



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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:

CLÍNICA – HOSPITAL ISSSTE, CHILPANCINGO, GUERRERO

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN USUARIA
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
ISSSTE, CHILPANCINGO, GUERRERO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



ROSA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ



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 DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN USUARIA
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
ISSSTE, CHILPANCINGO, GUERRERO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



DR GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA
LA SALUD, COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO
EDUCATIVO, ISSSTE

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN USUARIA
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
ISSSTE, CHILPANCINGO, GUERRERO”**

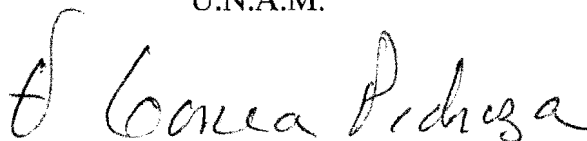
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

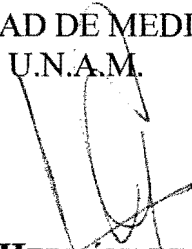
ROSA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

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
COORDINACIÓN 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.

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN USUARIA DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE,
CHILPANCINGO GURRERO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

ROSA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



**DR. SERGIO MARTÍN ALDAY ALARCÓN
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
CHILPANCINGO GUERRERO.**



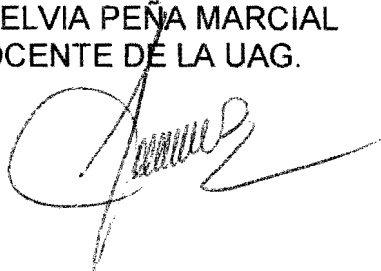
**DR. JOSE LUIS ORGANISTA ALARCÓN
SUBDIRECTOR MÉDICO
DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
CHILPANCINGO GUERRERO.**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN USUARIA DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE,
CHILPANCINGO GUERRERO”**

DR. RODIN GUSTAVO DIAZ ZAMORA
PROFESOR TITULAR
DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA CLINICA ISSSTE CHILPANCINGO GUERRERO.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rodin', written over a large, faint circular stamp or watermark.

ASESOR DE TESIS RECEPCIONAL
MSP ELVIA PEÑA MARCIAL
DOCENTE DE LA UAG.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elvia', written over a large, faint circular stamp or watermark.

El equilibrio de la vida, se encuentra manifestado en el orden divino de las cosas, importante es continuar hacia delante cerrando y abriendo ciclos en nuestra existencia para dar cavidad a situaciones hermosas y nuevas que están por venir, tomando en cuenta que cada uno tiene que poner su granito de arena para así completar la misión por la que Dios nos ha mandado a la tierra. La oportunidad de haber nacido en este tiempo con la familia tan maravillosa que tengo y sobre todo por la grandeza de poder prepararme para ejercer una de las profesiones más humanas que es la medicina familiar. Obteniendo con el uso de las herramientas emocionales y conocimientos adquiridos durante el tiempo que tengo ejerciendo y preparándome aun más con amor y humildad, entiendo ahora más el dolor del paciente que llega a mi consulta diaria para ofrecerle mi atención y ayuda.

Dra. Rosa Hernández Fernández.

DEDICATORIAS:

Este trabajo lo dedico a todos y cada uno de los miembros de mi familia, presentes y ausentes, sobre todo a mis padres que en vida se dedicaron al ejercicio mas digno al que un ser humano puede aspirar la medicina.

-Dr. Juventino Hernández Barrón

Dra. Alicia Fernández del Campo Casas

A mi Hermana Arcelia: mi entrañable gemela, que con tu sabiduría, dedicación, consejos, preparación y amor me has permitido aprender y entender perfectamente el porque Dios nos ha permitido que llegáramos juntas hasta donde estamos, mil gracias por ser mi maestra en la vida, por tu ejemplo y tu amor incondicional, por el interés que haz tenido para que siga preparándome en mi profesión y en la vida mi respeto y admiración para ti.

A mi esposo: Jorge Catalán Casarrubias, Por el amor que nos unió un día, por el significado tan grande que ha sido el pertenecer a tu vida, por los momentos felices, por los hijos tan maravillosos que me diste, y sobre todo por ser mi maestro de vida porque de ti aun continuo aprendiendo, por tu dedicación, por tu comprensión, por el tiempo que has permanecido solo por darme el espacio para ejercer mi profesión por animarme a seguir siempre adelante, respetando mis proyectos de vida, por alentarme a ser mejor como persona y profesional, por tu interés de cultivar día con día ese núcleo familiar que tenemos mil gracias por todo

Amorosamente.

A mi hijo Juan Carlos: Mil gracias por ser un regalo de amor porque siempre te he considerado un ser humano diferente por tus talentos y virtudes, por tus defectos, por tu sencillez, con la que vives, por la libertad de tus pensamientos, por tus razonamientos tan maduros, por ser una de las razones de mi existencia y mi luz te amo infinitamente.

A mi hija Rosa Maria: Porque ahora que eres un angelito que se encuentra en el cielo, y porque tu partida, han provocado que el esmero y dedicación en el desarrollo de mi profesión sea mejor, como un homenaje de amor para ti, ya que la ayuda que le brindo a mis pacientes es para evitar que ellos sufran lo que tu viviste, por ti estés donde estés estoy mejorando mas en todos los aspectos de mi vida .Con todo mi amor.

A Maria Casarrubias + Aurelio Catalán + Que en paz se encuentran y que desde donde están me acompañan en mis pensamientos. A Lilian, Chabe, Yola, Pati, Yolita, Rafa, Rigo, Oskar, Felipe, mil gracias por su comprensión y amor.

A mis compañeros médicos familiares de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero, gracias por su amistad, ayuda y apoyo diario.

A ti paciente que acudes día con día buscando ser aliviado de todos tus males, muchas veces sin daño físico pero sí moralmente, esperando recompensarte y sobre todo darte apoyo, amor y conocimientos en la práctica médica continua. Mil gracias por tu confianza.

A mis amigos (as) que con su ayuda y apoyo incondicional enriquecieron mi trabajo, por sus grandes y pequeños detalles, por su amor, tolerancia, paciencia y el gusto de enseñarme el vivir de manera diferente y enfrentarme a la investigación en una forma interesante y amena, gracias.

Contador Gustavo Santos Carvajal

Xoxhitl Velásquez

Arquitecta Gisela Rendón

Dra, Areli Yazmín Nava García.

Dra Yanis Manzanares

Dra. Hilda Muñoz

Laura y Rosy Benítez

Maestra Magdalena Escobar M.

Dr. Jorge Organista Alarcón

Lic. Ana Radilla

Mil gracias a las 34 generaciones de médicos internos que a su paso por urgencias también me han permitido aprender de ustedes y sobre todo cosechar amigos y colegas que en la actualidad algunos de ellos ya trabajan como médicos especialistas.

Dra. YOLANDA ESTELA VALENCIA Docente del departamento de Medicina Familiar de la UNAM: Por el esmero que ha mostrado para que me aplicara en la realización de este trabajo, en el estímulo para hacer bien las cosas, por la proyección que me a motivado su ejemplo, por el desempeño con el que veo que realiza su trabajo de investigadora y docente, por ser una excelente persona, por sus palabras amorosas, por su humildad, por transmitirme sus conocimientos médicos, por el apoyo incondicional y sobre todo por su paciencia. Mi respeto y admiración para usted.

A todos y cada uno de los médicos del departamento de Medicina Familiar de la UNAM gracias por su apoyo y ayuda.

RECONOCIMIENTOS:

A la Maestra en Salud Publica, docente de la escuela de enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero. ELVIA PEÑA MARCIAL:

Es poco lo que puedo yo expresarle porque mi admiración por usted me ha motivado a seguir adelante para poder culminar este trabajo que en parte es obra suya, mil gracias por su ejemplo, no importando lo difícil que impliquen los retos que se le pongan enfrente, con esa actitud que tiene positiva ante la vida, para la ayuda a sus alumnos. Por ser mi amiga, por ese corazón tan grande de bondad y de sabiduría, por la seguridad que proyecta, por la fuerza de carácter, y su apoyo incondicional, como mi maestra en las ciencias, compañera de trabajo y sobre todo por ser mi maestra de vida, que Dios con su infinito poder la bendiga hoy y siempre, mi respeto para usted.

INDICE

Página

| | | |
|------|--|----|
| 1 | Introducción | 1 |
| 2 | Marco Teórico | 3 |
| 2.2 | Disfunción de monomanías y génesis de la depresión | 9 |
| 2.3 | Descripción de la Escala de Zung | 14 |
| 3 | Tratamiento de la depresión | 15 |
| 3.1 | Medicamentos | 15 |
| | Características del servicio de consulta de urgencias ISSSTE | |
| 4 | Chilpancingo Guerrero. | 18 |
| 5 | Planteamiento del problema | 19 |
| 6 | Justificación | 21 |
| 7 | Objetivos Generales | 22 |
| 8 | Objetivos Específicos | 22 |
| 9 | Metodología | 22 |
| 9.1 | Tipo de Estudio | 22 |
| 9.2 | Tiempo | 22 |
| 9.3 | Criterios de selección | 23 |
| 9.4 | Criterios de inclusión | 23 |
| 9.5 | Criterios de exclusión | 24 |
| 9.6 | Criterios de eliminación | 24 |
| 9.7 | Universo de la muestra | 24 |
| 9.8 | Fuentes de captación de información | 24 |
| 9.9 | Técnicas de recolección de información | 24 |
| 9.10 | Instrumentos | 24 |
| 9.11 | Plan de análisis | 25 |
| 9.12 | Procedimiento para recibir información | 25 |
| 10 | Limitaciones metodológicas | 25 |
| 11 | Aspectos éticos | 26 |
| 12 | Cuadro de organización | |
| 13 | Informe de investigación | 27 |
| 14 | Resultados | 29 |
| 15 | Discusión | 37 |

| | | |
|------|-----------------------------------|----|
| 16 | Conclusiones | 40 |
| 17 | Referencias bibliográficas | 41 |
| 18 | Anexos | 44 |
| 18.1 | Anexo No. 1 Cédula de entrevista | 44 |
| 18.2 | Anexo No. 2 Escala de Zung | 45 |
| 18.3 | Logística de actividades | 46 |
| 18.4 | Carta de consentimiento informado | 47 |
| 19 | Resumen | 48 |

1.-INTRODUCCIÓN

Los conocimientos adquiridos en las últimas décadas, se han aplicado y mejorado sustancialmente para el diagnóstico de la depresión. El objeto de este estudio es presentar la frecuencia de depresión en personas físicamente sanas, para poder brindar mejor calidad en la atención. A nivel de consulta médica, cada vez más pacientes presentan síntomas manifiestos o encubiertos de depresión, razón por la que el médico familiar juega un papel fundamental en la detección de ésta patología. Tal situación impone la necesidad de fomentar una colaboración más estrecha entre el médico y su paciente. El siguiente estudio, tiene como propósito ofrecer un panorama del problema que a simple vista parece sencillo, pensando en lo multifacético que puede presentarse un cuadro depresivo en la consulta diaria. Es de hacer notar que la depresión es más frecuente en las mujeres que en hombres.

En Estados Unidos de Norteamérica, aproximadamente 200 a 300 millones de seres humanos padecen depresión ⁽³⁾ teóricamente como resultado de la influencia de la sociedad moderna en la que el ser humano vive de prisa, mal alimentado, presionado en múltiples ocupaciones de la vida cotidiana, con ausencia de valores éticos, morales, religiosos y culturales dando como resultado estados de angustia y con más frecuencia cuadros depresivos en cualquiera de sus tipos.

Debido a la demanda de atención médica, se dificulta el diagnóstico oportuno de la depresión como tal, pasando inadvertida por el médico familiar, en un buen número de casos de aquí que se le llame "La enfermedad silenciosa", influyendo factores culturales, étnicos, de género y ocupacionales en que la misma sociedad le permite expresar sus sentimientos, en tanto que el hombre por la misma situación se reprime, refugiándose entonces en situaciones extremas como trabajo excesivo, tabaquismo o alcoholismo entre otras.

Una de las características principales en los pacientes deprimidos es la baja autoestima, situación que afecta su vida diaria con realidades como pérdidas de empleo, baja economía familiar, aumento de madres solteras y el desempeño de las mujeres en puestos que anteriormente solo ocupaban los hombres, que ha motivado en las últimas

Tres décadas el abandono en cierta forma de la familia tradicional en la que el padre tenía la función de proveedor.

Cabe aclarar que la atención de algunos pacientes que cursan cuadros depresivos lo hace en condiciones extremas como la violación de impulsos instintivos básicos como la propia conservación de la vida, con trastornos del sueño, inquietud excesiva, pasividad extrema, trastornos sexuales y compulsivos como la anorexia o hiperfagia dando como consecuencia trastornos de salud como la obesidad o la desnutrición.

En este estudio se desarrolla el tema de depresión a partir de un enfoque epidemiológico enmarcado en antecedentes históricos, aspectos contemporáneos, su clasificación y manejo, finalmente en este contexto se suscriben los factores probables desencadenantes tales como aspectos de crecimiento en la población de pacientes que acuden a solicitar consulta no urgente en un servicio de urgencias, la situación del paciente, la matrícula educativa, algunos procesos de duelo por pérdidas circunscribiendo estos factores dentro del desarrollo de la familia.

Se diseñó un método estadístico con el que se medirán variables propuestas, apoyado en bases éticas que se siguen para el muestreo aplicando la escala de Zung en los pacientes que físicamente se encuentran sin patología aparente, pero que se sospeche de depresión.

2.- MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido") es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la Mayoría de los casos, el paciente debilita su base de sustentación afectiva, desplazando su eje de acción usual, desgastado, hipoérgico... a lo largo de la historia a través de escritos, las manifestaciones excesivas de odio, de los celos, del miedo, del amor y de ese displacer interno llamado melancolía, pena, tristeza, depresión. La Biblia cuenta el fin del rey Antioco Epifanes (Macabeos 1ª, 6), su tristeza y sus palabras después de una derrota militar. La búsqueda del término que nombra ese estado del alma tiene su historia, comenzando por Hipócrates describió los síntomas de tristeza, melancolía, caracterizado por inmovilidad, irritabilidad y desesperanza. - La influencia del planeta saturno hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema.- La manía por otro lado era conocida como un estado de exaltación severa fue descrito desde la época grecorromana en el siglo IV a. de C. Hipócrates El modelo imperante médico griego, que influyó por más de dos mil años, estaba aferrado a las variaciones hereditarias que afrontaban a las diferentes noxas. Así los individuos estaban constituidos por el equilibrio de alguno de ellos era la génesis de la aparición de distintas enfermedades, el leve predominio de un humor, sobre otros determinaba un temperamento, una manera de ser. Para los griegos cuatro esencias: tierra, aire, fuego, agua, cuatro puntos cardinales, cuatro las estaciones, cuatro eran las edades del hombre, infancia, juventud, madurez, vejez, a que escapar de esa armonía, cuatro eran los temperamentos: sanguíneo, colérico, melancólico, flemático. El temperamento es una predisposición que se manifiesta ante la impresión producida por una idea, un recuerdo, un acontecimiento exterior,

es una manera repetitiva de reaccionar. Así el colérico (de col :bilis) se exalta fácilmente e intensamente, reacciona de inmediato, son rencorosos y apasionados. El melancólico, si bien sensible, poco reactivo, reservado, pesimista, pasivo. (1) (2)(3)

ETIMOLOGIA:

Los griegos explicaban todas las enfermedades y cambios de "humor" (triste, alegre) a partir de la infancia de cuatro líquidos corporales que llamaban "humores": la sangre, la linfa, la bilis negra y la bilis amarilla.(2) (3)

Los romanos tenían en latín su propia manera de llamar a la bilis negra, antra bilis (bilis obscura) usaron la palabra griega melancolía por ser mas técnica

La palabra depresión deriva del latín de y première (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo).En los primeros siglos de nuestra era Celsius, en su libro De re médica y Areteo de Capadocia, en enfermedades agudas y crónicas hablaban de la manía y de la melancolía, como problemas médicos, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma. Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad extrema. (4) (35)

En las narraciones de los conquistadores españoles recopiladas por Elferink, la depresión era una enfermedad mental mas frecuentes entre los Incas, quienes tenían un afianzado conocimiento de las plantas medicinales y de los minerales a usar contra la enfermedad, así como los ritos mágicos y religiosos para combatirla. Durante la Edad Media, filósofos como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. En el México prehispánico en el año de 1522, el médico indígena Martín de la cruz, en el código Vandeano, menciona el remedio para la sangre negra. (6)

Robert Burton (1577-1640) publicó en 1621 Anatomía de la melancolía, facilitando el estudio de la depresión. Thomas Willis (1621-1675) desdeña la teoría de los

humores como etiología de los humores, atribuye a las alteraciones químicas producidas por el cerebro y el corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolías, de acuerdo a su origen por desorden inicial del cerebro, derivada de los hipocondrios (bazo), la que comprende todo el cuerpo, originada en el útero.

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más allá de la tristeza profunda. Describiendo la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Bail larger, discípulos de Esquirol estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "Foli" a double forme.- Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la sintomatología de sus pacientes de forma longitudinal, por años y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía.

Richard Blackmore, en 1725, habla de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. En 1808 J. Haslam habla de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt, 1764, relaciona la depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. En 1808 Haslam habla de aquellos que están bajo la influencia de pasiones depresivas, ganando en ese entonces terreno el término depresión usándose junto al de melancolía para designar a la enfermedad. Wilhelm Griesinger introdujo el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía. Emi Krapelín una locura depresiva en una de sus clasificaciones nosológicas, y deja depresión para nominar un estado de ánimo, y consideraba que las melancolías eran formas de depresión mental, en 1899 usó como categoría diagnóstica a la locura maniaco depresiva

Philippe Pinel. En el pensamiento de los melancólicos se centra, en sentimientos que el paciente asocia con ideas perturbadoras, induciéndolo al suicidio, como causa de melancolía. (6) (7)

La depresión enfermedad del siglo XXI, cada día en constante aumento, los textos escritos antes de la primera guerra mundial recalcan que la frecuencia de

la depresión se presentaba entre los 40 y 50 años de edad. En 1940 se reconoce el término depresión, es contemporáneo de la psicofarmacología. (8)

Los trastornos afectivos desde 1967 se estudiaron por Holmes y Rahe-Brown y Harris en 1978 diseñaron un estudio en la incidencia de factores estresantes y psicosociales en relación con diversas áreas del individuo: salud, cambio de roles, aumento en la frecuencia de madres solteras, desempleo, vivienda, economía familiar, viudez, unión libre de las parejas (8) (9) (10).

Existe una evidencia que apoya las experiencias adversas en la infancia y adolescencia que aumentan el riesgo de depresión en la edad adulta. (1)

La OMS en la IX revisión de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas, ha sido utilizada desde Enero de 1979, bajo el rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado (12) (25)

Un estudio que se realizó en Massachusetts Mental Health Center, inmediatamente después de la guerra, reveló que la edad promedio de este tipo de enfermos era de 40 años, por otra parte estudios más recientes en los EEUU indican que la edad promedio es de 30 años en adelante, 15% de las personas en general sufrirá en algún momento de su vida depresión mayor (6).

A pesar de constituir una condición típica de la edad adulta. La depresión puede aparecer a cualquier edad, de hecho la prevalencia es de 15% en adultos jóvenes (en edad reproductiva) el 8% en adolescentes y el 4% en infantes. A si mismo uno de cada cinco individuos que asiste a la consulta general sufre trastornos del ánimo lo cual indica que los médicos familiares atienden de manera continua este tipo de pacientes, la mayoría de veces no detectan depresión, lo

mismo es valido para la consulta especializada, pues con frecuencia los sujetos afectados son remitidos por síntomas inespecíficos.

Tampoco hay que olvidar que numerosas enfermedades crónicas en neurología, endocrinología, reumatología y otras especialidades causan manifestaciones depresivas, la utilización de fármacos antihistamínicos, calcio antagonistas, y depresores del sistema nervioso central pueden simular un cuadro depresivo. (35)

En Estados Unidos de Norteamérica existen 18 millones de individuos afectados por depresión, originando gastos anuales por 43 millones de dólares.- Tales cifras traducidas en términos económicos son alarmantes.

Por eso los expertos consideran que el impacto global de los trastornos depresivos es compatible al generado por enfermedad coronaria y supera en ese sentido a la Diabetes Mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los desordenes articulares. Además según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren depresión en cualquiera de sus modalidades clínicas (13)

y que relacionados con ellos existen tres tantos que son afectados y sufren por ella y se calcula que el problema tiende a aumentar en los próximos años por los siguientes motivos:

- a) El promedio de esperanza de vida está aumentando a nivel mundial
- b) El rápido cambio del ambiente psicosocial, la migración que equivale a la desintegración familiar, desarraigo, aislamiento social, la inseguridad social en las grandes ciudades, el vandalismo, la utilización de drogas, predispone a dicha patología. (13)

La depresión en México afecta al 7.15% de la población (aproximadamente 7.5 millones de personas, se calcula que el 20% de los pacientes que acuden a consulta médica presentan depresión, más de 40% llenan los criterios y no reciben tratamiento, 43% de los deprimidos manifiestan dolores físicos.(4) (13) (14)

Paker (1995) encontró que la carencia afectiva en la infancia a través de un pobre cuidado parental, la separación brusca del recién nacido de la madre que tiene que acudir a sus trabajos, la falta de estimulación táctil del lactante ,se asocia a cuadros depresivos en el adulto; con un riesgo atribuible al 35% en una muestra de 65 madres con depresión, dando como resultado indiferencia hacia el manejo de la familia, abusos físicos, violencia intradomiliaria, abuso sexual, baja autoestima en los miembros que la conforman. (15)

Joiner y Rudd (1995) encontraron en un estudio prospectivo que la interacción entre afecto y mal trato incluyendo carencias económicas extremas, afectan significativamente la dinámica familiar y la recurrencia de eventos depresivos en diferentes modalidades.

Mientras que el afecto, la unión familiar, la comunicación da personas autosuficientes en todos los aspectos.(4) (7) (16)

La depresión en el mundo a traspasado los niveles de atención médica psiquiátrica, dando como resultado que el médico familiar se involucre más en el problema que presentan los pacientes.- Los factores de riesgo se relacionan con una baja autoestima, los bajos salarios, la modernidad en la que se vive, el poco espacio que se tiene a en las oficinas, el incremento de madres solteras, y sobre todo falta de motivación por parte de los miembros de la familia, la violencia que existe en la actualidad tanto dentro como fuera del hogar , motiva a presentar alteraciones en la conducta de los miembros del grupo, asociación a toxicomanías, alcoholismo, tabaquismo. (17) (18) (19)

La conducta suicida, no sólo es aquella que consigue la propia muerte, sino los comportamientos auto agresivo que desencadenan ideas, autodestructivas Los

momentos con más riesgo entre un 10 y un 15% son cuando disminuye la inhibición y la melancolía. Tres son los síntomas relacionados con el suicidio:

- 1) Aumento de insomnio
- 2) Aumento del abandono del cuidado personal
- 3) Aumento del deterioro cognitivo

La mayoría de artículos de los últimos cuatro años indican que una proporción del 7% los intentos de suicidio, presentan una condición depresiva previa y que se puede reconocer fácilmente tal evento él paciente impulsivamente lo decide una hora antes del evento (19) (20).

Las mujeres con intento de suicidio son entre los 25 y 35 años de edad, en los hombres mayores de 40 años. Por clases sociales, es más común en las bajas, pero más efectivo entre las clases sociales altas y grupos profesionales de alto estatus social y económico (4) (11) (15) (16).

Cada año el 9.5% de la población en EEUU (aproximadamente 27 millones de personas padecen depresión), de las cuales 30.000 personas se suicidan al año. (16) (19)

2.2.-DISFUNCIÓN DE MONOMANÍAS Y GÉNESIS DE LA DEPRESIÓN.

Numerosos estudios de biología molecular han demostrado la participación de noradrenalina y serotonina en la génesis de la enfermedad.-Tales moléculas forman parte de circuitos sinápticos originados en neuronas del tallo cerebral, que emiten abundantes fibras ascendentes y ejercen su actividad a través de receptores post-sinápticos ubicados en estructuras límbicas.- Los mecanismos de control para ambos sistemas son similares entre si e incluyen auto receptores inhibidores y procesos de recaptación activa en la terminal presinápticas acompañados por un robusto complejo enzimático que convierte los neurotransmisores en metabolitos inactivos.

Las neuronas del locus coeruleus sintetizan noradrenalina y envían proyecciones ascendentes hacia la corteza prefrontal, la amígdala cerebral, el

hipocampo, el tálamo y el hipotálamo, estructuras que participan en la modulación del afecto.

Desde el punto de vista molecular, la respuesta es medida por receptores post-sinápticos beta uno presentes en regiones del cerebro. En la terminal presináptica está localizado el receptor a dos, que forma un sistema de retroalimentación negativo y detiene la liberación de noradrenalina cuando hay un exceso de la misma en la sinapsis. Por su parte, los transportadores específicos de membrana *y las enzimas COMT*y la MAO-A*, constituyen importantes mecanismos de control que previenen la estimulación noradrenergica excesiva de serotonina, por su parte es producida por células ubicadas en el núcleo dorsal del rafe, las cuales envían fibras ascendentes que hacen contacto con neuronas de la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala cerebral, el tálamo y el hipotálamo. Su actividad biológica es mediada en gran parte por receptores 5-HT2A post-sinápticos, mientras que los 5-HT1A funcionan como auto receptores inhibidores localizados en la terminal presináptica.

Como sucede con los circuitos de noradrenalina, existen procesos de recaptación mediados por transportadores específicos y degradación enzimática por medio de MAO-A*.- Según los modelos actuales, en los pacientes deprimidos ocurre una disminución notable en la concentración de noradrenalina y serotonina con pérdida de función de los receptores post-sinápticos.

En etapas iniciales, aparecen fenómenos de compensación que incluyen menor actividad de los auto receptores inhibidores*. Sin embargo con el tiempo tales mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas hasta el momento las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su

* Encargados de los fenómenos de recaptación selectiva.

* (Catecolortometiltransferasa)

* (Monoaminoxidasa A)

- (Monoaminoxidasa A)

* (Que les permite responder aún con bajos niveles de neurotransmisor)

totalidad, parecen existir factores genéticos y ambientales. Según el modelo biológico reciente más reciente es la respuesta del organismo ante agresiones ambientales y consiste en un aumento de la actividad noradrenergica y serotoninergica, lo que explica los estados de nerviosismo e irritabilidad típicos de la fase aguda de depresión.-Sin embargo con el paso del tiempo, los circuitos de monomanías sufren un proceso de agotamiento paulatino, con disminución en la disponibilidad de neurotransmisores y aparición de estados depresivos.

Otro de los desencadenantes ambientales identificados son las situaciones de tensión psíquica en etapas tempranas del desarrollo, lo cual parece inducir cambios funcionales en los sistemas de serotonina y noradrenalina, lo mismo que en neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadora de corticotropina* esta última parece cumplir un papel determinante en la depresión.

Con respecto a los factores genéticos, parece existir una predisposición hereditaria, pues los familiares de personas deprimidas tienen un riesgo mayor de padecerla a lo largo de su vida, hasta hoy no se ha demostrado vinculación definitiva de la secuencia geonómica. En la participación de otras estructuras cerebrales grupos de investigadores han encontrado por tomografía por emisión de positrones un estado permanente de hipometabolismo en la corteza prefrontal de pacientes deprimidos en especial en el hemisferio izquierdo.

Algunos reportes recientes han mostrado como la activación de dicha zona, después del tratamiento farmacológico o a través de procedimientos de estimulación magnética transcraneana* se asocia con menor intensidad de las

* (CRH , En inglés corticotrophin-releasing-hormone)

* (TMS, Del inglés Tran cranial Magnetic Stimulation)

manifestaciones depresivas. Esta región del cerebro está implicada en la motivación y búsqueda de satisfacciones mediante el cumplimiento de metas, lo cual es un fenómeno común en personas sanas, y tales procesos desaparecen en individuos deprimidos. Quizás los circuitos de serotonina y noradrenalina tengan como una de sus funciones mantener activada la corteza prefrontal, pero son necesarios estudios experimentales y clínicos para confirmar dicha hipótesis.

Las neuronas prefrontales también mantienen inhibida a la amígdala cerebral* que está vinculada con estados emocionales negativos como ansiedad y respuestas exageradas al estrés. Dicho bloqueo aparece en personas deprimidas, favoreciendo sintomatología psiquiátricas autonómicas indeseables, muerte neuronal selectiva en los trastornos de ánimo, evidencia científica reciente sugiere que la depresión está relacionada con procesos neurodegenerativos y de plasticidad cerebral a nivel de la corteza prefrontal, la amígdala cerebral y el hipocampo* hallazgos relacionados con cambios observados en estudios de resonancia magnética. En sujetos con depresión crónica, lo que explica que la respuesta al tratamiento es menor con recaídas frecuentes. (22) (23)

Las bases para el diagnóstico son las manifestaciones clínicas de paciente deprimido como durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana.

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza que puede ser un estado de ánimo normal contrario a la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, con pérdida del deseo de vivir. Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, nada le procura placer.

Ansiedad: Es la acompañante habitual, del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.-Cuando la ansiedad prima en el

* (Estructura localizada en la profundidad del lóbulo temporal)

* (Se provoca apoptosis "que es la muerte cerebral y despoblamiento cerebral)

cuadro clínico, se habla de depresión ansiosa.-Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida, quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas, Insomnio. Al paciente le cuesta conciliar el sueño, despierta temprano, de mal talante, duerme de día con alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo, surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones, el pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna más frecuente. Alteraciones somáticas:

Por lo común surgen dolores crónicos erráticos, así como constipación, sudoración nocturna, persistente sensación de fatiga o cansancio. Alteraciones del comportamiento: El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia de llanto injustificado y motivos insignificantes Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones en el apetito y peso que tiende a irse a los extremos pérdida de peso por anorexia u obesidad por hiperfagia.

Pérdida del placer: En lo sexual, se llega a la disfunción eréctil en el hombre, y a la frigidez en la mujer, tiende a desaparecer el contento por el trabajo y en la vida cotidiana social y familiar., que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: siente con a la carga de una situación inexistente y desembocar en delirios.

Pensamientos suicidas. Presentan preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: Se traduce en cansancio injustificado a veces con variaciones.

Los auxiliares para llegar a un diagnóstico son Escalas de medición para depresión como la de Hamilton, (Ham-D), Montgomery-Asbery (MADRS), Escala geriátrica de depresión, escala de evaluación breve de la depresión (BPRS), escala de depresión de Calgary (CDS), escala de Ojeda. (29) (30)

Como instrumento diagnóstico más práctico en comparación con las anteriores es la Escala de Zung desarrollada en 1965 y derivada de la de Hamilton, dando mayor énfasis al componente somático conductual del trastorno depresivo, Fue probablemente una de las primeras en validarse en México y a tenido una amplia aceptación por los psiquiatras y clínicos ya que es práctica y sencilla de entender por el paciente. (30)

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE ZUNG.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos.- Tienen un gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems por cada grupo completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros dos síntomas psicomotores.

Interpretación. Puntúa de 1 a 4 los de sentido negativo, o de 4 a 1 los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos, el resultado se puede presentar como suma de puntos de cada ítem expresado como porcentaje y de la máxima puntuación posible, se califica y se hace una conversión en bruto al índice SDS.¹ Planeada de tal manera que el índice por debajo de 50 puntos indica que no hay depresión, de 50 a 59 es depresión leve, de 60 a 69 depresión moderada, y más de 70 puntos depresión severa. (25) (29).(31)(32)(33)

¹ (Self-Rating-Scale)

3.- TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN

De forma amplia, el tratamiento de depresión puede ser dividido en tres clases:

- Tanto físico principalmente fármacos antidepresivos
- Técnicas psicobiológicas
- Apoyo social (terapia de grupos)
- La terapia electro-convulsiva (TEC o "Electro-shock")

El desafío en el tratamiento de la depresión no radica únicamente en la selección del medicamento apropiado para un paciente en particular sino también en presentar el diagnóstico en una forma tal que sea aceptado por el paciente, fomentando la confianza y el cumplimiento del régimen terapéutico. La terapia TEC, se realiza en pacientes cuya depresión es severa, y en pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio eficiente. Se realiza bajo anestesia de duración breve, administrándose un relajante muscular, se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, la estimación ocasiona una convulsión breve de aproximadamente 30 segundos.

3.1 MEDICAMENTOS: La selección de medicamentos se debe hacer con base en el tratamiento eficaz de la depresión. También se debe considerar el perfil de efectos adversos cuando se selecciona un antidepresivo. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que son medicamentos nuevos,

Los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), antidepresivos atípicos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos, el efecto terapéutico es de 3 a 4 semanas después de iniciado el tratamiento

entre ellos la fluoxetina, son medicamentos que se usan comúnmente para tratar depresión en el consultorio de medicina familiar.

El cumplimiento se puede mejorar si se consigue la participación de un miembro responsable de la familia del paciente en proceso de tratamiento, explicándole los fundamentos bioquímicas de la depresión, la forma en la que funcionan los medicamentos y comunicándole al paciente lo que puede esperar desde el punto de vista de los efectos adversos y la forma de manejarlos en caso de que ocurran. Es importante la comunicación medico paciente parte esencial del régimen terapéutico.

Cuando los síntomas depresivos son leves, algunos médicos dejan que el diagnóstico diferencial evolucione a lo largo del tiempo y vigilan al paciente durante el curso de una o dos citas antes de prescribir un antidepresivo.-haciendo hincapié que es el medicamento de elección, que tienen efectos adversos que se pueden manejar y que no causan adicción.

Los medicamentos tricíclicos y los heterocíclicos inhiben la recaptación de neurotransmisores (serotonina y norepinefrina), con lo que hay más transmisores disponibles en la fisura sináptica. La fluoxetina, antidepresivo introducido a finales del siglo pasado es clínica y farmacológicamente diferente de todos los demás antidepresivos disponibles en cuanto a que actúa de manera específica sobre un sistema neurotransmisor como un inhibidor de la recaptación de serotonina (25).

Los efectos adversos comunes de los tricíclicos se deben a sus efectos sobre los receptores colinérgicos, histaminérgicos y adrenergicos. La sedación es un efecto adverso muy común, efectos anticolinérgicos más comunes aumento de peso, relacionado quizá con sus efectos sobre las monoaminas hipotalámicas que controlan la regulación del apetito, pueden provocar efectos cardiovasculares como hipotensión ortostática, arritmias leves, y si hay sobredosificación pueden tener trastornos del ritmo cardiaco por defectos de conducción.

La dosis inicial de fluoxetina es a razón de 20 mg al día por la mañana, por la selección de la captación de serotonina a diferencia de los tricíclicos y los heterocíclicos, tiene afinidad muy baja para los receptores colinérgicos, histaminérgicos, o adrenergicos, reduce los efectos colaterales, como náusea, ansiedad, nerviosismo e insomnio. Es importante que sus efectos máximos de fluoxetina disminuyendo los síntomas dos semanas después de iniciado en tratamiento, cuestión que se le comenta al paciente y a sus familiares. (34)

Las terapias de grupo de pacientes y familiares funcionan en las depresiones leves, así como el apoyo de psicólogos clínicos y en depresión moderada, severas la intervención y referencia del paciente al psiquiatra.

4. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA DE URGENCIAS I. S. S. S. T. E. CHILPANCINGO GUERRERO.

El I. S. S. S. T. E. Chilpancingo Guerrero es una clínica Hospital de segundo nivel de atención con una población usuaria registrada por vigencia de derechos de 80.000, y la amparada con una estimación aproximada de 130.000 derechohabientes. En el servicio de urgencias se presta atención a toda población derechohabiente que acuda a solicitar consulta, sin precisar patologías, en muchos de los casos para obviar tiempo, por urgencias sentidas, por ser foráneos trabajando o de vacaciones en Chilpancingo, por no encontrar consulta con su médico familiar, por llegar tarde a su cita. Motivo por el que se sospecho de depresión en algunos pacientes con algunos datos clínicos mismos que de sobremanera antes de la consulta piden incapacidades medicas para ausentarse de sus trabajos. La clínica hospital cuenta con un solo consultorio y un medico adscrito los 365 días del año, sin dejar de contemplar el área de observación en el que se encuentra otro médico adscrito.

La importancia que tiene la detección de depresión en medicina familiar y en el servicio de urgencias es que sobre todo en esta área en que los pacientes presentan algunos rasgos de somatización lo que genera una crisis por recibir a la brevedad posible la consulta médica y porque no se cuenta con especialistas en urgencias en tanto que médicos familiares se encargan del servicio completo, ínter consultando cuando es requerido a otras especialidades el manejo de los pacientes.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo se calcula que existen entre 10 y 20 millones de personas deprimidas y de ellas un millón han intentado suicidarse, la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y la edad de más alto riesgo es entre los 25 y 50 años de edad coincidiendo con la etapa de mayor productividad del ser humano, dentro de los daños que origina la depresión altera considerablemente la dinámica del núcleo familiar y el entorno social del paciente. Se estima que en año 2020 pasará al 2º. Lugar de morbilidad y mortalidad mundial. (20)(24).

En México, los estudios realizados en el departamento de salud mental de la UNAM. Reportan que alrededor de un 12% de la población urbana padece depresión en cualquiera de sus tres tipos.

Cuatro de las diez enfermedades mas discapacitantes son neuropsiquiátricas en las que se encuentra en segundo lugar la depresión , alcoholismo y adicción a drogas, y se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas como la pobreza, la violencia intrafamiliar y social y el envejecimiento de la población entre otros factores (15).

La depresión ocupa el cuarto lugar en la lista de afecciones que contribuyen a la carga mundial de morbilidad, más frecuente en mujeres el intento de suicidio y en hombres la culminación con la muerte. (4)

Dentro de los problemas de salud mental la depresión es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticada por los médicos generales y familiares en el primer nivel de atención. La OMS estima que entre 60 y 80% de estos enfermos pueden ser tratados con terapia breve, sin embargo la realidad

mundial es de 25% en países más avanzados y en un 25% en los países subdesarrollados incluyendo México (31).

La depresión es una enfermedad de fácil diagnóstico si se contara con profesionales capacitados para identificarla en primeros estadios lo que llevaría a prevención de complicaciones que pusiera en peligro la vida de quienes la presentan.

Este estudio pretende identificar al paciente deprimido que acude a solicitar preconsulta en el servicio de urgencias así como los factores que se asocian al problema, en consecuencia la somatización de patologías que físicamente no se advierten.

A través de responder a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en población usuaria en el servicio de preconsulta en urgencias de la Clínica Hospital I. S. S. S. T. E. Chilpancingo Guerrero?

6. JUSTIFICACIÓN

Este estudio ha partido del incremento de pacientes en la consulta con sintomatología de depresión sobre todo en la preconsulta de la clínica en la que la demanda supera la oferta. El beneficio al elaborar este estudio es directamente para el paciente ya que por medio de un diagnóstico certero se le puede iniciar tratamiento específico, para las instituciones ya que se disminuye el ausentismo por incapacidades médicas y los costos de las empresas que se traducen en productividad laboral, y para el médico familiar porque mejora la comunicación entre el paciente y sus familiares haciendo más activa la participación de este binomio. La investigación de pacientes con depresión es uno de los trastornos mentales que se pueden estudiar y a tiempo evitar daños importantes a la persona que la sufre estos van desde una incapacidad para trabajar o estudiar o en casos más graves llegar al intento de suicidio o consumarlo.

No se encuentran documentados en las provincias de la República Mexicana de estudios de depresión por lo tanto el estado de Guerrero y su capital Chilpancingo es el primer estudio de este tipo, siendo una barrera importante la falta de recursos en las instituciones de salud y otra a nivel provincial. El estigma social asociado con cualquier trastorno mental.

El detectar depresión en pacientes permite a los planificadores de los programas en salud elaborar estrategias y/o programas enfocados y/o dirigidos a resolverlos.

7. OBJETIVOS GENERALES

Identificar la frecuencia de depresión en población usuaria de la preconsulta en urgencias de la clínica hospital I. S. S. S. T. E. Chilpancingo Guerrero.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características clínicas generales de los usuarios con depresión, que acudan al servicio de preconsulta en urgencias.
- Identificar características sociodemográficas de la población que presenta el problema.
- determinar los factores asociados a la depresión.

9. METODOLOGIA

9.1 TIPO DE ESTUDIO

- ‡ El tipo de estudio es transversal, observacional y descriptivo.

9.2 Tiempo

1. El presente estudio se realizo en la Clínica Hospital I. S. S. S. T. E. Chilpancingo Guerrero del 1º. De Octubre al 31 de Diciembre del año 2005; en el servicio de consulta de urgencias.

9.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Pacientes que acudan a consulta al servicio de urgencias.

9.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes del I. S. S. S. T. E..
- Pacientes mayores de 18años.-Ambos sexos que solicitan consulta en urgencias.
- Usuarios derechohabientes trabajadores afiliados al I. S. S. S. T. E..

9.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Beneficiarios del trabajador.
- Pacientes que no acepten ser interrogados.
- Pacientes menores de 18 años.

9.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Derechohabientes con urgencias verdaderas.(porque corre peligro la vida).
- Encuestas mal llenadas.

9.7 UNIVERSO DE LA MUESTRA.

Se aplicó una encuesta a 140 pacientes que acudieron a consulta en los diferentes turnos en que labora el servicio de urgencias.

9.8 FUENTES DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

- Directa (pacientes)

9.9 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- Observación.
- Entrevista.
- Técnicas de diagnóstico clínico.

9.10 INSTRUMENTOS.

- Escala de Zung.
- Cédula de entrevista.
- Equipo de auscultación.

9.10 PLAN DE ANÁLISIS.

En base a la estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión.

9.11 PROCEDIMIENTO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN: Se aplicaron unas cédulas de entrevista a los derechohabientes que acudieron a consulta con alta sospecha de depresión, posteriormente la escala autoaplicada de Zung.

10. LIMITACIONES METODOLÓGICAS.

Debido al tipo de diseño seleccionado (Transversal), no es posible profundizar en el análisis estadístico de las variables, es decir no es posible establecer relación temporal Causa- Efecto.

Puede presentarse también:

Sesgos de respuestas: Las respuestas obtenidas por parte de los individuos sujetos de estudio para ser falsos.

Sesgo de estructura: Las preguntas pueden ser interpretadas de manera diferente entre los participantes.

Sesgo de memoria: Posiblemente los trabajadores, no recuerdan con exactitud los datos que requiere el cuestionario.

Por lo anterior los resultados obtenidos deben ser considerados con sumo cuidado para darle una justa dimensión.

11.- ASPECTOS ÉTICOS

Se consideran los principios básicos:

Respeto a la dignidad: Se respetará los aspectos de confidencialidad por lo que los nombres no serán revelados a los compañeros de trabajo ni a las autoridades de sus dependencias. Se les dará a conocer previamente a los participantes que la Información que proporcionen se utilizará para cumplir los objetivos de este estudio.

Autonomía: a la auto determinación del consentimiento informado y el acceso a la información.

La no maleficencia: El procedimiento para este trabajo consiste en la aplicación de una encuesta que permita medir el problema y se aplicara previo consentimiento informado, no existe ningún procedimiento que invada la estructura corporal y/o lesione física y psicológicamente al sujeto de investigación. A los participantes se le aplicará un cuestionario escrito que no contiene aspectos de Impacto psicológico, así como la aplicación de la escala de Zung. La equidad se procurará desde la solicitud de consulta médica en la preconsulta de urgencias formando parte del estudio todos los trabajadores de las dependencias que demanden al I. S. S. S. T. E. como derecho institucional personal del trabajador afiliado y se buscarán beneficios a través de la entrega oportuna y retroalimentación de los resultados de la Investigación y referencia de los casos para su control y tratamiento en consultas posteriores de medicina familiar o bien derivadas a tercer nivel.

Equidad, toda la población que se encuentre dentro de los criterios de selección tendrán la misma oportunidad de ser o no parte de esta investigación, el muestreo será aleatorio y lo decidirán de manera libre e informada.

Beneficencia. Con esta investigación se tendrán datos que sirvan de base para la planeación de programas de intervención que reduzcan los riesgos de los grupos potencialmente expuestas así como mejorar la autoestima y estado de salud de la población de estudio en primer lugar, y a su familia y sociedad como efecto de la acción.

13.- INFORME DE LA INVESTIGACIÓN

Resumen: Este estudio presenta los resultados de pacientes que acudieron a solicitar consulta en el servicio de consulta de urgencias de la clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero, somatizando patologías y se les diagnostica uno de los tres grados de depresión, siendo la enfermedad silenciosa de finales del siglo pasado y principios de este , hoy se encuentra en el quinto lugar de morbilidad mundial y es una de las patologías neuropsiquiátricas que el médico familiar está obligado a detectar en los pacientes que acuden a su consulta diaria, la modernidad, el avance tecnológico ha desarrollado más deshumanización y estandarización de roles en la atención de primer nivel, en la familia, laborales, económicos, culturales que han promovido campañas por parte de los departamentos de salud pública para tratar de detectar depresión en las poblaciones económicamente activa.

INTRODUCCION

La depresión se define como la alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza o descorazonamiento secundario a una tragedia, pérdida personal o la misma en diferentes grados, constituye una de las patologías más frecuentes en la actualidad con sintomatología manifiesta o enmascarada en respuesta a cada paciente que muchas ocasiones pasa desapercibida y motiva la polifarmacia y automedicación del paciente.

Conocida desde épocas muy antiguas con diferentes nombres y hasta la actualidad de difícil diagnóstico.

En México la depresión afecta a 7.15% de la población y en el mundo aproximadamente hay de 200 a 300 millones de pacientes deprimidos, de los que acuden a solicitar consulta 40% llenan los criterios de depresión mientras que un 43 % somatizan enfermedades.

Existen factores de riesgo para padecer esta enfermedad como son socioeconómicos, culturales, familiares, toxicomanías, la ocupación de la mujer dentro de la sociedad abarcando situaciones laborales que anteriormente eran únicamente desempeñadas por los hombres, la sobrepoblación mundial y en las grandes ciudades.

Estudios realizados en el departamento de salud mental de la UNAM mencionan que el 12 % de la población urbana tienen depresión, enfermedad que en sus estadios medios y avanzados es discapacitante, perjudicando económicamente a las empresas con trabajadores enfermos y derramas económicas en el sector salud considerablemente altas, En la actualidad se puede tratar con terapia breve y fármacos indicados por el médico familiar.

La modificación en la estructura de atención primaria institucional, hacer campañas de consientización sobre la depresión y enfermedad en la población general, promover saneamiento en las oficinas, así como apoyo medico psicológico en las instituciones para bien de los trabajadores.

MATERIAL Y METODOS

El estudio es transversal, observacional y descriptivo, realizado en la Clínica Hospital ISSSTE de Chilpancingo Guerrero del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2005 en el servicio de consulta de urgencias. En una población de 300 pacientes en los que se sospecho depresión de los cuales 56 no aceptaron y el estudio se realiza directamente en 244 que si aceptaron ser interrogados.

Métodos: Se utiliza una cédula de entrevista de 18 preguntas con enfoque a posibles factores desencadenantes de depresión, así como la aplicación de la escala de Zung formada por 20 frases relacionadas con depresión, mitad en términos positivos y la otra en términos negativos, teniendo un gran peso diagnostico los síntomas somáticos y cognitivos, con 8 ítems por cada grupo y completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores.

Se puntúa de 1 a 4 los de sentido negativo y de 4 a 1 los de sentido positivo.- El rango de puntuación es de 20-80 puntos, resultando la suma de puntos de cada ítem expresado como porcentaje de la máxima puntuación posible, calificándose haciendo una conversión en bruto al índice s d s (Self-Rating-Scale), planeada de tal manera que el índice por debajo de de 50 puntos indica personas normales, en tanto que de 50-59 depresión leve, 60-69 moderada, 70 o más severa.

El objetivo del estudio fue identificar la prevalencia de depresión en pacientes que acudieron a solicitar consulta a urgencias en diferentes turnos.

Resultados: La prevalencia fue mayor en las mujeres en edad de 30 a 39 con el 25%, posteriormente de 24 a 25 años con 13.93% .En los hombres de30 a 39 la prevalencia fue de 9.83%.Depresión leve en 24.18 en mujeres y moderada 9.42 en hombres. En familias ampliadas 36%, padres solteros 36% y casados 22%, En Nivel escolar 22% con licenciatura y 18% nivel secundaria, los maestros 23%, administrativos 17%, estrés en el trabajo 66%, tabaquismo 41%, alcoholismo 30%. Con riesgo de depresión familias disfuncional 2.40 veces, ampliada 2.30 veces, nuclear 2.10 veces, bajo salario 2.14 veces, en los padres solteros 2.44 veces casados 2.31 y viudos 2.17.

Conclusiones: La depresión si se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad productiva que en hombres, en pacientes con mayor grado de estudios y cargos en sus trabajos aún siendo administrativos. En padres solteros y casados, se presento mas depresión. En el total de la población de mujeres leve y moderada en hombres, por lo tanto la aplicación de la escala de Zung en esta población si cumplió el objetivo de detectar pacientes con depresión, y la cédula fue útil para detectar posibles causas de depresión.

14.-RESULTADOS

| CUADRO No. 1 | | | | | | |
|--|---------|----|---------|----|-------|---------|
| Distribución de población con depresión por sexo | | | | | | |
| Tipo de depresión | Hombres | % | Mujeres | % | TOTAL | TOTAL % |
| LEVE | 20 | 8 | 59 | 24 | 79 | 32 |
| MODERADA | 23 | 9 | 16 | 7 | 39 | 16 |
| SEVERA | 6 | 2 | 16 | 7 | 22 | 9 |
| TOTAL | 49 | 20 | 91 | 37 | 140 | 57 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de consulta en urgencias ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Se aplicó una cédula de entrevista y una escala autoaplicada de Zung a 244 pacientes de los cuales únicamente resultaron con depresión en sus tres modalidades 140, depresión leve 20 hombres, 59 mujeres, moderada 23 hombres y 16 mujeres, severa 6 hombres y 16 mujeres, con un total de 49 hombres y 91 mujeres.

| CUADRO No. 2 | | | | | | |
|--|--------|----|-------|----|-------|---------|
| Distribución de la Depresión por edad y sexo en la población estudiada | | | | | | |
| Grupos de Edad | Hombre | % | Mujer | % | TOTAL | TOTAL % |
| 18-23 | 7 | 6 | 10 | 13 | 17 | 17 |
| 24-29 | 14 | 11 | 15 | 10 | 29 | 29 |
| 30-39 | 12 | 9 | 38 | 20 | 50 | 50 |
| 40-49 | 5 | 4 | 27 | 17 | 32 | 32 |
| 50 y más | 5 | 4 | 7 | 6 | 12 | 12 |
| TOTAL | 43 | 34 | 97 | 66 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de consulta en urgencias ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

La distribución de la depresión por edad y sexo de 18-23 hombres 7 y mujeres 10, de 24-29 años 12 hombres y 15 mujeres, de 30-39 años 12 hombres y 38 mujeres, de 40-49 años, 5 hombres y 27 mujeres, de 50 años o más 5 hombres y 7 mujeres, en total 43 hombres y 97 mujeres.

| Cuadro No. 3 | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Distribución de la población deprimida por Estado Civil y Sexo | | | | | | |
| ESTADO CIVIL | HOMBRES | % | MUJER | % | TOTAL | TOTAL % |
| SOLTERO | 10 | 7 | 7 | 5 | 17 | 12 |
| Padres solteros | 5 | 3 | 10 | 7 | 15 | 10 |
| Casados | 21 | 15 | 35 | 26 | 56 | 41 |
| Separados | 1 | 0 | 5 | 7 | 6 | 7 |
| Divorciados | 7 | 5 | 8 | 8 | 15 | 13 |
| Viudos | 7 | 5 | 8 | 8 | 15 | 13 |
| Unión libre | 6 | 4 | 10 | 0 | 16 | 4 |
| TOTAL | 57 | 39 | 83 | 61 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de consulta en urgencias ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población determinada por estado civil solteros hombres 10 y 17 mujeres, padres solteros hombres 5 y 10 mujeres, casados 21 hombres y 35 mujeres, separados 1 hombre y 5 mujeres, divorciados 7 hombres y 8 mujeres, viudos 7 hombres y 8 mujeres, unión libre 6 hombres y 10 mujeres. Total hombres 57, mujeres 83

| CUADRO No. 4 | | | | | | |
|--|---------|----|---------|----|-------|---------|
| Distribución de población deprimida por Sexo y tipo de Familia | | | | | | |
| Tipo de Familia | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
| Familia Nuclear | 10 | 7 | 45 | 32 | 55 | 39 |
| Familia Extensa | 20 | 15 | 65 | 46 | 85 | 61 |
| TOTAL | 30 | 22 | 110 | 78 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de consulta en Urgencias ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida con familia nuclear 10 hombres, 45 mujeres, con familia extensa o ampliada 20 hombres y 65 mujeres en total 30 hombres y 110 mujeres.

CUADRO No. 5

Distribución de la población deprimida por Sexo y Nivel de Estudios

| NIVEL ESCOLAR | | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
|-----------------------|-------------------|----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------------|
| PRIMARIA | COMPLETA | 2 | 1 | 10 | 8 | 12 | 9 |
| | INCOMPLETA | 3 | 2 | 3 | 2 | 6 | 5 |
| SECUNDARIA | COMPLETA | 10 | 7 | 5 | 3 | 15 | 10 |
| | INCOMPLETA | 5 | 3 | 4 | 2 | 9 | 7 |
| MEDIO SUPERIOR | COMPLETA | 11 | 7 | 11 | 9 | 22 | 14 |
| | INCOMPLETA | 3 | 2 | 10 | 8 | 13 | 9 |
| TECNICA | COMPLETA | 6 | 4 | 10 | 8 | 16 | 12 |
| | INCOMPLETA | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 |
| LICENCIATURA | COMPLETA | 4 | 2 | 22 | 2 | 26 | 18 |
| | INCOMPLETA | 6 | 4 | 3 | 2 | 9 | 7 |
| MAESTRIA | COMPLETA | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| | INCOMPLETA | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| TOTAL | | 55 | 3 | 85 | 6 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de consulta en urgencias ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida por nivel de estudios primaria completa 2 hombres y 10 mujeres, incompleta 3 hombres y 3 mujeres, secundaria completa 10 hombres y 5 mujeres, incompleta 5 hombres y 4 mujeres, medio superior completa 11 hombres, 11 mujeres, incompleta 3 hombres, y 10 mujeres, nivel técnico completo 6 hombres y 10 mujeres, incompleta 2 hombres, 2 mujeres . Licenciatura completa 2 hombres, 3 mujeres, incompleta 1 hombre y 2 mujeres con un total de 55 hombres y 85 mujeres.

CUADRO No. 6

Distribución de la población deprimida por Sexo y Ocupación

| OCUPACIÓN | Hombre | % | Mujer | % | Total | Total % |
|---------------------|--------|----|-------|----|-------|---------|
| MÉDICO | 1 | 0 | 4 | 2 | 5 | 3 |
| ENFERMERA | 0 | 0 | 14 | 12 | 14 | 10 |
| MAESTRO | 0 | 0 | 26 | 19 | 26 | 19 |
| ADMINISTRATIVO | 14 | 12 | 24 | 16 | 38 | 29 |
| LICENCIADO | 0 | 0 | 10 | 8 | 10 | 8 |
| POLICIA | 15 | 10 | 3 | 3 | 18 | 13 |
| INTENDENTE | 8 | 5 | 6 | 4 | 14 | 10 |
| CHOFER | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| ASISTENTE EDUCATIVO | 0 | 0 | 9 | 6 | 9 | 6 |
| COCINERO | 0 | 0 | 4 | 3 | 4 | 2 |
| JARDINERO | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| TOTAL | 40 | 27 | 100 | 73 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida por ocupación: Médicos 1 hombre y 4 mujeres, enfermeras 14 mujeres, maestros 26 mujeres, administrativos (incluyendo secretarías) 14 hombres y 24 mujeres, licenciados 10 mujeres, policías 15 hombres 3 mujeres, intendentes 8 hombres, 6 mujeres, chofer 1 hombre, asistente educativo 9 mujeres, cocineros 4 mujeres, jardineros 1 hombre, con un total de 40 hombres y 100 mujeres.

| CUADRO No. 7 | | | | | | |
|--|---------|----|---------|----|-------|---------|
| Distribución de la población deprimida por Sexo y Estrés en el Trabajo | | | | | | |
| ESTRÉS EN EL TRABAJO | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
| SI | 32 | 22 | 70 | 51 | 102 | 73 |
| NO | 8 | 5 | 30 | 22 | 38 | 27 |
| TOTAL | 40 | 27 | 100 | 73 | 140 | 100 |

Fuente Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida con estrés en el trabajo 32 hombres y 70 mujeres, sin estrés 8 hombres y 30 mujeres con un total de 40 hombres y 100 mujeres.

| CUADRO No. 8 | | | | | | |
|---|---------|----|---------|----|-------|---------|
| Distribución de la población deprimida por Sexo e ingreso económico en la Familia | | | | | | |
| INGRESO ECONÓMICO | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
| MENOR DE \$3000.00 QUINCENALES | 40 | 28 | 57 | 41 | 97 | 69 |
| MAYOR DE \$3000.00 QUINCENALES | 3 | 2 | 40 | 29 | 43 | 31 |
| TOTAL | 43 | 30 | 97 | 70 | 140 | 100 |

Fuente Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida con ingreso económico menor de \$3000.00 quincenales 40 hombres y 57 mujeres, con un sueldo mayor de \$ 3000.00 hombres 3 y 40 mujeres con un total de 43 hombres y 97 mujeres.

CUADRO No. 9

Distribución de la población deprimida con estado de Ánimo Depresivo ,sexo y bajo sueldo que percibe

| DEPRESIVO | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| SI | 38 | 27 | 64 | 46 | 102 | 73 |
| NO | 4 | 2 | 34 | 25 | 38 | 27 |
| TOTAL | 42 | 29 | 98 | 71 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida por bajo sueldo y estado de ánimo decaído 38 hombres, 64 mujeres, que no les afecta 4 hombres y 34 mujeres con un total de 42 hombres y 98 mujeres.

CUADRO No. 10

Distribución de población deprimida por sexo y relaciones interpersonales en la Familia

| FAMILIA | HOMBRES | % | MUJERES | % | TOTAL | TOTAL % |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| FUNCIONAL | 23 | 16 | 59 | 43 | 82 | 59 |
| DISFUNCIONAL | 18 | 12 | 40 | 29 | 58 | 41 |
| TOTAL | 41 | 28 | 99 | 72 | 140 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Distribución de la población deprimida y familia funcional: 23 hombres, 59 mujeres, familia disfuncional 18 hombres y 40 mujeres con un total de 41 hombres y 99 mujeres.

| CUADRO No. 11 | | | | | | | | |
|--|------------|-------------|------------|---------|-----------|-------|----------------|-------|
| Distribución de población deprimida, sexo y adicciones | | | | | | | | |
| SEXO | TABAQUISMO | ALCOHOLISMO | SOMNIFEROS | COCAINA | MARIHUANA | OTROS | SIN ADICCIONES | TOTAL |
| HOMBRES | 30 | 28 | 3 | 5 | 2 | 6 | 7 | 81 |
| % | 21 | 20 | 2 | 3 | 1 | 5 | 6 | 58 |
| MUJERES | 20 | 16 | 10 | 1 | 1 | 1 | 11 | 59 |
| % | 15 | 10 | 7 | 0 | 0 | 0 | 10 | 42 |
| TOTAL | 50 | 43 | 13 | 6 | 3 | 7 | 18 | 140 |
| TOTAL % | 36 | 30 | 9 | 3 | 1 | 5 | 16 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero.

Muestra la población deprimida con algún tipo de adicción al tabaco 30 hombres, 20 mujeres, alcoholismo 28 hombres, 16 mujeres, que ingieren somníferos 3 hombres, 10 mujeres, cocaína 5 hombres, 1 mujer, marihuana 2 hombres, 1 mujer. Sin adicciones 7 hombres, 11 mujeres.

| CUADRO No. 12 | | | | |
|---|---------------|--|---------------------------------------|-------|
| Distribución de la población deprimida por motivo de consulta y sexo. | | | | |
| | SE SIENTE MAL | NO TIENE TIEMPO DE VENIR EN OTRO HORARIO | NO QUISO PASAR CON SU MEDICO FAMILIAR | TOTAL |
| HOMBRE | 9 | 24 | 9 | 42 |
| % | 6 | 17 | 7 | 30 |
| MUJER | 38 | 21 | 39 | 98 |
| % | 27 | 16 | 27 | 70 |
| TOTAL | 47 | 45 | 48 | 140 |
| TOTAL % | 33 | 33 | 34 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a usuarios de consulta en urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero

Distribución de la población deprimida y los motivos de consulta: por sentirse mal 9 hombres, 38 mujeres, por no tener tiempo de acudir en otro horario 24 hombres, 21 mujeres, porque no quiso pasar con su médico familiar 9 hombres, 39 mujeres con un total de 42 hombres y 98 mujeres.

15.-DISCUSIÓN

Frecuencia de depresión en población usuaria del servicio de consulta en urgencias de la Clínica

La Depresión es la alteración de la conducta manifestada por pensamientos y sentimientos de tristeza, se presenta por múltiples situaciones, se considera una enfermedad psiquiátrica, incapacitante.- En estadios mayores.- Por lo general pasa inadvertida por el médico tratante y negada por el paciente.(1)

A pesar de ser frecuente no es fácil de detectarla a simple vista, ya que en sus inicios únicamente se presenta como trastornos de conducta diferentes a los habituales y que el médico considera situaciones de la vida diaria (1)

Es una enfermedad conocida desde Hipócrates que manejaba los cuatro humores, Celsius, Areteo de Capadocia mencionaban como aguda y crónica y como un problema médico.-Soranos de Ephesus describe el cuadro clínico de tristeza y deseos de morir.-Durante la Edad Media Santo Tomás de Aquino

Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero

sostuvo que la melancolía se presentaba por influencias demoníacas en el paciente.(1)(2)(3) En el México Prehispánico en 1522 el médico indígena Martín de la Cruz menciona un remedio para la sangre negra.(6) Esquirol describe cómo manía y alteraciones del afecto, Jean-Pierre, Falret y Jules Bail lager estudiaron la enfermedad bipolar y la edad en que se presenta 40-50 años.(6) En 1940 se reconoce el término depresión.-Holmes y Rage-Brawn Harris en 1967 a 1978 estudiaron los factores estresantes.- En Enero del 1979 la OMS reconoce como trastorno depresivo no clasificado y calcula más de cien millones de deprimidos en el mundo ya en esta década. Siendo la cuarta causa de enfermedad después de las patologías coronarias en el mundo. (13)

En la actualidad la demanda de consulta en la atención de primer nivel en medicina familiar se ha reflejado por detectar casos de pacientes con somatización de enfermedades físicas inexistentes, llevándolo a detectar con mayor facilidad patología depresiva misma que en las ultimas décadas tiene la tendencia a elevarse por la esperanza de vida mayor a nivel mundial, por el cambio de ambiente social, la migración de las personas a las ciudades, la inseguridad , la utilización de drogas , los bajos salarios , el estrés en el que se vive tanto en casa como en los centros de trabajo predisponen a dicha patología (13)- Se calcula que en el mundo existen aproximadamente cien millones de personas con depresión, en México 7.5 millones la padecen y de las personas que acuden a consulta aproximadamente un 20 % es diagnosticada (4) (13) (14).

Al analizar los datos aportados con el presente trabajo, se ve que la casuística de depresión se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres, en edades que predominan entre los 24 a 49 años, con estado civil casadas, con bajos salarios, en situación de estrés laboral, con familias extensas, con mayor grados de escolaridad ,y familias disfuncionales, coincidiendo con la incidencia mundial y en estudios realizados en México(4) (11) (15) (16) En tanto que la población masculina se detecta con familias nucleares, casados, con alcoholismo, tabaquismo, utilización de otras sustancias toxicas, así como estrés en el trabajo y bajos salarios (13)(15) (17) (18) (19). La causa mas frecuente para presentar depresión y de trascendencia epidemiológica es psicosocial, económica, laboral, disfuncionalidad en las familias, la actual situación de la mujer dentro de la sociedad, representado en nuestra casuística en un rango de 70-80%. En los países desarrollados aproximadamente el 40% de la población presentan diferentes tipos de depresión (13) (14), lo cual coincide con la incidencia reportada en este estudio por múltiples causas.

En relación a los diferentes tipos de depresión la depresión leve es la que más predominó en un 80%, notándose la diferencia con la moderada y severa en un 20%. Coincidiendo con la bibliografía en cuanto al porcentaje y género en este caso femenino (15)(16)(19)

En general la utilización de la escala autoaplicada de Zung facilitó la detección de pacientes con depresión en sus tres modalidades, en el entendido de que es de fácil utilización, y de utilidad diagnóstica para el manejo integral de los pacientes, y en casos en los que exista la posibilidad de manejo con fármacos y referir a hospitalización a los pacientes con casos de depresión grave

En el 80 % de los pacientes estudiados se inter consultaron a medicina familiar para darles seguimiento, el resto fueron enviados a medicina interna para ser transferidos a psiquiatría ya que en la clínica donde se realizó el estudio no existe esta especialidad.

16.-CONCLUSIONES:

Los objetivos en el tiempo planteado si se cumplieron observando que la depresión en sus tres modalidades es la causa más frecuente de solicitud de incapacidades médicas en el servicio de consulta de urgencias de la clínica Hospital de Chilpancingo Guerrero. La frecuencia está representada por el sexo femenino en edad reproductiva, la etiología más frecuente social, económicas en todos los niveles de escolaridad, con núcleos familiares disfuncionales,(13)

La depresión leve es la más frecuente en un 80% de los casos siguiendo la moderada y la severa en un 20%.El diagnostico de depresión es una actividad clínica

práctica con un importante componente sugestivo utilizando la escala de Zung dando un acercamiento dentro del interrogatorio al paciente deprimido fácil de utilizar, es una herramienta útil fundamental en el ámbito clínico y para fines de investigación, permitiendo disminuir la posibilidad de dar prioridad a los trastornos depresivos dentro de la consulta diaria. La frecuencia de depresión en este estudio si cumplió las expectativas esperadas, de acuerdo a la estadística mundial. (25) (29)

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Beck A. T. Y. Show B, F . Enfoques cognitivos de la depresión. Manual de terapia racional-emotiva; ED. DDB. Edición original, 1981.
2. Robert del Olmo. Pro salud mental; ¿Qué es la depresión?; artículo. Pág. 1-24. México; 2002.
3. Diccionario general Mosby, 2004. edición Harcourt; S.A.
4. Attain Ehrenberg. La fatiga de ser uno mismo, depresión y sociedad. Edición Nueva visión SAIC; Tucumán 37848(1189). Buenos Aires; Argentina; 1998.
5. Engl. J. Med. Michaels R. Mazurka P.M. Progress in psychiatry N. Article Pag. 329; me sic psiquiatric; 1993
6. Calderón, N .G . La depresión en la historia; conceptos psiquiatría en la medicina azteca, contenido en el código Bandino en el siglo XVI; Rev. Facultad de medicina. Vol. VII, No. 24; pag 209: Abril; 1961
7. Haynell, O. Essen, M,E. Lanker, J.O. Eshoo, Roman, B. The incidence of depression over a quarter of century. The longitudinal study of mental. CII nesses in total population based on 42,000 observational years, Alquimist q wills ell International. Tomo 36; Pag; 513-520; 1997.
8. Documentos básicos de la OMS. 42, edición, 1999, pag.1
9. Canell, F. F . Estadística. Medica y salud pública: universidad de los andes. Venezuela, edit. Trillas. Pag.82-86, 1999.
10. Frederick A.K.; Shwtzbaum, J.A; Fried, D.J.; Moeschberger, M.L. Depression as and antecedent to heart. Disease, amony women and men. In the nanhes study
11. Blear, Mad, Oren D. Gender differences in depression meds cape woman health. Pag 2-30. Archives of internal medicine. New York; 1997.

12. Leal Ceros, Carmen. Trastornos depresivos en la mujer. Edit. Masan. Pag. 234, Barcelona, España.
13. Allen, J.M. Et. Al. Depressive symptoms and family history in seasonal and nausea sanal mood disorders. A.M Psychiatry 150; 443; 1998
14. Yehuada R. Et. Al. Psychoneuro Endocrines Assessment of posttraumatic stress disorder. current progress and new directions; prong Neuropsychological., Psychiatric P. 17-514; San Diego, California; 1995
15. Michael S. Mazurka. PM. Progress in Psychiatry N. Engl. J. Med. P.329;552; 1998.
16. Esquivel, Laura. El libro de las emociones. Pag. 10; 100; edit. Massan. Barcelona, España; 2000.
17. Morel; Marogel. Los síndromes depresivos. P. 1-50. Paris; 1990.
18. Maglio, F. La crisis del modelo médico hegemónico en la fundamentación a la medicina antropológica. Asociación médica Argentina; 2000.
19. voz, pro salud. Organización mexicana de psiquiatría. Módulo epidemiológico. Hosp. Salvador Subirán. Artículo No. 2, 2004.
20. Martínez, Astrid Lorena. Depresión: el mal del siglo; Organización médica colegial. Ministerio de salud; guías prácticas psiquiatría. Madrid, España; 2004.
21. Blear. Md. Oren, D. Gender, differences in depression meds cape women's health. Pag. 2-30, Archives of internal medicine. New York; 1997.
22. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 2a edición. Editorial Medicina familiar mexicana. México. 2004.
23. Trabajos sobre depresión. Schmitt a Self rating. USA, 2004

24. Ezquiaga E. Factores psicosociales en la etiopatología de la depresión. Edit . Madrid: Universidad complutense. Pag. 9-194. Madrid; España.
25. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington; 2004.
26. Depression Associated with medical illness editor; Kath Anne, J. Palmer, 2000
27. ET. Al. Depressive Allen, J.M. E T. Al. Depressive symptoms and family history in seasonal and nausea sanal mood disorders. A.M Psychiatry 150; 443; 1998
28. Cochran, Sam. V. Men and depression-clinical and empirical perspectives. Academia press p. 1-115. San Diego California; 2000.
29. Beech, P. The Hamilton and Zung scales for wood disorders: screening and listening: a twenty years update with reference to OSM_IV and ICD-10. 2a. Edition. Pag. 35-42. Berlin, Heidelberg: Stringer, 2004.
30. Self rating depression scale en A: An patient clinic Zung W...K/ Short M.J. Arch. Gen. Psychiatry. New York. Pag. 508-510. 1999.
31. Depression scale Zung. Arch. Genpschiat Pag. 12, 63-70 1965.
32. Conde v. Esteban. Evaluación crítica de la SOS (serf depression sácale) de Zung: experiencia propia y revisión de literatura. Revisión psicológica general aplicada. P. 842-857. 1996.
33. Biggs, J.T. Wylie, C.T. Ziegler, V. Validity of the Zung self rating depression scale BJ Psychiatric, Pag. 381-385. 2002.
34. James P. Mc. Cullaugh. Terapic for chronic depression, Guilford publication. P. 324. New York, 2000.
35. Beck, A.T. Rush. Cognitive therapy depression. Guilford press; New York, 1999.
36. Robins, L.N. Rigier, D. Psychiatric disorders in American. The epidemiologic catchments area study. The free press. New York; 1990.
37. Corina Schmelkes. Oxford segunda edición 1988. Manual para presentación de anteproyectos en informes de investigación

18 ANEXO 1

18.1 CEDULA DE ENTREVISTA

1-NOMBRE: _____

2.-SEXO: A) MUJER B) HOMBRE

3.-¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE USTED?

- A) 18-23
- B) 24-29
- C) 30-39
- D) 40-39
- E) 50 o MÁS

4.-ACTUALMENTE ¿CÚAL ES SU ESTADO CIVIL?

- | | |
|------------------|------------------|
| HOMERE | MUJER |
| A) SOLTERO | A) SOLTERA |
| B) PADRE SOLTERO | B) MADRE SOLTERA |
| C) CASADO | C) CASADA |
| D) SEPARADO | C) SEPARADA |
| E) DIVORCIADO | C) DIVORCIADA |
| F) VIUDO | F) VIUDA |
| G) UNIÓN LIBRE | G) UNIÓN LIBRE |

5.-ACTUALMENTE ¿DE CUANTOS MIEMBROS ESTÁ COMPUESTA SU FAMILIA (ESPECIFIQUE QUIENES):

6.-ACTUALMENTE APARTE DE SU PAREJA HE HIJOS ¿VIVEN OTRAS PERSONAS CON USTED EN SU CASA? (ESPECIFIQUE QUIENES):

7.-ACTUALMENTE ¿CUAL ES SU NIVEL ESCOLAR?

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| A) PRIMARIA (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |
| B) SECUNDARIA (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |
| C) MEDIO SUPERIOR (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |
| D) TECNICA (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |
| E) LICENCIATURA (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |
| F) MAESTRIA (COMPLETA) | (INCOMPLETA) |

8.-ACTUALMENTE ¿CUAL ES SU OCUPACIÓN? :

- | | |
|---|-------|
| HOMBRE | MUJER |
| A) MÉDICO | (A) |
| B) ENFERMERO | (A) |
| C) MAESTRO | (A) |
| D) SECRETARIO | (A) |
| E) LICENCIADO | (A) |
| F) POLICIA | (A) |
| G) OTRAS OCUPACIONES (ESPECIFIQUE ¿Cuál?) | |

9.- ¿SE SIENTE ESTRESADO EN SU TRABAJO?
(SI) (NO)

10.-ACTUALMENTE ¿Cuál ES EL INGRESO ECONÓMICO EN SU FAMILIA?

- A) MENOR DE \$ 3000.00
- B) MAYOR DE \$ 3000.00

11.- ¿LE AFECTA EN SU ESTADO DE ÁNIMO EL SUELDO QUE PERSIVE POR SU TRABAJO?

12.- ¿LA RELACIÓN CON SU FAMILIA ES?

- A) CORDIAL
- B) AGRESIVA

13.- ACTUALMENTE USTED ¿FUMA?

- A) SI
- B) NO
- C) EN CASO DE SI ¿Cuántos CIGARROS FUMA EN EL DÍA?

14.- ACTUALMENTE USTED ¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS?

- A) SI
- B) NO

15.- ACTUALMENTE ¿TOMA MEDICAMENTOS PARA DORMIR?

16.- EN CASO DE SI ¿CON QUE FRECUENCIA LOS TOMA?

17.-USTED UTILIZA ALGUN TIPO DE DROGA COMO:

- A) COCAINA (SI) (NO)
- B) ¿CON QUE FRECUENCIA?

C) MARIHUANA (SI) (NO)

D) EN CASO DE SI ¿CON QUE FRECUENCIA?

E) OTRAS DROGAS (SI) (NO)

18.- ¿Cuál ES EL MOTIVO DE SU CONSULTA EL DÍA DE HOY Y A ESTA HORA?

- A) SE SIENTE MAL?
- B) NO TIENE TIEMPO DE VENIR EN OTRO HORARIO O DÍA
- C) NO QUISO PASAR CON SU MÉDICO FAMILIAR.

ANEXO No. 2
18.2 Escala de Zung

NOMBRE DEL PACIENTE _____
 EDAD _____ SEXO _____
 FECHA _____

| Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos. | Nada o pocas Veces | Algunas veces | Muchas veces | La mayoría de las veces o siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1.-ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.-POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.-TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.-TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.-COMO IGUAL QUE ANTES | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.-DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.-NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.-TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.-MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10.-ME CANSO SIN MOTIVO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11.-MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12.-ME RESULTA FACIL HACER LO QUE SOLIA HACER | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.-ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14.-TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15.-SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16.-TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17.-SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18.-SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19.-SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20.-SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO 3

18.3.-LOGÍSTICA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | ABRIL-SEP. 2005 | | | | OCT.-DIC. 2005-06 | | | | ENERO-JUNIO 2007 | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | |
| Elaboración del protocolo | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de encuestas | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Paloteo de encuesta | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | |
| Elaboración de análisis | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Tabulación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos. | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |
| Estructuración del informe de investigación | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| Informe final de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

18.4 ANEXO 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA: MEDICINA FAMILIAR
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Estimado derechohabiente del I. S. S. S. T. E.**

La unidad de enseñanza de la clínica hospital I. S. S. S. T. E. Chilpancingo, Guerrero le agradece su participación en este trabajo es totalmente voluntaria y aun después que la entrevista inicie, puede rehusarse a responder a preguntas específicas o a decidir terminar la entrevista en cualquier momento. Su colaboración ayudara ala detección oportuna de los problemas de depresión.

Toda la información individual que usted proporcione será totalmente confidencial, no será proporcionada a nadie más y no será identificada (o) de ninguna manera en algún reporte.

Médicos generales altamente capacitados en medicina familiar, se encargaran de su valoración e interrogatorio en el consultorio del servicio de urgencias que es un espacio privado respetando siempre su individualidad. El material que se utilizará para la detección de depresión son dos cuestionarios sencillos de contestar que no le causarán daño alguno ni físico ni mental.

Si usted decide participar en este trabajo, deberá comprometerse con los siguientes procedimientos:

1. Responderé verídicamente a preguntas de identificación y sobre mi estilo de vida, para que el estudio resulte apegado a la realidad.
2. Permitiré que me realicen los cuestionarios médicos de depresión.
3. Acepto de resultar deprimido se me califique con la escala de depresión.
4. Estoy de acuerdo en someterme a tratamiento médico y psicológico en caso de resultar deprimido.
5. Entiendo que el investigador o asistente de investigación podrá buscarme para solicitar más información si es que se requiere.
6. Comprendo que los beneficios que obtendré serán: Acceso ala información y a la oportunidad de participar en los programas que contribuyan a mi salud.

En el caso que usted tenga alguna duda, puede consultar a las responsables del estudio al teléfono 017474723413 en Chilpancingo, Guerrero de 7:00 a15:00 hrs. de lunes a viernes.

Su firma indica que ha leído y ha comprendido el contenido de esta carta, que ha hecho las preguntas que usted considero oportunas y le han sido respondida adecuadamente, que esta de acuerdo en participar, con base en la información recibida y que se le a entregado una copia de este consentimiento.

Firma del derechohabiente.

Firma del investigador

Chilpancingo, Guerrero a _____ de _____ del 2003.

19.-RESUMEN:

OBJETIVOS: Identificar frecuencia de depresión en población usuaria de la preconsulta de urgencias de la Clínica Hospital ISSSTE Chilpancingo Guerrero con características clínicas generales, sus posibles causas sociodemográficas y algunos factores asociados.

DISEÑO Transversal, observacional, descriptivo.

MATERIAL Y METODOS: Se utiliza como método diagnóstico para identificar en una muestra conceptual operativa de 244 usuarios encuestados con alta sospecha de depresión, una cédula de entrevista, carta de consentimiento informado, la escala autoaplicada de Zung. En un periodo del 1º de Octubre al 31 de Diciembre del 2003.

CONCLUSIONES: Los objetivos en el tiempo planteado si se cumplieron observando que la depresión en sus tres modalidades es la causa más frecuente de solicitud de incapacidades médicas en el servicio de consulta de urgencias de la clínica Hospital de Chilpancingo

Guerrero. La frecuencia está representada por el sexo femenino en edad reproductiva, la etiología más frecuente social, económico en todos los niveles de escolaridad, con núcleos familiares disfuncionales. La depresión leve es la más frecuente en un 80% de los casos siguiendo la moderada y la severa en un 20%. El diagnóstico de depresión es una actividad clínica práctica con un importante componente sugestivo utilizando la escala de Zung dando un acercamiento dentro del interrogatorio al paciente deprimido fácil de utilizar, es una herramienta útil fundamental en el ámbito clínico y para fines de investigación, permitiendo disminuir la posibilidad de dar prioridad a los trastornos depresivos dentro de la consulta diaria. La frecuencia de depresión en este estudio si cumplió las expectativas esperadas, de acuerdo a la estadística mundial

RESULTADOS: El estudio muestra 140 pacientes con depresión en sus tres modalidades predomina sexo femenino 91 y 49 hombres, en edad reproductiva 24-49 años 97 mujeres y 43 hombres, de ocupación maestras y administrativos 50 mujeres, 40 hombres, con estrés en el trabajo 100 mujeres y 40 hombres con salarios mayor de tres mil pesos 97 mujeres y 43 hombres, con estado de ánimo decaído por bajo salario 98 mujeres y 42 hombres, familias funcionales 59 mujeres 23 hombres, con adiciones al tabaco 30 hombres y 20 mujeres, con alcoholismo 28 hombres y 16 mujeres.

SUMMARY:

OBJETIVES: to identify the depression frequency on emergency's users of Chilpancingo Guerrero ISSSTE's Hospital with general clinics characteristics, possible causes socio and demografic and some associated factors.

DESIGN: descriptive, transverse, observational.

MATERIAL AND METHODS: is utilized like diagnostic method in order to identify in one operative sample from 244 users in quested with high suspicion of depression, interview form, consent form, auto applied Zung scale. Period from 1st October to 31 December 2005.

CONCLUSION'S: The was a chieued on time programmed, we observed that the depression in these three manners are on cause more frequent of requided of a medical licenses in the emergency room of the clinical Hospital of Chilpancingo, Guerrero. The most frequent is represented for females during reproductive age, the etiologies most frequent social and economic in all levels of academics with dysfunctional families core. The lowest depression is more all frequent is un 80% of the events of follows the moderate and the severe in one 20%.The diagnostic of depression is a clinical a practical clinical activity with an important component suggestive use the scale of Zung of the questioning of depressive patient is easy of utilized, is unit approaching utile fundamental in the ambit clinic and finality to the research investigation, permitted a tool domineer la possibility of provided to depressives disorders inward the la diary consult. The study frequency of depression arrived our expectative for, around the statistical international stand art.

RESULTS: the study shows 140 patients with depression in his three modes. Predominating females 91 and males 49, during reproductive 24 – 49 age, old 97 woman and 43 men occupation teachers and administrative workers, 40 men, with stress, 100 woman and 40 men with salary higher than three thousand pesos, 97 woman and 43 men, with depression due to their low salary 98 woman and 42 men, functional families 59 woman 23 men, with tobacco addiction 30 men and 20 woman, with alcoholism 28 men and 16 woman.