.org

17.- Márquez-Cardoso, E; Soriano-Soto, S; y colaboradores. Depresión en el Adulto Mayor: Frecuencia y Factores de Riesgo asociados. Aten. Primaria. 2005; 36 (6); 345-346

12. ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN A PACIENTES

Monterrey, N.L. a _____ de _____ de 2007

Por medio de la presente **acepto participar** en el proyecto de investigación titulado “**La depresión mayor y riesgo de s. en mujeres de 20 a 45 años**” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de depresión mayor en mujeres, los resultados se podrán utilizar para realizar actividades educativas, programas para la prevención e intentar reducir la frecuencia del trastorno y las complicaciones relacionadas.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y consiste en contestar un cuestionario que incluye algunos datos personales como edad, estado civil, ocupación, antecedentes de depresión.

Declaro que me han informado que no hay procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad física, además, que no voy a obtener ningún beneficio directo al contestar el cuestionario; de la misma forma me han explicado que se garantiza que los datos serán confidenciales y no habrá forma de que me puedan identificar individualmente; si al momento de contestar el cuestionario no estoy de acuerdo con lo que se pregunta, tengo la libertad de retirarme si lo considero pertinente; sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

Nombre y firma del paciente

Dra. Ma. Luisa Hernández Valdez
Investigador principal

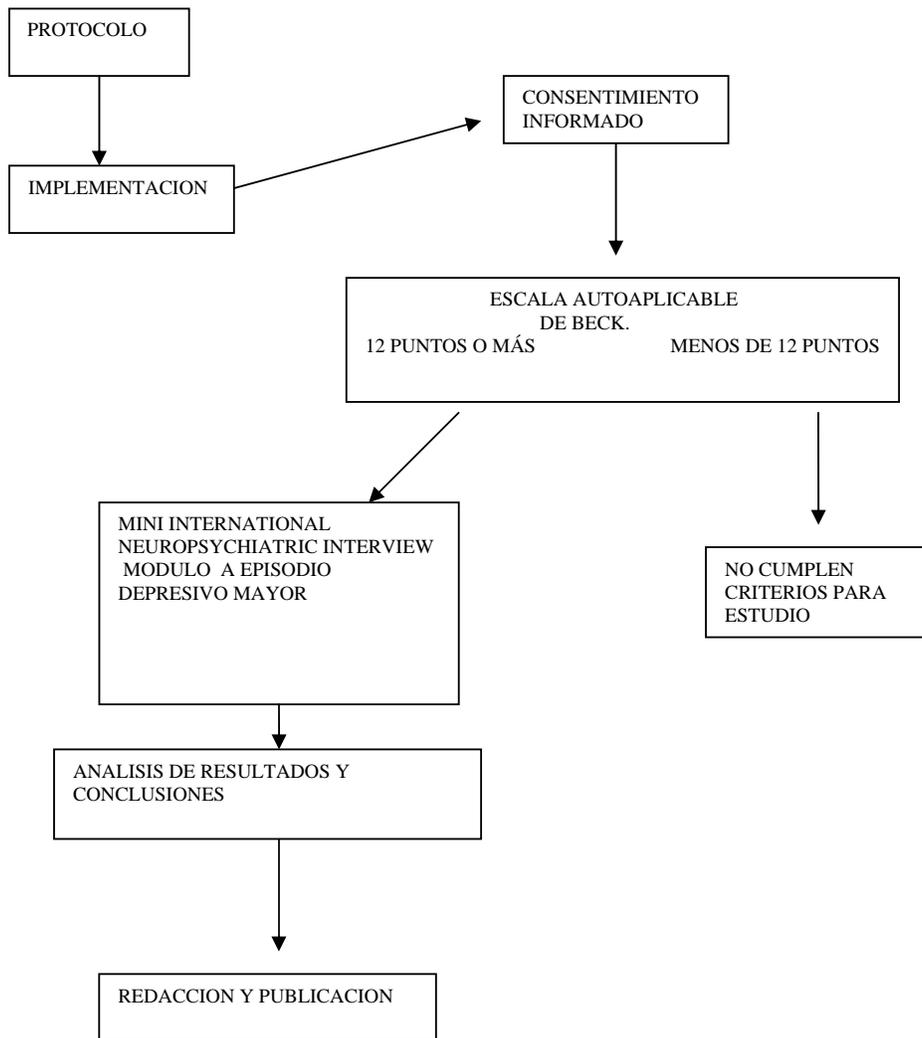
Encuestador (nombre y firma)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2007

Actividad	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN.	JUL.	AGO	SEP	OCT.	NOV	DIC.
Elaboración de protocolo	*	*	*	*	*	*						
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación						*						
Capacitación encuestador o colector de información						*	*					
Prueba piloto						*	*					
Colección de información							*	*	*	*	*	*
Captura de datos									*	*	*	*
Análisis de datos												*
Interpretación de resultados												*
Formulación de reporte												*
Redacción de artículo científico												

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



DATOS DEMOGRÁFICOS

Número de paciente _____		Iniciales _____	Edad _____
Ocupación:			
Hogar _____	Obrero _____	Empleado _____	Profesionista _____
Empresario _____			
Estado civil:			
Soltera _____	Casada _____	Viuda _____	Separada _____
Divorciada _____			
Escolaridad:			
Unión libre _____			
Nula _____	Primaria _____	Secundaria _____	Preparatoria _____
Técnica _____	Profesional _____		
Algún familiar a sufrido depresión		Si _____	No _____
		Quién _____	
Usted a sufrido depresión en el pasado		Si _____	No _____
Motivo por el cual consulto _____			
Padece alguna enfermedad médica _____			

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PARA PACIENTES QUE PAREZCEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

A1	a. ¿Alguna vez, se ha sentido consistentemente deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días, por un período de por lo menos dos semanas?	NO	SÍ	1
	SI A1a = SÍ:			
	b. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	2
A2	a. ¿Alguna vez, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban por un período de por lo menos dos semanas?	NO	SÍ	3
	SI A2a = SÍ			
	b. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1a O EN A2a?	➡		
		NO	SÍ	

SI ESTÁ DEPRIMIDO EN LA ACTUALIDAD (A1b O A2b = SÍ): EXPLORE ÚNICAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI NO: EXPLORE EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

		<u>Episodio Actual</u>		<u>Episodio Pasado</u>		
A3	En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:					
	a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal ó ± 8 libras ó ± 3.5 kgr., para una persona de 160 libras/ 70 kgr.)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	NO	SÍ	5
	b. ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	NO	SÍ	6
	c. ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	NO	SÍ	7
	d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	NO	SÍ	8
	e. ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	NO	SÍ	9

M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000)

-5-

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

SI A3e = SÍ: PIDA UN EJEMPLO.

LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON IDEAS DELIRANTES. No Sí

f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	NO	SÍ	10
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	NO	SÍ	11
A4	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE A3 (O 4 RESPUESTAS DE A3, SI CODIFICÓ NO EN A1a O A2a PARA EPISODIO PASADO O SI CODIFICÓ NO EN A1b OR A2b PARA EPISODIO ACTUAL)?	NO	SÍ	NO	SÍ	

VERIFIQUE QUE LOS SÍNTOMAS CODIFICADOS COMO POSITIVOS OCCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 2 SEMANAS.

SI CODIFICÓ NO EN A4 PARA EPISODIO ACTUAL ENTONCES EXPLORE DE A3a A A3g PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

A5	¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?			NO	SÍ	12
----	--	--	--	----	----	----

A6	¿Estos síntomas se deben totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y son similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecerían la mayoría de las personas en circunstancias similares?					
	¿SE HA EXCLUÍDO UN DUELO NO COMPLICADO?			NO	SÍ	13

A7 a	¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
------	---	--	--	--	--	--

b	¿Había padecido alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
---	--	--	--	--	--	--

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

A7 (RESUMEN):	¿SE HA DESCARTADO ALGUNA CAUSA ORGÁNICA?	NO	SÍ	INCIERTO		14
---------------	--	----	----	----------	--	----

A8 CODIFIQUE SÍ SI A7 (RESUMEN) = SÍ O INCIERTO.
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>Episodio Depresivo Mayor</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

A9 CODIFIQUE SÍ SI A7b = SÍ Y A7 (RESUMEN) = NO.
ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<i>Trastorno del Estado del Ánimo Debido a una enfermedad médica</i>	
Actual	<input type="checkbox"/>
Pasado	<input type="checkbox"/>

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**

University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**

Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert

Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto

University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

^Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier

medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores.

Investigadores y clínicos

que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales)

pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Módulos Período explorado

Cumple

DSM-IV CIE-10

los criterios

A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Actual (2 semanas) _ 299.20-296.26 episodio único F32.x

(EDM) Recidivante _ 296.30-296.36 recidivante F33.x

EDM CON SÍNTOMAS Actual (2 semanas) _ 296.20-296.26 episodio único F32.x

MELANCÓLICOS (opcional) 296.30-296.36 recidivante F33.x

B TRASTORNO DISTÍMICO Actual (últimos 2 años) _

C RIESGO DE SUICIDIO Actual (último mes) _ 300.4 F34.1

Riesgo:

_ leve _ moderado _ alto _

D EPISODIO MANÍACO Actual _ 296.00-296.06 F30.x-F31.9

Pasado _

EPISODIO HIPOMANÍACO Actual _ 296.80-296.89 F31.8-F31.9/F34.0

Pasado _ 300.01/300.21 F40.01-F41.0

E TRASTORNO DE ANGUSTIA Actual (último mes) _

De por vida _ 300.22 F40.00

F AGORAFOBIA Actual _

G FOBIA SOCIAL (*Trastorno* Actual (último mes) _ 300.23 F40.1

de ansiedad social)

H TRASTORNO OBSESIVO- Actual (último mes) _ 300.3 F42.8

COMPULSIVO

I ESTADO POR ESTRÉS Actual (último mes) _ 309.81 F43.1

POSTRAUMÁTICO (opcional)

J DEPENDENCIA DE ALCOHOL Últimos 12 meses _ 303.9 F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL Últimos 12 meses _ 305.00 F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS Últimos 12 meses _ 304.00-.90/305.20-.90 F11.1-F19.1
(no alcohol)
ABUSO DE SUSTANCIAS Últimos 12 meses _ 304.00-.90/305.20-.90 F11.1-F19.1
(no alcohol)
L TRASTORNOS PSICÓTICOS De por vida _ 295.10-295.90/297.1 F20.xx-F29
Actual _ 297.3/293.81/293.82
293.89/298.8/298.9
TRASTORNO DEL ESTADO Actual _ 296.24 F32.3/F33.3
DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS
PSICÓTICOS
M ANOREXIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses) _ 307.1 F50.0
N BULIMIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses) _ 307.51 F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO Actual _ 307.1 F50.0
COMPULSIVA/PURGATIVA
O TRASTORNO DE ANSIEDAD Actual (últimos 6 meses) _ 300.02 F41.1
GENERALIZADA
P TRASTORNO ANTISOCIAL De por vida _ 301.7 F60.2
DE LA PERSONALIDAD (opcional)

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

3

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo

- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio

- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión

- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Trato de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones

- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo

- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo

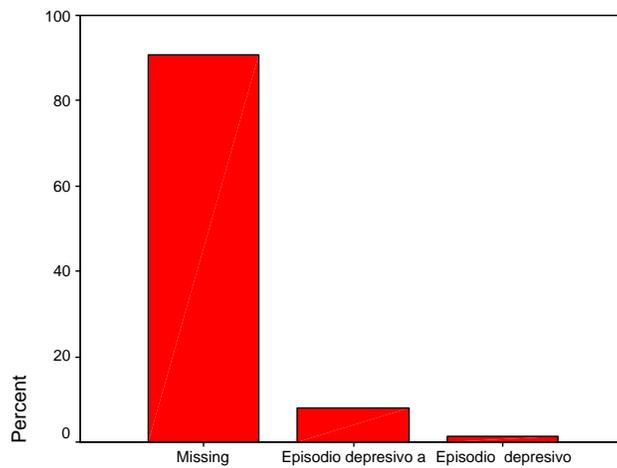
- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa

- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito

CUADRO N° 1

Si A7 Resumen es = si o Incierto					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Episodio depresivo actual	23	8.0	85.2	85.2
	Episodio depresivo pasado	4	1.4	14.8	100.0
	Total	27	9.4	100.0	
Missing	System	261	90.6		
Total		288	100.0		

GRAFICA N° 1



Si A7 Resumen es = si o Incierto

CUADRO Nº 2

Statistics

En varias ocasiones deseo hacerse daño,
se sintió suicida o deseo estar muerto

N	Valid	27
	Missing	261

En varias ocasiones deseo hacerse daño, se sintió suicida o deseo estar muerto

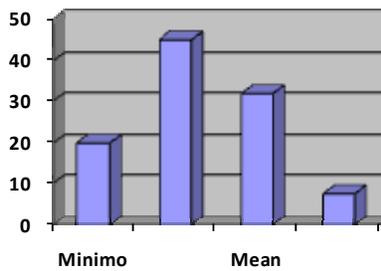
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	12	4.2	44.4	44.4
	No	15	5.2	55.6	100.0
	Total	27	9.4	100.0	
Missing	System	261	90.6		
Total		288	100.0		

CUADRO Nº 3

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad	288	20	45	31.80	7.49
Valid N (listwise)	288				

GRAFICA Nº 2

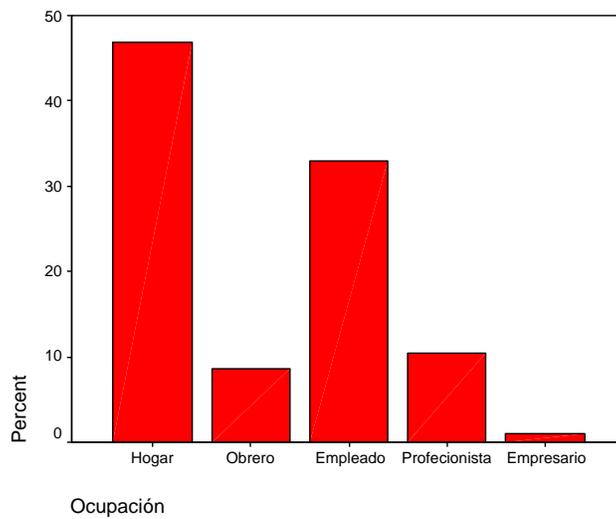


CUADRO N° 4

Ocupación

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hogar	135	46.9	46.9	46.9
	Obrero	25	8.7	8.7	55.6
	Empleado	95	33.0	33.0	88.5
	Profesionista	30	10.4	10.4	99.0
	Empresario	3	1.0	1.0	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

GRAFICA N° 3

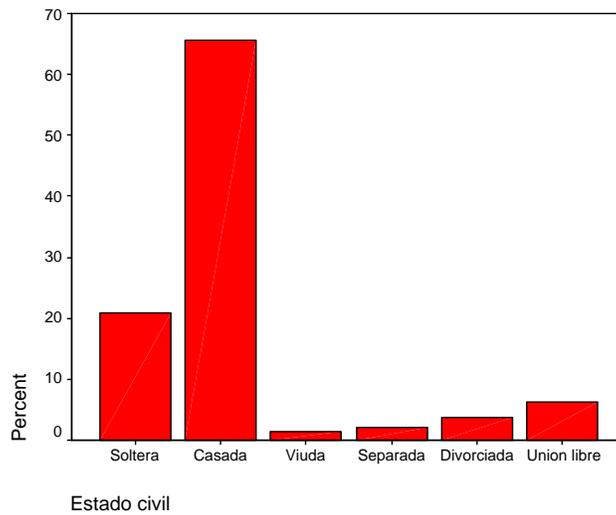


CUADRO N° 5

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Soltera	60	20.8	20.8	20.8
	Casada	189	65.6	65.6	86.5
	Viuda	4	1.4	1.4	87.8
	Separada	6	2.1	2.1	89.9
	Divorciada	11	3.8	3.8	93.7
	Union libre	18	6.3	6.3	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

GRAFICA N° 4

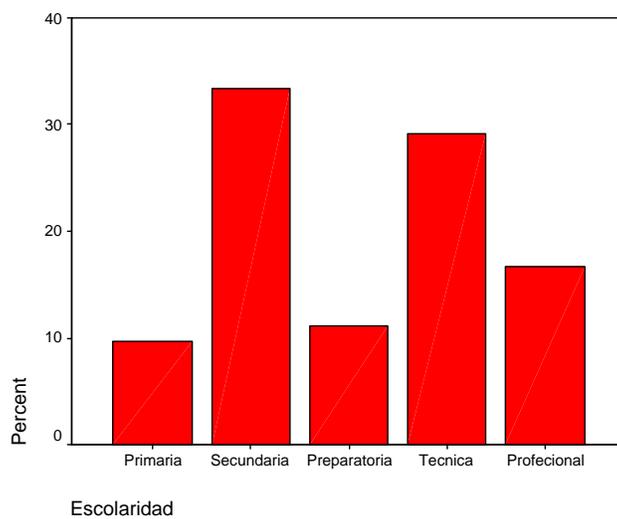


CUADRO N° 6

Escolaridad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primaria	28	9.7	9.7	9.7
	Secundaria	96	33.3	33.3	43.1
	Preparatoria	32	11.1	11.1	54.2
	Tecnica	84	29.2	29.2	83.3
	Profecional	48	16.7	16.7	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

GRÁFICA N° 5

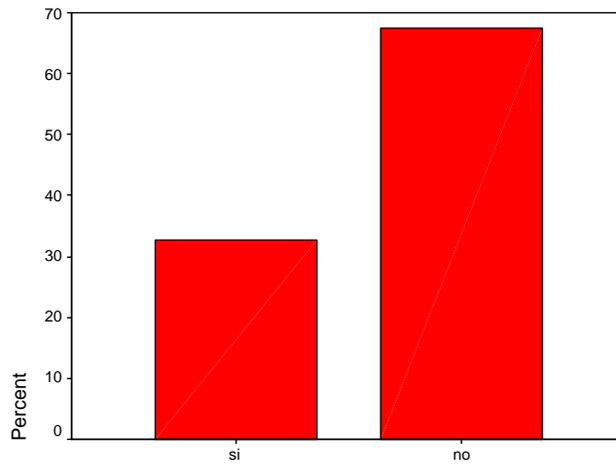


CUADRO N° 7

Algún familiar a sufrido depresión

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	94	32.6	32.6	32.6
	no	194	67.4	67.4	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

GRAFICA N° 6



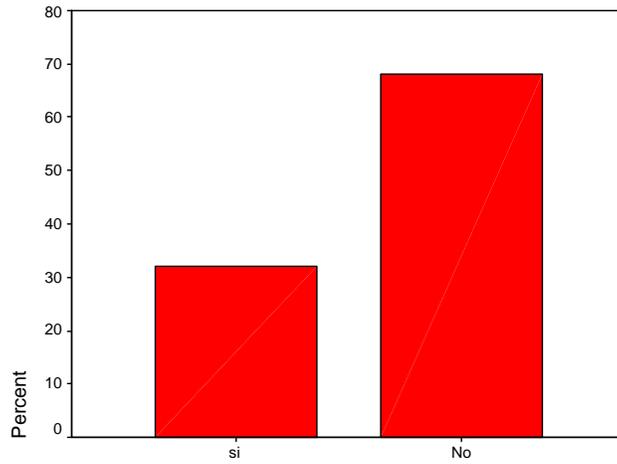
Algún familiar a sufrido depresión

CUADRO N° 8

Usted ha sufrido depresión en el pasado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	92	31.9	31.9	31.9
	No	196	68.1	68.1	100.0
	Total	288	100.0	100.0	

GRAFICA N° 7



Usted ha sufrido depresión en el pasado