



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**CENTRO DE SALUD URBANO DE CARDENAS,
TABASCO, SECRETARIA DE SALUD**

**“LA DEPRESION EN PACIENTES DE LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO DE
SALUD URBANO DE CARDENAS, TABASCO.”**

TESIS

Para obtener el Diploma de la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. JOSE MANUEL LOPEZ ARIAS

Asesor: DR. JORGE LUIS ESCOBAR VILLANUEVA

CARDENAS, TABASCO

ABRIL 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO

**“LA DEPRESION EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD
URBANO DE CARDENAS, TABASCO.”**

INDICE

Contenido	Páginas
Resumen	I
Glosario	II
Introducción	1-2
Antecedentes	3 -9
Justificación	10-11
Planteamiento del problema	12
Objetivo	13
Metodología	14 -17
▪ Tipo de estudio	
▪ Diseño de estudio	
▪ Criterios	
▪ Variables	
▪ Realización del estudio	
▪ Recursos humanos	
▪ Recursos materiales	
Resultados	18 – 22
Discusión	23- 25
Conclusiones	26-27
Recomendaciones	28
Bibliografía	29-30
Anexos	31

LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD URBANO DE CARDENAS, TABASCO.

RESUMEN

La depresión en pacientes de medicina familiar en el Centro de Salud Urbano de Cárdenas, Tabasco.

Objetivo: Determinar la depresión en pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar en el centro de salud urbano de Cárdenas.

Material y métodos: Estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo, se encuestaron 200 pacientes en la consulta de atención primaria por conveniencia, con variables: depresión, edad, sexo, estado civil, escolaridad, se aplicó la escala de depresión de Zung a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión previamente del presente trabajo.

Resultados: Se obtuvieron 76 % de pacientes del sexo femenino y 24 % del sexo masculino, con una prevalencia para depresión leve del 33 %, el 23.5 % de la población cursa con depresión moderada, el 27 % de la población cursa con depresión severa y 16.5 % de nuestra población es estudio cursa sin depresión. Los pacientes que se dedican a las labores del hogar representaron el grupo con mayor prevalencia de depresión del 45 %.

Conclusiones: Se obtuvo un análisis estadístico mediante la aplicación de Chi cuadrada, en donde se encontró la asociación entre depresión y las variables: sexo, estado civil, ocupación y escolaridad lo cual fue estadísticamente significativo, no así la asociación entre depresión y edad.

Palabras claves: depresión, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, sexo, test de Zung.

GLOSARIO

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición de las funciones psíquicas.

Ocupación: Actividad o trabajo en la que se emplea el tiempo.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Escala de Autoevaluación de Zung: Escala de medición para depresión que consta de 20 reactivos, con cuatro opciones de grado variable cada uno. Califica cada reactivo del 1 al 4, la suma de todos resulta en índices de 25 a 100, la cual nos da como resultado la intensidad de la depresión en leve, moderada y severa.

INTRODUCCION

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un momento determinado de la vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad que se conoce como depresión. Esta patología afecta a aproximadamente el 15 % de los españoles es la segunda causa de discapacidad.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 % de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Los problemas depresivos más comunes son tres, según la clasificación que realiza la Asociación Americana de Psiquiatría. Dentro de esta clasificación hay que tener en cuenta que existen variaciones dependiendo de la severidad, la cantidad de síntomas que se presentan o la persistencia del problema.

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida.

La distimia es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.

El trastorno bipolar es el tercer tipo. También se denomina enfermedad maniaco-depresiva. La prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el

Ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. En el ciclo maniaco, pueden sentirse hiperactivos, exclusivamente locuaz y con demasiada energía. A veces la manía afecta al pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

ANTECEDENTES

La mayoría de las personas experimentan gran diversidad de estados de ánimo en un periodo dado (que puede ser de horas o semanas). Los individuos que padecen trastornos depresivos experimentan tristeza persistente y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a su vez los lleva a tomar malas decisiones y empeorar las circunstancias de su vida. Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados y sus familias. Los síntomas claves incluyen modificaciones del sueño, peso, apetito, estado de ánimo deprimido y pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticarlos de manera conclusiva. Las variantes de los trastornos depresivos incluyen formas menores, agudas o crónicas y la psicoterapia y los medicamentos constituyen un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos.(1)

Al cuidar de pacientes con trastornos depresivos también surgen aspectos delicados de tipo ético y legal.

Sin duda alguna los trastornos psiquiátricos más frecuentes como la depresión y la angustia son padecimientos que el médico familiar enfrenta cotidianamente; sin embargo un número importante de médicos no muestra buena disposición en la atención de estos enfermos, incluso se llega a minimizar los signos y síntomas en la atención de los enfermos quizá por que la naturaleza de la enfermedad es incierta, confusa o bien los signos, síntomas y estudios de laboratorio o gabinete no aclaran con exactitud el cuadro clínico del paciente ansioso o deprimido.(3) Además, el paciente deprimido con frecuencia tiende a magnificar los síntomas cuando padece conjuntamente enfermedades crónico degenerativas lo que condiciona mayor incapacidad física; habitualmente el enfermo tiene poco apego al tratamiento. Algunos factores atribuibles al enfermo, al médico o inherentes del padecimiento dificultan la integración del diagnóstico por lo que aún en la

actualidad la depresión es un padecimiento subdiagnosticado. Los síntomas que relata el enfermo con mayor énfasis son: dolor, pérdida de peso, alteraciones en el sueño, el apetito o la libido; estos pacientes en ocasiones no reportan alteraciones del afecto porque no lo consideran importante, pero cuando se les interroga directamente describen profusamente todos sus síntomas. A veces se documenta con claridad una afección orgánica pero esto no necesariamente excluye que además curse con un trastorno depresivo. Existen síntomas tanto en el área cognoscitiva como vegetativa, tales como la incapacidad para concentrarse, ideas autodevaluativas, de culpa, de muerte, pensamientos suicidas, pérdida del apetito, de peso, de la libido, insomnio y fatiga. En el adolescente las conductas que sugieren depresión son: la desobediencia, bajo rendimiento escolar, abuso en el consumo de alcohol y drogas, las fugas de casa y promiscuidad sexual. El anciano habitualmente presenta alteraciones del sueño, múltiples síntomas somáticos y disminución del apetito.(8) Aunque la depresión en ocasiones puede comenzar de forma espontánea, con cierta frecuencia es desencadenada por algún acontecimiento infeliz como puede ser un duelo. Sin embargo tales sucesos afectan a casi todos los ancianos en algún momento y sin embargo, no todas las personas mayores se deprimen. Lo cierto es que, algunas personas mayores poseen un mayor riesgo que otras. Por ejemplo, las mujeres parecen más vulnerables a la depresión que los hombres, pero nadie sabe realmente porqué. A diferencia de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de los genes es mucho menor en la depresión de las personas mayores. Probablemente el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido previamente una cuando se era más joven. En ocasiones la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez. (8,12)

La depresión y sus diversas formas de presentación clínicas es la entidad psiquiátrica que más se observa en el primer nivel de atención médica. A pesar de su alta prevalencia, los médicos no la diagnosticaron en el 50% de los casos, es altamente

prevalente en enfermedades médicas crónicas. Se relaciona con la sobre utilización de los servicios médicos, la amplificación de los síntomas, las alteraciones funcionales, la falta de cooperación de los pacientes y el aumento de la mortalidad y morbilidad. Como no es frecuente que la diagnostique el Médico General, se prolonga el sufrimiento del paciente y aumenta el riesgo de iatrogenia. (3,4,5)

La depresión es una patología que produce un gran impacto en la sociedad tanto en el ámbito local como económico. Estudios en USA muestran que el 5-10 % de la población experimenta un episodio depresivo mayor o distimia. La población más afectada es la comprendida entre los 18 y 44 años, teniendo las mujeres jóvenes casi dos veces más episodios depresivos que los hombres, Elkin y Cols, refiere una prevalencia anual del 10 % y una prevalencia durante toda la vida (la posibilidad de que cualquier individuo presente un episodio depresivo) de 25 % para las mujeres y de 15 % para los varones; Menciona de igual manera que la incidencia de depresión es aún más alta en el medio de cuidados primarios. (1) En México se ha observado que es más frecuente en las mujeres con una distribución de 2:1, con máxima incidencia en mujeres de 35 a 45 años de edad. La prevalencia en la población general es de 6 % a lo largo de la vida; en varones es de 3.2 % y de 4 a 9% en las mujeres. En poblaciones de alto riesgo, como pacientes geriátricos, la prevalencia es más alta: 8 % para depresión mayor, 22 % para trastornos distímicos y 6 % para depresión atípica;(2) Por otra parte Caraveo y Cols, registraron un 3.7 % de personas con depresión a nivel nacional y los resultados preliminares de un estudio realizado en la ciudad de México, ha mostrado una prevalencia de 4.3 %. (7) La prevalencia reportada en diversos estudios y en diferentes países muestra variaciones en función de la definición, colocando de forma clara al síndrome depresivo entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Siendo en la actualidad la depresión el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes. (9)

La prevalencia del síndrome depresivo en los pacientes de consulta ambulatoria de atención primaria es más alta, los valores difieren según cual sea el criterio diagnóstico, la población asistida y el método de detección.

Se han reportado valores de prevalencia de síntomas de depresión de 17.2 % Barret,

17.1 % Callaban, 17.8 % Mc Crea, 17.8 % Neal, 20 % Koenig. (13,19,20)

Pocos estudios refieren la prevalencia de diagnósticos específicos de trastornos del animo en los ancianos en atención primaria, como depresión mayor, distimia o de depresión menor. La prevalencia de síndrome depresivo de ancianos en la comunidad se ha estimado en un 7.4 % en los hombres y 9.2 % de las mujeres entre los 65 y 74 años, aumenta levemente entre los 75 y los 86 años a 9.1 y 10.6 % respectivamente. Estas cifras son levemente más elevadas que las halladas en grupos más jóvenes. (12) En la Argentina no se cuenta con datos sobre la prevalencia de depresión pero cuando se ha solicitado a los médicos de atención primaria que definan los motivos de consulta de sus pacientes la depresión o ansiedad figuran entre las más frecuentes. (14) La depresión constituye el área más importante de los trastornos afectivos. Dichos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos, psicológicos y reducción del funcionamiento social. Sabemos que las variaciones del humor son normales en la vida cotidiana, siempre y cuando sean de corta duración y no interfieran con el funcionamiento de la persona; cuando hablamos de depresión clínica o patológica nos estamos refiriendo a una experiencia profunda y duradera que se acompaña de alteraciones del pensamiento, conducta y funciones biológicas. En la antigüedad remota se sostenía que este padecimiento era causado por influencias diversas de humores corporales (Hipócrates habló de la Bilis negra que producía "melancolía") o bien era resultado de un conflicto moral, siendo la depresión " el castigo " por una conducta inapropiada o pecaminosa. En el siglo XIX se inicia el enfoque del estudio de sus causas atendiendo al funcionamiento del Sistema Nervioso Central, pero es hasta el presente siglo que se precisan los detalles de su etiología multicausal. Se ha hablado del estrés psicosocial (Agudo: muerte de familiar, divorcio, etc.; y crónico: desempleo, sobrecarga de trabajo, conflictos matrimoniales, ect.), factores que sin duda propician o desencadenan la depresión. Conviene enfatizar que al respecto, una perdida parental precoz es común encontrar en la historia de las personas deprimidas. Si sabemos que el funcionamiento neuronal no es ajeno a las influencias del medio ambiente, nos queda claro que el estrés psicosocial juega un papel importante al respecto. Los trabajos de Sigmund Freud respecto al duelo y la melancolía contribuyeron

bastante a la comprensión de los mecanismos inconscientes que siguen la depresión normal y la patológica, y el aporte psicoanalítico, no obstante el tiempo que tiene de haber surgido, es definitivo e insustituible para el entendimiento de estos pacientes. (11)

La teoría Cognitiva propone que el deprimido, a lo largo de la vida ha distorsionado sus pensamientos sobre sí mismo y su entorno en forma negativa llegando finalmente a conclusiones erróneas, negativas, de sí mismo, sus experiencias y la visión que tiene del futuro, esto daría por resultado el síndrome depresivo en estos sujetos.

Los estudios de los tipos de personalidad nos proporcionan datos interesantes: ciertos tipos de personalidades, cuyas características son la escrupulosidad, el sentido del deber, perfeccionismo, la falta de espontaneidad y el afán de orden (personalidades obsesivas) son más propensas a desarrollar depresión de tipo unipolar. Habría que preguntarse si ambos procesos (la depresión y esta personalidad) tuvieron origen común y se desarrollaron juntas o una dio origen a la otra.

Un aspecto estudiado recientemente y que ofrece datos muy valiosos e interesantes respecto a la etiología de la depresión es la genética la cual refiere que los familiares de pacientes con depresión unipolar tienen mayor incidencia de depresión que la población general (10 a 20 %). En el caso de los gemelos monocigóticos la concordancia para la depresión oscila entre un 65 a 75 %; esto quiere decir que si un gemelo padece depresión, en el porcentaje antes señalado su pareja también la padece. En cambio, los gemelos dicigóticos alcanzan una concordancia del 15 al 19 %. Lo antes expuesto, sin duda nos habla de la influencia de la herencia en la incidencia de la Depresión, todavía no se precisan los mecanismos que la herencia sigue para determinar la enfermedad, ni se ubican con precisión el o los genes que participan. Lo que sí se sabe es que algunas formas de depresión (bipolares) se heredan más que otras. Sin duda en otros casos de depresión (distimia), la herencia proporciona el terreno idóneo para que otros factores influyan en el sujeto y desencadenen finalmente la depresión. (8,10)

La teoría bioquímica de la depresión formulada inicialmente por Shilkraut, propone que la depresión es una deficiencia funcional de la noradrenalina y la serotonina , mismas que

por diversas razones no están llegando correctamente a su destino (sus receptores post-sinápticos), por lo que, al no estimularlos suficientemente producen un impulso nervioso débil que es la causa de la depresión. Los distintos estudios que se han hecho al respecto así lo corroboran, basado en los mecanismos de acción de los antidepresivos. La neurofarmacología actual se basa en las acciones de los tratamientos sobre los receptores de la membrana de la neurona; todos los tratamientos antidepresivos involucran la participación de los receptores 5-HTA1A, los cuales se ubican en los núcleos septales y en los núcleos del rafe. Las acciones de los antidepresivos se establecen primero en los núcleos del rafe, los cuales actuarían como elemento presináptico. De esta manera, los elementos postsinápticos de las acciones de 5-HT se ubicarían en estructuras del sistema límbico, una serie de sistemas neuronales de cuya función surgen las emociones. Estas pruebas también las han realizado en diferentes fases del ciclo menstrual, encontrando cambios en la ejecución de las mismas. En animales íntegros, las pruebas se realizan de manera óptima durante las etapas del ciclo en las que aparecen picos en los niveles circulantes de progesterona. La actividad de las neuronas septales conectadas con el rafe se modifica de acuerdo con las fases del ciclo menstrual. Esta parte del estudio, señala el investigador, resulta de interés por la existencia de la tensión premenstrual y en sí por diversas oscilaciones del estado de ánimo que experimenta la mujer a lo largo de su ciclo menstrual, entre las que la depresión y la ansiedad tienen una alta frecuencia. Los tratamientos antidepresivos ejercen sus acciones sobre estructuras cerebrales encargadas del procesamiento emocional, particularmente en áreas que se han relacionado con la respuesta e integración de emociones placenteras. En otra vertiente, las hormonas gonadales parecen compartir algunas de las acciones de los antidepresivos. Es posible entonces que en el deprimido ocurra una falla del funcionamiento de esas regiones cerebrales, las cuales se ubican a nivel de los procesos metabólicos que subyacen a la sensibilidad de los receptores de la membrana neuronal de estructuras del sistema límbico. (10,11)

Las clasificaciones actuales de las enfermedades mentales más utilizadas a nivel mundial son las últimas versiones de la " Clasificación Internacional de las

Enfermedades versión 10" (CIÉ -10, 1993) de la OMS, y el "Manual Diagnostico y Estadístico versión 4" (DSM IV, 1994) de la Asociación Psiquiátrica Americana; los cuales han clasificado a los trastornos depresivos, como episodios depresivos graves o leves y episodios recurrentes, también graves o leves dependiendo de la intensidad con que se presentan y de que los episodios sean reiterados, sin antecedentes de episodios aislados de elevación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad.

JUSTIFICACION

Los trastornos afectivos y la depresión dentro de éstos, son los cuadros clínicos más frecuentes. Diversos estudios epidemiológicos describen una prevalencia anual, para depresión mayor de hasta 16% en la población general. Esta cifra aumenta casi hasta el doble si se considera la población que recibe asistencia en el "sector primario". Es decir, la depresión es de las enfermedades más frecuentes. De los sujetos con depresión, el 80 % o más, consultan al médico de atención primaria (Médico Familiar ó General), no al Psiquiatra. El médico de atención primaria no hace el diagnóstico en el 50 a 75 % de los pacientes con depresión. Estos datos provienen de estudios en EEUU, Gran Bretaña y Suiza. En México, Caraveo y cols, registraron un 3.7 % de personas con depresión a nivel nacional y los resultados preliminares de un estudio en la CD. de México han mostrado una prevalencia del 4.3 %. De los mismos se destaca el papel central del médico de atención primaria para poder darles una correcta asistencia a los pacientes depresivos.

¿Qué explica esta situación ?. Por un lado la carencia de conocimientos del médico de atención primaria para realizar un adecuado diagnóstico: ¿ qué preguntas realizar ?, ¿ cómo evaluar esa información ?, ¿ qué criterios utilizar para el diagnóstico ?. Por otro lado, el escaso tiempo de que se dispone en una práctica clínica cada vez más compleja dentro de los sistemas de salud.

Los médicos de atención primaria consideramos en ocasiones, que los problemas psicosociales no entran dentro de nuestro campo profesional. Sin embargo estudios realizados en consultorios de atención primaria muestran que el 25 al 75 % de los pacientes encuentran como causa precipitante de su consulta, motivos psicosociales antes que problemas biomédicos. En muchas ocasiones los pacientes consultan por síntomas físicos que carecen de una causa orgánica que lo explique incluso luego

de numerosos y costosos estudios diagnósticos y pruebas terapéuticas. Estos síntomas son frecuentemente manifestaciones de desórdenes psiquiátricos potencialmente tratables particularmente depresión y ansiedad. Muchos motivos de consulta frecuentes como mareos, fatiga crónica, dolor lumbar tiene como diagnóstico diferencial la depresión. Muchos problemas comunes de la práctica diaria como accidentes cerebrovasculares, fractura de cadera, Infarto agudo al miocardio, diabetes, insuficiencia renal y cáncer están asociados con depresión. Por otro lado los pacientes y en particular los ancianos prefieren consultar a sus médicos de atención primaria antes que a los profesionales de la salud mental.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro de Salud Urbano de Cárdenas, el cual brinda atención de "primer nivel" a más de 35000 habitantes, no se ha realizado ningún estudio para ver la prevalencia del síndrome depresivo en la comunidad, por lo que el interés de este trabajo de investigación es valorar la prevalencia del síndrome depresivo y compararlo con lo reportado en otros estudios. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN EL CENTRO DE SALUD URBANO DE CARDENAS ?

Objetivo General:

Identificar la frecuencia de depresión en pacientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar y son del área de responsabilidad del Centro de Salud Urbano de Cárdenas, Tabasco.

Objetivos específicos:

- a.- Determinar si los pacientes que acuden al Centro de Salud Urbano de Cárdenas cursan con depresión.
- b.- Identificar en que sexo predomina la depresión.
- c.- Identificar el grupo etáreo en el cual predomina la depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) Clasificación del trabajo de Investigación: Estudio prospectivo, transversal, observacional.

Estudio prospectivo ya que registraremos la información según vayan ocurriendo los fenómenos, en cuanto al período y secuencia se puede mencionar que será de tipo transversal, ya que estudiaremos las variables (sexo, edad, escolaridad, ocupación y estado civil) simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, dado que incluiremos a los primeros 200 pacientes que acudan a consulta al Centro de Salud urbano de Cárdenas, Tabasco, y que cumplan con los criterios de inclusión, previamente establecidos, por lo que respecta al control que el investigador tiene sobre las variables será de cohorte, puesto que nos interesa conocer qué parte de la población expuesta a la causa o la variable condicionante enfermó; se dice entonces que este diseño parte de la causa o variable condicionante hacia el efecto o resultado. De acuerdo al análisis y alcance de los resultados será de tipo descriptivo ya que está dirigido a determinar la situación de las variables, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia ó incidencia) y en quienes, dónde y cuando se está presentando determinado fenómeno. Por último cabe mencionar que será también de tipo observacional, puesto que no se modificaran intencionalmente las variables, y el hecho de que el cuestionario con la escala de depresión de Zung que utilizaremos es autoaplicable esto con la finalidad de evitar sesgos.

La investigación se llevara a cabo en la sala de espera del Centro de Salud urbano de Cárdenas, Tabasco, en el turno matutino donde se aplicara la escala de autoevaluación de Zung, a las primeras 200 personas que acudan a la consulta de Medicina Familiar y que cumplen con los requisitos de inclusión establecidos

b) Grupo de estudio y muestra

El universo de estudio estará constituido por las primeras doscientas personas que acudan a consulta de Medicina Familiar durante el turno matutino y que cumplan con los criterios de inclusión al momento de aplicar la escala de depresión de Zung; el tipo de muestreo será de tipo aleatorio simple.

c) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

1) Criterios de inclusión:

- a.- Pacientes que acudan a la consulta de Medicina Familiar,
- b.- Pacientes cuyas edades oscilen alrededor de 18-70 años,
- c.- Pacientes con escolaridad mínima de primaria.
- d.- Pacientes que aceptan colaborar en el estudio.

2) Criterios de Exclusión:

- a.- Pacientes embarazadas o puérperas.
- b.- Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas .
- c.- Pacientes que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico.
- d.- Pacientes menores de 18 años y mayores de 70 años de edad

3) Criterios de Eliminación:

- a.- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- b.- Pacientes que presenten dolor agudo, fiebre u otra condición que les impidiera contestar adecuadamente las pruebas.
- c.- Pacientes que no contesten adecuadamente la escala de autoevaluación de Zung.

c) Variables:

Las variables del estudio (sexo, estado civil y ocupación) se consideran cualitativas y se medirán con una escala nominal, el alcance de esta escala es conteo, que nos permite la aplicación de técnicas estadísticas como la distribución de frecuencias y la moda. Por otro lado las variables edad y escolaridad son de tipo cuantitativo y se consideran variables continuas ya que la unidad de medición utilizada puede ser subdividida en forma infinita y tienen una escala de medición ordinal y las técnicas estadísticas más utilizadas de medición son las de tendencia central de los puntajes, especialmente la mediana. Nuestras variables dependientes serán la edad y el sexo, en tanto que las variables escolaridad, ocupación y estado civil son nuestras variables independientes.

d) Procedimientos o plan de recolección y análisis:

Se utilizará la escala de autoevaluación de Zung que consta de 20 reactivos con cuatro opciones de grado cada uno. Califica cada reactivo del 1 al 4, la suma de todos resulta en índices de 25 a 100, la cual nos da como resultado la intensidad de la depresión en leve, moderada y severa. También se incluirá una ficha de identificación la cual incluirá: edad, sexo, estado civil y ocupación. Estos resultados serán vaciados en cuadros de frecuencias con valores absolutos y relativos (porcentajes) con correlación de las variables y sus respectivas gráficas en barras separadas.

e) Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizará apegado a las normas éticas universales. Por el tipo de estudio no se interferirá en ninguna de las variables. Primero se informará a cada paciente de la sala de espera del Centro de Salud que cumpla con los requisitos establecidos, si desea participar en el estudio, se les informará que la información obtenida será confidencial y su única finalidad será solamente de carácter científico, se les otorgará el cuestionario, haciendo la observación de que no debe ser incluido su nombre, pero si el sexo, edad, ocupación y estado civil.

RECURSOS HUMANOS Y FISÍCOS

- Medico Investigador
- Asesor clínico
- Asesor metodológico
- Pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar en el Centro de Salud de Cárdenas, a las primeros doscientas pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicara una autoevaluación con la escala de depresión de Zung y la cual será supervisada por el propio investigador.

Recursos Materiales

- Bolígrafos
- Hojas papel bond tamaño carta
- Copias de las escalas evaluativos
- Hojas de registro de datos
- Libros
- Fotocopias y/o artículos
- Computadora e impresora

FINANCIAMIENTO

El presente estudio será financiado por el propio investigador.

RESULTADOS

Para la realización de este estudio se entrevistaron a 200 pacientes en la sala de espera, del Centro de Salud Urbano de Cárdenas, Tabasco que acudieran a consulta de medicina familiar, supieran leer y escribir y aceptaran participar en el estudio. Se calculo la muestra a través del paquete estadístico STATS con un universo de estudio de 8000, con un error máximo aceptable del 5% y un porcentaje estimado de la muestra del 40% con un nivel de confianza del 95%. Se realizo la encuesta sobre depresión en la consulta de atención primaria del Centro de Salud Urbano de Cárdenas, por conveniencia. La población tuvo un rango de edad de 18 a 70 años, correspondiendo a las mujeres el 76% del total de la población estudiada, así como a los hombres el 24% de la misma.

Por lo que respecta al sexo encontramos que predomino el sexo femenino con un 76% del total, en comparación con los hombres a los que correspondió el 24% de la misma. Se pudo observar que la relación de depresión con sexo nos indica que la población estudiada presento depresión leve en el 23.5% de los casos, correspondiendo al sexo masculino el 6.5 % del total de la muestra y al sexo femenino el 17% de la misma. La depresión moderada se presento en el 27 % de los casos, de los cuales los hombres representaron el 5% del total de la población estudiada y las mujeres el 22% del total de la muestra. La depresión severa se presento en el 27.5 %, de los casos representando los hombres el 5% de la población y las mujeres el 22 % del total de la misma, Por lo ultimo los pacientes que no presentaron depresión fueron el 16.5%, de la población total estudiada correspondiendo el 1 % al sexo masculino y el 15.5 % al sexo femenino. Se le aplico prueba de chi cuadrada la cual demuestra que hay asociación entre depresión y sexo.

En cuanto a la asociación de depresión con el estado civil podemos observar que la depresión leve represento el 33% del total de la población estudiada de los cuales el 17.5 % eran casados, en tanto que las personas en unión libre representaron únicamente el 3 % de total de la población estudiada, las personas solteras representaron el 12.5 % del total. Por otra parte la depresión moderada represento el 23.5 % de la muestra, de los cuales las personas casadas fueron el 15% de la muestra, las personas en unión libre que presentaron depresión moderada fue el 1.5 %, las personas solteras presentaron depresión moderada en el 7% de los casos. En cuanto a la depresión severa esta se presento en el 27 % de los casos correspondiendo a las personas casadas el 14 %, las personas en unión libre representaron el 4 % de la población estudiada, las personas solteras con depresión severa fue del 7.5% de la muestra, en tanto que las personas divorciadas representaron el 1.5% del total. Por ultimo las personas sin depresión representaron el 16.5 % de la muestra, de los cuales el 8.5 % corresponde a personas casadas, el 2% a personas que viven en unión libre, el 5.5 % a personas solteras, y el 0.5% a personas que son divorciadas. Se le aplico la prueba de chi cuadrada la que demostró que si hay asociación entre depresión y estado civil.

Al relacionar la depresión con la ocupación de los pacientes encuestados encontramos que el rubro con mayor número fue el de las labores del hogar con un total de 116 pacientes lo que equivale al 58 % del total de la muestra en estudio. Por otra parte se observo que el 45% de las pacientes que se dedican a las labores del hogar presentan algún tipo de depresión, de ellas el 15% cursan con depresión leve, el 12.5 % cursan con depresión moderada y finalmente el 17.5 % cursan con depresión severa; por otra parte el 13% del total de la población que se dedica a las labores del hogar no presenta depresión. En cuanto al grupo de estudiantes este presento un total de 31 pacientes que representan el 15.5 % de nuestra población de los cuales el 7.5 % presenta depresión leve, 2.5 % presentan depresión moderada, 4.5% depresión severa,

en tanto que los pacientes que en este rubro no cursaron con depresión fue del 1% del total de la población. Por lo que respecta al grupo cuya ocupación fue la de obreros esta fue del 15 % del total de la población, correspondiendo el 4.5% a pacientes con depresión leve, 5.5 % a personas con depresión moderada, 4 % a personas con depresión severa y el 1 % del total a personas sin depresión. En cuanto al grupo de pacientes que tienen una escolaridad catalogada como carrera técnica representaron el 4 % de la población total y de ellos el 2.5 % presento depresión leve, en tanto que los pacientes con depresión moderada, severa y sin depresión presentaron una prevalencia del 0.5 % respectivamente del total de la población. Por otra parte el grupo de los profesionistas represento el 3.5% de la población general, de los cuales el 1.5 % presento depresión leve, el 2 % curso con depresión moderada, no existiendo profesionistas con depresión severa y sin depresión. El segmento de los comerciantes representaron 2.5 % de la población presentado una prevalencia del 0.5 %, para depresión leve, moderada y severa respectivamente así como el 1 % a pacientes con esta ocupación y sin depresión. El grupo de los servidores públicos represento el 1 % de la población, en el cual solo la depresión leve se manifestó con 2 pacientes; por ultimo el grupo cuya ocupación correspondió a la de campesinos se represento solamente con el 0.5 % de la población total, correspondiendo en esta caso a un paciente con depresión leve. Se aplico la prueba de chi cuadrada la que demostró que si existe asociación entre depresión y ocupación lo cual es estadísticamente significativo.

Por lo que respecta a la relación que guarda la depresión con respecto a la escolaridad encontramos que los pacientes que solo estudiaron primaria representan el 30.5 % de nuestra población en estudio; de los cuales el 4.5 % cursa con depresión leve, el 4 % de la población total cursa con depresión moderada, el 12 % cursa con depresión severa y el 10 % se reporta sin depresión . En cuanto a los pacientes que cursaron secundaria se encontró que

representan el 31.5 % del total, de los cuales se tiene que el 7 % cursa con depresión leve, el 12 % con depresión moderada, el 8 % con depresión severa y el 4.5 % de la población total cursa sin depresión. De los pacientes que cursaron preparatoria se tiene que representan el 27 %, de estos pacientes 15.5 %, cursan con depresión leve, el 3.5 % presentan depresión moderada, el 6 % ha desarrollado depresión severa, así como también se encontró que solo el 2 % de los pacientes de preparatoria se reporto sin depresión. Por otra parte mencionaremos que los pacientes con escolaridad universitaria representaron el 11 % de la población total de los cuales el 6 % presento depresión leve, el 4 % de esta presento depresión moderada, el 0.5 % con presencia de depresión severa, por ultimo es de resaltar que ningún paciente con escolaridad de universidad se reporto sin depresión estos resultados son estadísticamente significativo con una Chi cuadrada de 59,509 lo que demostró que es estadísticamente significativo y que si hay asociación entre escolaridad y depresión.

En lo referente a la relación de depresión con edad se observa que el grupo de 18 a 23 años es el mas afectado con un 36 % del total de la población de los cuales el 14 % presenta depresión leve, 8.5 % depresión moderada, el 10.5 % con depresión severa y el 3 % sin depresión. Le sigue el grupo de 24-29 años con el 19 % de la población de los cuales corresponde al 7 % cursar con depresión leve, la depresión moderada presento un 4 % de prevalecía, la depresión severa presento una prevalecía de 2 %, al igual que los pacientes sin depresión. El grupo de 30-35 años nos represento el 16 % de la población total en estudio de los cuales el 4.5 % presento depresión leve al igual que el grupo de depresión moderada, por otra parte la depresión severa y los paciente sin depresión representaron el 3.5 % respectivamente para cada grupo. El grupo de 36 a 41 años nos represento el 14.5 % de nuestra población, de los cuales el 3.5 % cursan con depresión leve, el 4 % con depresión moderada, el 4.5 % con

depresión severa y solamente el 2.5 % están asintomático. El Grupo de 42 a 47 años tienen una equivalencia del 8.5 % del total de la población, de los cuales el 1.5 % cursan con depresión leve, el 2 % con depresión moderada, el 3 % con depresión severa, y solamente el 2 % cursan sin depresión. El grupo de 48-53 años tienen el 6.5 % de la población total de los cuales el 1.5 % presentan depresión leve, el 2.5 % con depresión severa al igual que los pacientes sin depresión. Por último el grupo de 54-70 años nos representa solamente el 3.5 % del total, de los cuales el 1 % tienen depresión leve, el 0.5 % depresión moderada, el 1 % depresión severa al igual que los paciente sin depresión. Esto no es significativamente estadístico, por lo cual podemos inferir que no hay asociación entre depresión y edad.

Por último en cuanto a la prevalencia del tipo de depresión se encontró que, el 33 % de la población cursa con depresión leve, el 23.5 % cursa con depresión moderada, el 27 % de la población cursa con depresión severa y el 16.5 % de nuestra población total esta sin depresión.

DISCUSION

Sin duda alguna uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes como la depresión es un padecimiento que el medico familiar enfrenta cotidianamente. La depresión es la entidad psiquiatrica que mas se observa en el primer nivel de atención medica, a pesar de su alta prevaecía los médicos de atención primaria no la diagnostican en el 50 % de los casos. Se relaciona con la sobre utilización de los servicios médicos, la amplificación de los síntomas, las alteraciones funcionales, la falta de cooperación de los pacientes y el aumento de la mortalidad y morbilidad. Como no es frecuente que el medico de atención primaria la diagnostique, se prolonga el sufrimiento del paciente y aumenta el riesgo de iatrogenia. El objetivo de este estudio fue conocer la prevaecía de la depresión así como el hecho de ver que sexo era el más afectado, dado que la literatura reporta mayor incidencia en las mujeres y que se presentan con más frecuencia en pacientes ancianos.

En este estudio se encontró que del total de pacientes, el sexo femenino predomino con el 76%, de estas 54.5 % cursan con algún tipo de depresión, las cuales en la mayoría de la veces no las diagnostican y solamente el 21.5 % de las pacientes del sexo femenino se encuentran sin depresión, en relación a los hombres estos representaron el 24 % del total, y de estos, solamente el 12.5 % presentaron algún tipo de depresión, por lo cual se muestra que la prevaecía de depresión es de 2 : 1 para el sexo femenino igual que la reportada en otros estudios, como los de Elkin y cols, así como también el reportado por Caraveo y Cols, realizado en la ciudad de México.

En cuanto a la edad se encontró que el grupo mas afectado fue el de los adultos jóvenes con edades de 18 a 23 años los que representaron el 36 % de la población, de los cuales el 33 % presento algún tipo de depresión, aunque hay que resaltar que de los 18-47 años se presentaron 162 pacientes con algún tipo de depresión (81% de los casos), este resultado es similar al reportado por Elkin

y colaboradores.

En el rubro del estado civil se encontró que las personas casadas representaron el 55 % del total de las cuales el 46.5 % presentaron algún tipo de depresión, esto difiere a otros estudios que reportan mayor prevalencia en personas que refieren alguna pérdida de alguna familiar cercano o en su caso personas con antecedentes de separación de su pareja. Por otra parte también observamos que las pacientes que se dedicaban a labores del hogar son las que presentaron mayor prevalencia de depresión con el 45 % del total y tuvo mayor prevalencia la depresión severa, es de recalcar la importancia de este rubro dado que la depresión en mujeres que se dedican a las labores del hogar pudiera ser multifactorial y estar condicionada a la relación de pareja, número de hijos, nivel socioeconómico, nivel de vida, alcoholismo, disfuncionalidad familiar etc. La escolaridad nos señaló que a menor escolaridad mayor probabilidad de depresión dado que en nuestro grupo de estudio se observó que los pacientes que cursaron solo primaria y secundaria representaron el 42.5 % del total de depresión para nuestra población estudiada y la mayor prevalencia la tuvo la depresión severa con el 20 %, en tanto que los pacientes sin depresión representaron el 14.5 % de nuestra población.

La prevalencia del síndrome depresivo en los pacientes de consulta ambulatoria de atención primaria es alta, los valores difieren según cual sea el criterio diagnóstico, la población asistida y el método de detección. Se han reportado valores de prevalencia de síntomas de depresión de 17.2 % Barret, 17.1 % Callahan, 17,8 % Mc Crea, 17.8 % Neal, 20 % Koenig. Lo cual está acorde con los resultados encontrados en nuestro estudio el cual nos muestra una prevalencia para depresión leve del 33 %, depresión moderada del 23.5 % y depresión severa del 27 %. Los médicos de atención primaria consideramos en ocasiones, que los problemas psicosociales no entran en nuestro campo profesional. Sin embargo estudios realizados en consultorios de atención primaria muestran que el 25 al 75 % de los pacientes encuentran como causa precipitante de su consulta, motivos psicosociales antes que problemas

biomédicos. En muchas ocasiones los pacientes consultan por síntomas físicos que carecen de una causa orgánica que lo explique incluso luego de numerosos y costosos estudios diagnósticos y pruebas terapéuticas. Estos síntomas son frecuentemente manifestaciones de desordenes psiquiátricos potencialmente tratables particularmente depresión y ansiedad. Por otro lado los pacientes y en particular los ancianos prefieren consultar a su médico de atención primaria antes que los poseedores de la salud mental.

CONCLUSIONES

De los sujetos con depresión, el 80 % ó más, consultan al médico de atención primaria (medico familiar o general), no al psiquiatra. El medico de atención primaria no hace el diagnostico en el 50 a 75 % de los pacientes con depresión. Esto en parte por la carencia de conocimientos del medico de atención primaria para realizar un adecuado diagnostico: que preguntas realizar, como evaluar esa información, que criterios utilizar para el diagnostico. Por otro, el escaso tiempo de que se dispone en una practica clínica cada vez más compleja. Los médicos de atención primaria consideramos en ocasiones, que los problemas psicosociales no entran dentro de nuestro campo profesional.

Los resultados encontrados en el presente trabajo dan cuenta de que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes que acuden a consulta de Medicina Familiar al Centro de Salud Urbano de Cárdenas. El sexo femenino es el más afectado, resultado similar al de otros trabajos, una de las probables interrogantes, para investigaciones posteriores seria el ver, por que las mujeres se deprimen más que los hombres, algunas probables respuestas serian por el tipo de sociedad en la cual vivimos, los roles de cada sexo, las menores oportunidades que tienen para desarrollarse en el ámbito laboral, el papel de madres y mucha veces responsables del funcionamiento de la casa. Por otra parte vemos que se están deprimiendo más los adultos jóvenes caso similar a lo reportado en otros estudios y aquí vuelve a surgir la interrogante ¿Por qué?, y básicamente se trata del grupo de jóvenes económicamente activos en los cuales predomino la depresión leve y los cuales difícilmente acuden a la consulta de medicina familiar por esta tipo de sintomatología, corresponde a nosotros los medico familiares el indagar en algún momento de la consulta sobre este tipo de cuestiones. La población con más prevalencia de depresión fue la dedicada a las

labores del hogar y aquí no es difícil dilucidar que son en su totalidad las mujeres las cuales cumplen con el rol de madres, esposas y quienes velan por el cuidado del hogar, quienes no reciben remuneración económica, por un atrabajo arduo y las muchas de las veces poco valorado. Es también revelante mencionar la asociación que tienen la depresión con en nivel de escolaridad, ya que encontramos que las personas con menor nivel de escolaridad, tienen mayores probabilidades de cursar con depresión, dado que sus expectativas de una mejor calidad de vida probablemente se ven reducidas esto conlleva a una menor satisfacción en cuanto a la calidad de vida se refiere para el individuo y su familia. En cuanto a la frecuencia observamos que existe mayor prevalencia de depresión leve la cual la mucha de las veces no son diagnosticadas y mucho menos tratadas lo cual conlleva a ser portadores crónicos de la misma ocasionando con bastante frecuencia alteraciones en el medio biopsicosocial en el cual se desarrolla el individuo. Por otra parte seria adecuado comparar la prevalencia de depresión con los de otros centros de atención primaria a la salud.

RECOMENDACIONES

La depresión es un problema de salud pública, es muy frecuente en nuestro medio, desgraciadamente es sub diagnosticada o en el peor de los casos no diagnosticada, dado que la mayoría de nosotros los médicos de atención primaria, por lo general no estamos capacitados, dado que básicamente nos enfocamos en el individuo como un ente biológico y no como un ser biopsicosocial en el cual están inmerso e influye el medio en el cual se desenvuelve. Considero importante que se capacite a los médicos de atención primaria en todo lo relacionado al diagnóstico, tratamiento, pronóstico así como el que pudieran contar con la ayuda de un equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, trabajo social), para un mejor pronóstico terapéutico. Por otra parte considero que desde nuestra perspectiva de médicos de primer nivel de atención debemos enfocar nuestras acciones hacia la prevención de esta enfermedad y sería básicamente a detectar a aquellos pacientes que puedan tener factores de riesgo para esta patología la mayoría de la veces silenciosa, debemos hacer honor a nuestro lema de médicos familiares comunitarios e inmiscuirnos dentro de esta. Es importante que sepamos diagnosticar y manejar y canalizar a tiempo a este tipo de pacientes dado que de alguna manera podremos contribuir a mejorar el nivel de vida de la población afectada y porque no, evitar en algunos casos situaciones trágicas pero cada vez mas frecuentes en nuestro medio como es la depresión como condicionante del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- G. David Elkin, *Psiquiatría Clínica*, editorial Me Graw Hill , Primera edición, pag. 64-85 AÑO 2004.
- 2.- J. Halabe, A. Lifshitz, J. López Barcena y cols. *El internista*, editorial Me Graw Hill, Primera edición Pág. 780-785, 1997
- 3.- De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20 (7):389-94.
- 4.- Spitzer R, Williams JD, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing Mental Disorders in Primary Care. *JAMA* 2009; 272: 1749-1756.
5. - Zung WWK , Magil Met al. Recognition and Treatment of Depression in a Family Medicine Practice. *Journal Clinic Psychiatry*, 2003; 44: 3-6
- 6.- Wayne W. Daniel, *bioestadística*, editorial Noriega, tercera edición Pág. 459-500, 2001.
- 7.- Caraveo A. J. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* Vol. 5, No 3, 1982.
- 8.- J. P. Feighner, W. F. Boyer . *Perspectivas en Psiquiatría*. Vol. 2 Diagnóstico de la Depresión. Ed. Wiley. 1991. England.
- 9.- Angst J. Epidemiología de los Trastornos Afectivos. *Salud Mental*. Vol. 15, No 2, Junio de 1992.

- 10.- Alonso Fernández Francisco. La Depresión y su Diagnóstico. Ed. Labor, primera edición, Barcelona España. 1988.
- 11.- De la Fuente R. La Patología Mental y su Terapéutica. Fondo de Cultura Económica. Primera edición 1997: Pág. 195-198.
12. - McCrea D; Arnold E; Marchevsky B; Kaufinan BM. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients. Age and Ageing 1994; 23:465-467.
- 13.- Callahan CM, Hendrie HC, Dittus R, Brater DC et al. Improving treatment of late depression in primary care. J Am Geriatric. Soc 2004;42: 839-846.
- 14.- Casal E, Vázquez E, Payanas R y Oréese C. Motivos de consulta en medicina Interna general. Revista del Hospital de Clínicas "José de San Martín" 6:35, 1992.
- 15.- Zung W. W. K. A self-rating Depresión scale, Arch. Gen. Psychiatry, 12:63, 1965
16. - Zung, W.W.K. Richards, C.B. y Swhort, M. J. Self- rating Depresión scale, in an out patient clinic. Arch. Gen. Psychiatry. 13: 508, 1965.
17. - Silver FW, Ruckle JL. Depression: management techniques in primary care. Post Med 2005, 85: 359-366.
- 18.- Muñoz RF, Hollon SD, McGrath E et al. Qn the AH CPR depression in primary care guidelines. Am psychologist, 2003, 49: 42-61.
- 19.- Lista Várela Álvaro, Boussard María, Labarthe Adriana y cols; La depresión en el escenario del médico general e internista; ed. Pfizer corporation s.a., primera edición, 2000, Pág. 1-78.
- 20.- Berlanga C. La comorbilidad de los trastornos depresivos. Salud mental VI6, No 1, Marzo de 2003.

A N E X O S

GRAFICO 1

Se observó que la relación de depresión con sexo nos indica que la población estudiada del sexo masculino presento depresión leve en el 27.08% de los casos. La depresión moderada se presento en el 20.83 % de los casos. La depresión severa se presento en el 4.17%, y el resto que correspondería a la población normal el 47.92%

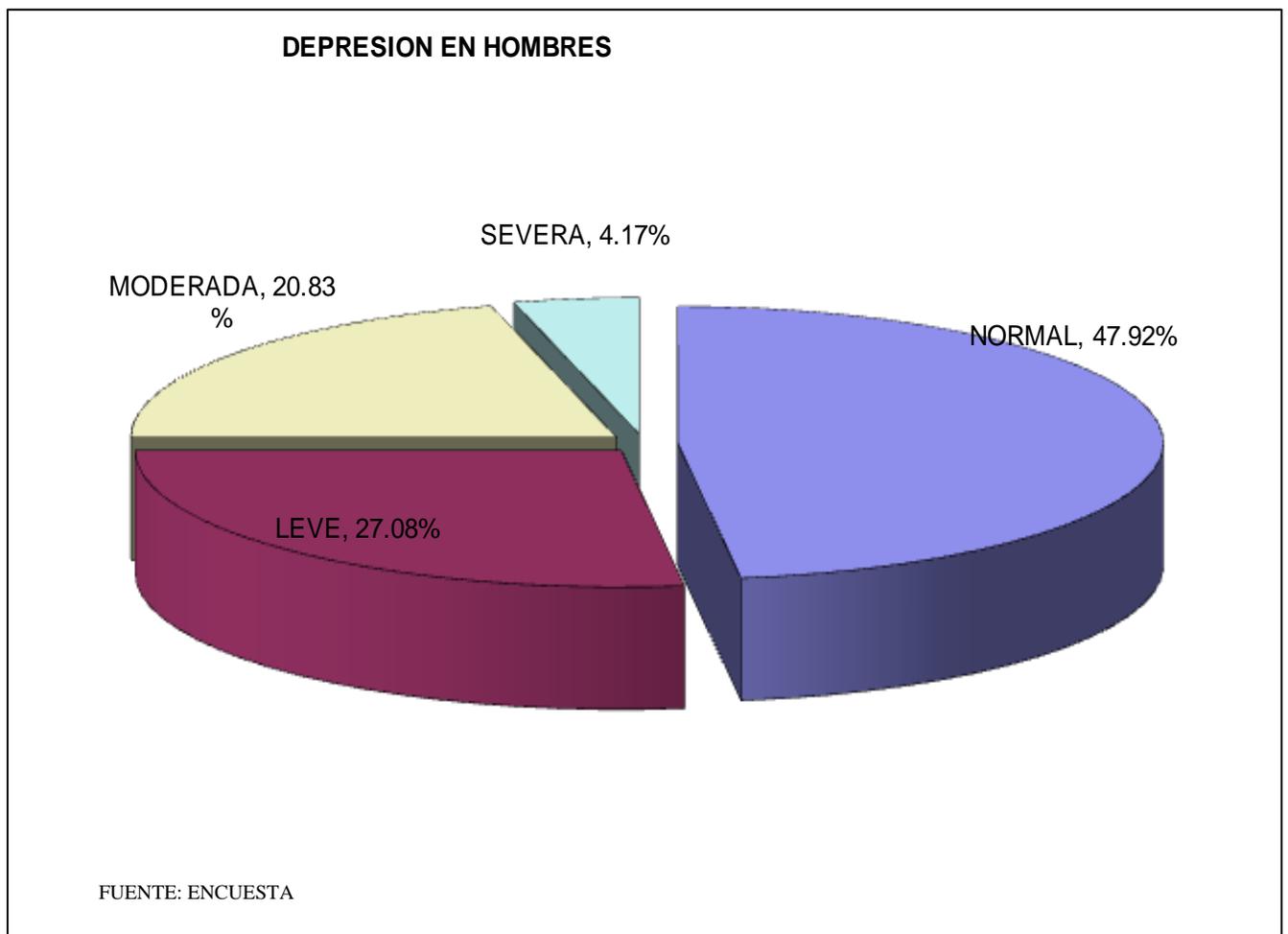


GRAFICO 2

En cuanto a la asociación de depresión con el estado civil podemos observar que la depresión represento el 33% del total de la población estudiada de los cuales el 32.65 % eran casados, en tanto que las personas en unión libre representaron únicamente el 12.24 % de total de la población estudiada, las personas solteras representaron el 55.1 % del total.

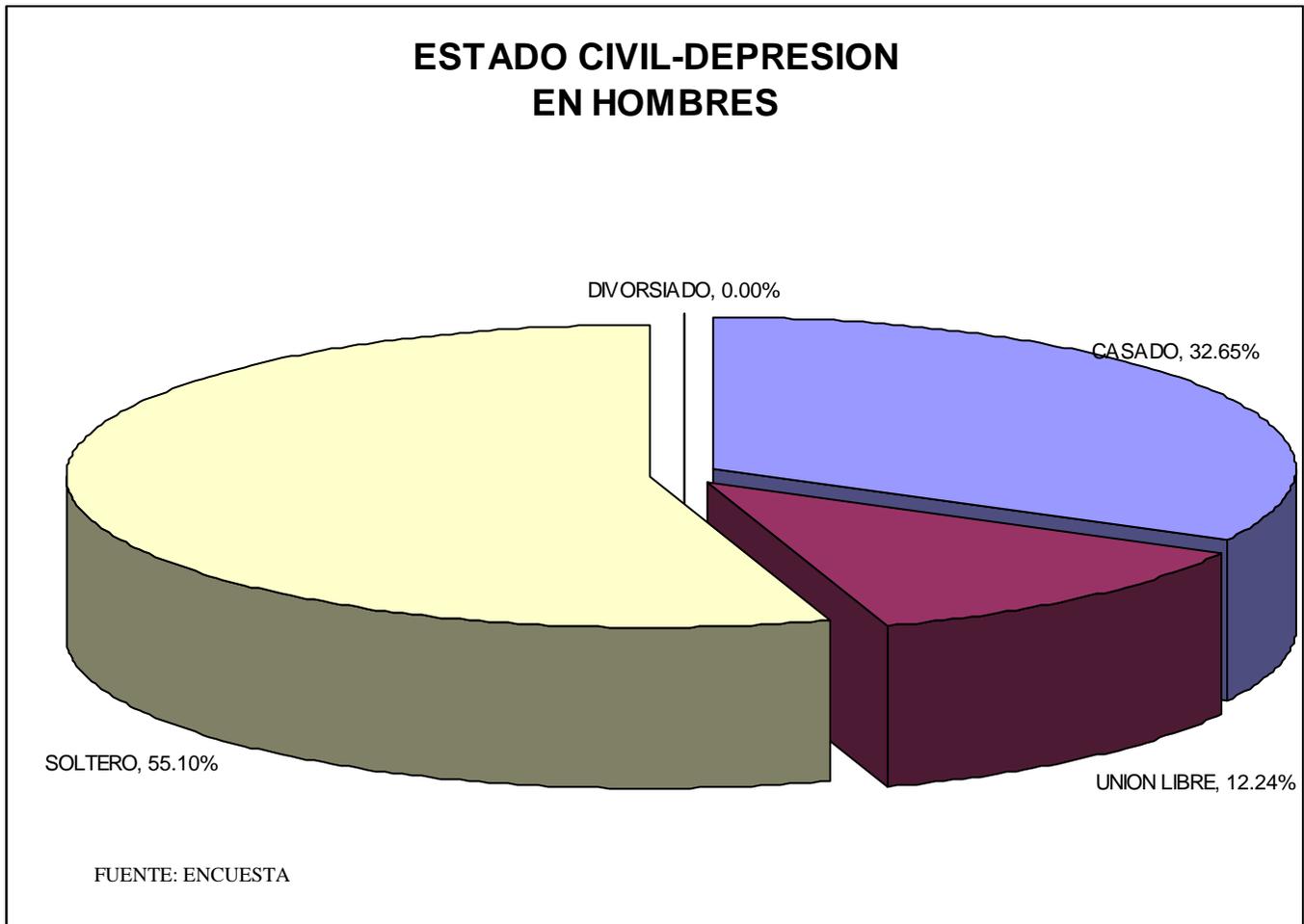


GRAFICO 3

Al relacionar la depresión con la ocupación de los pacientes encuestados encontramos que en mayor porcentaje de presencia se presentó el rubro de estudiantes en un 33.33% aunado al grupo de obreros en 33.33%, seguidos del grupo de carrera técnica con 12.5%, posteriormente el grupo de profesionistas con 8.33%, encontrándose afectados el rubro de comerciantes en un 6.25% y el de servidores públicos en 4.17% y finalmente el grupo con menor afectación fue el de los campesinos en 2.08%.

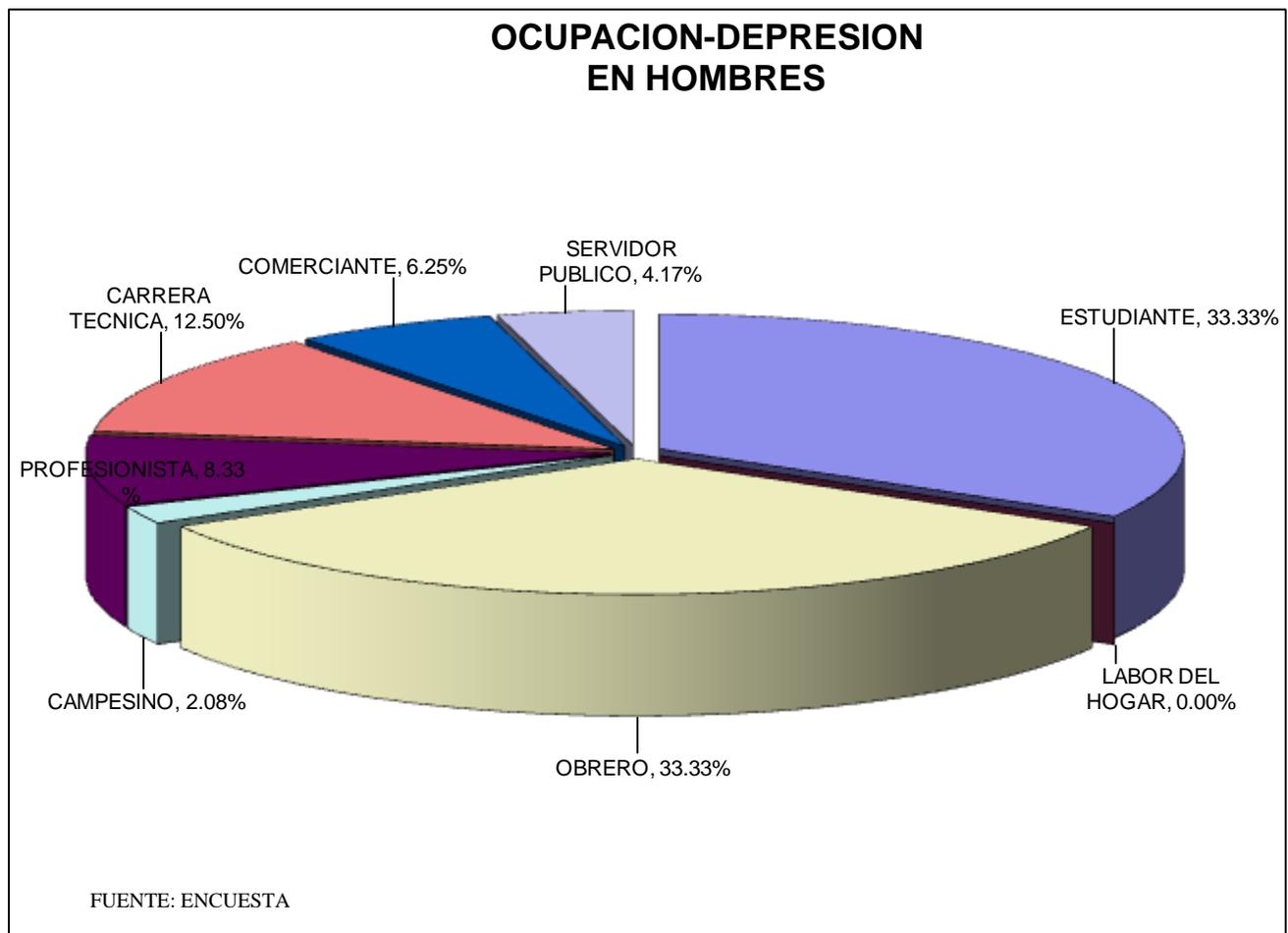


GRAFICO 4

En cuanto al impacto de la depresión por grupo etario en el sexo masculino encontramos que el mayormente afectado fueron los grupos de los 18-23 y 24-29 años con un 25.93% ambos, seguidos de los grupos de 30-35 y 48-53 años de edad mismos con un 14.81% posteriormente los grupos de 36 a 41 y 42 a 47 años de edad con un 7.41%, finalmente el grupo de 54-70 años con un 3.7 %

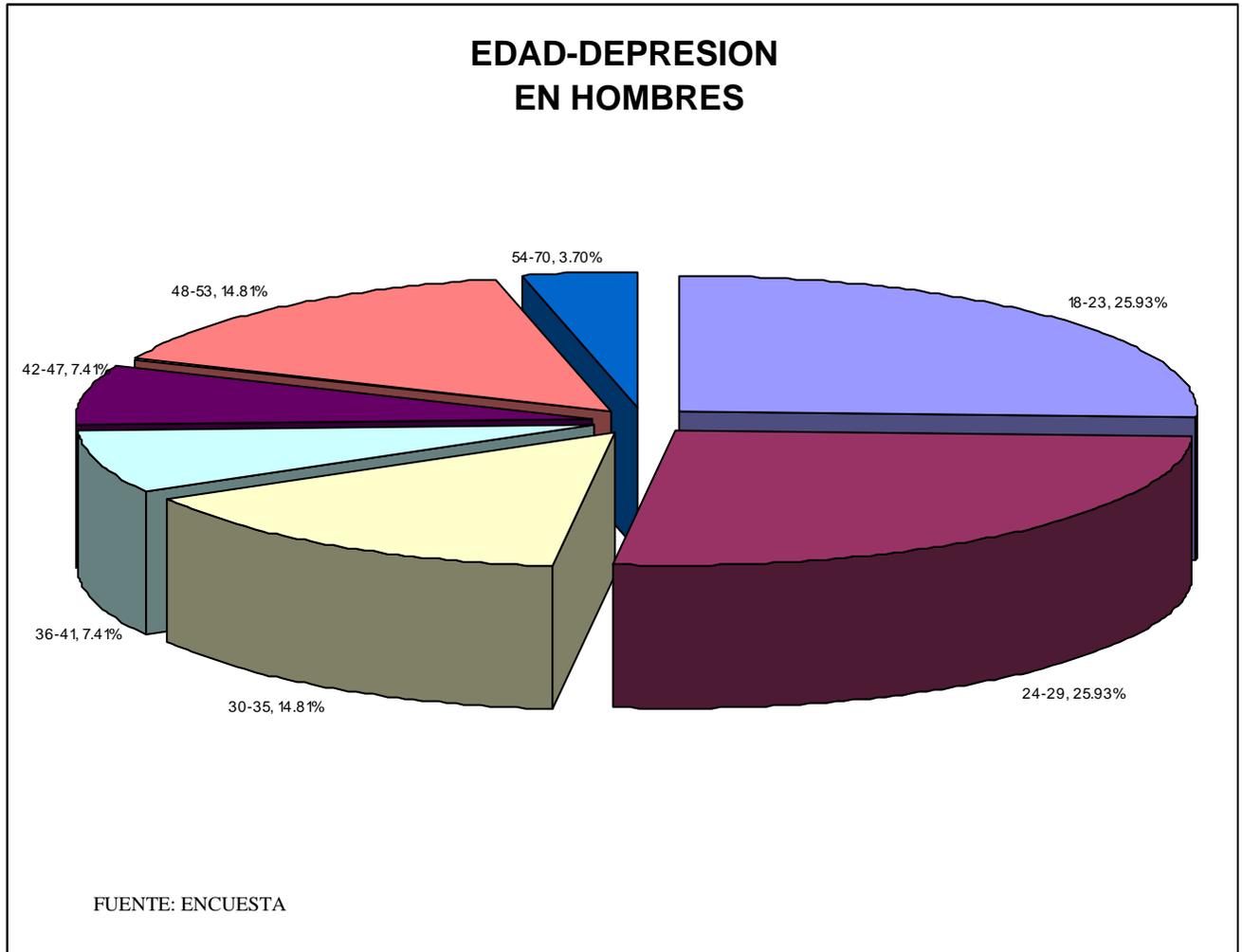


GRAFICO 5

La relación escolaridad depresión en el sexo masculino se observo de la siguiente manera: el mayor porcentaje que fue 35.42% para los hombres con preparatoria terminada, seguidos por los de secundaria con un 27.08%, posteriormente los de licenciatura con un 22.92% y finalmente primaria con 14.58%

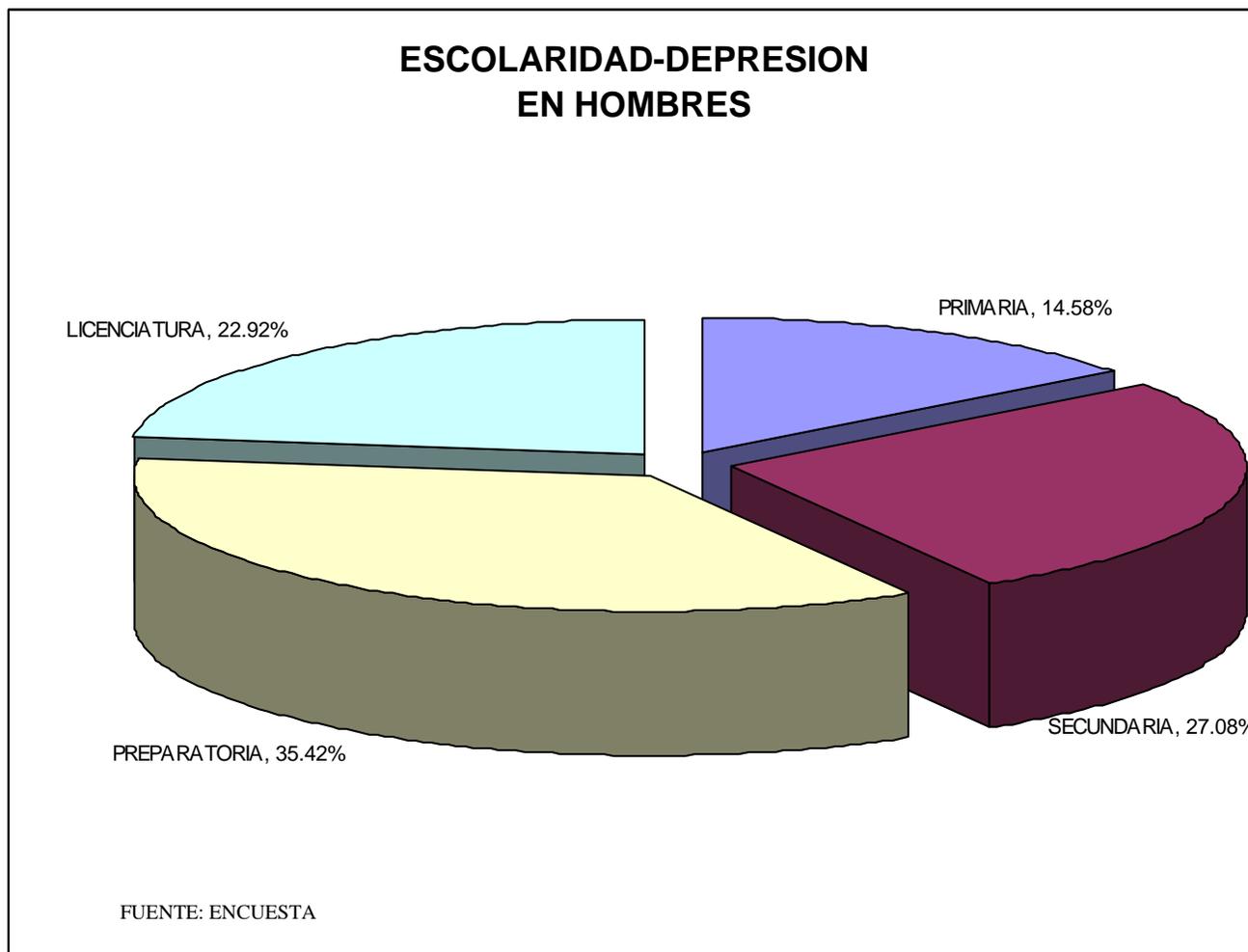


GRAFICO 6

Se pudo observar que la relación de depresión con sexo nos indica que la población estudiada del sexo femenino presento depresión leve en el 22.37% de los casos. La depresión moderada se presento en el 28.95% de los casos. La depresión severa se presento en el 20.39%. Y el resto que correspondería a la población normal el 28.29%

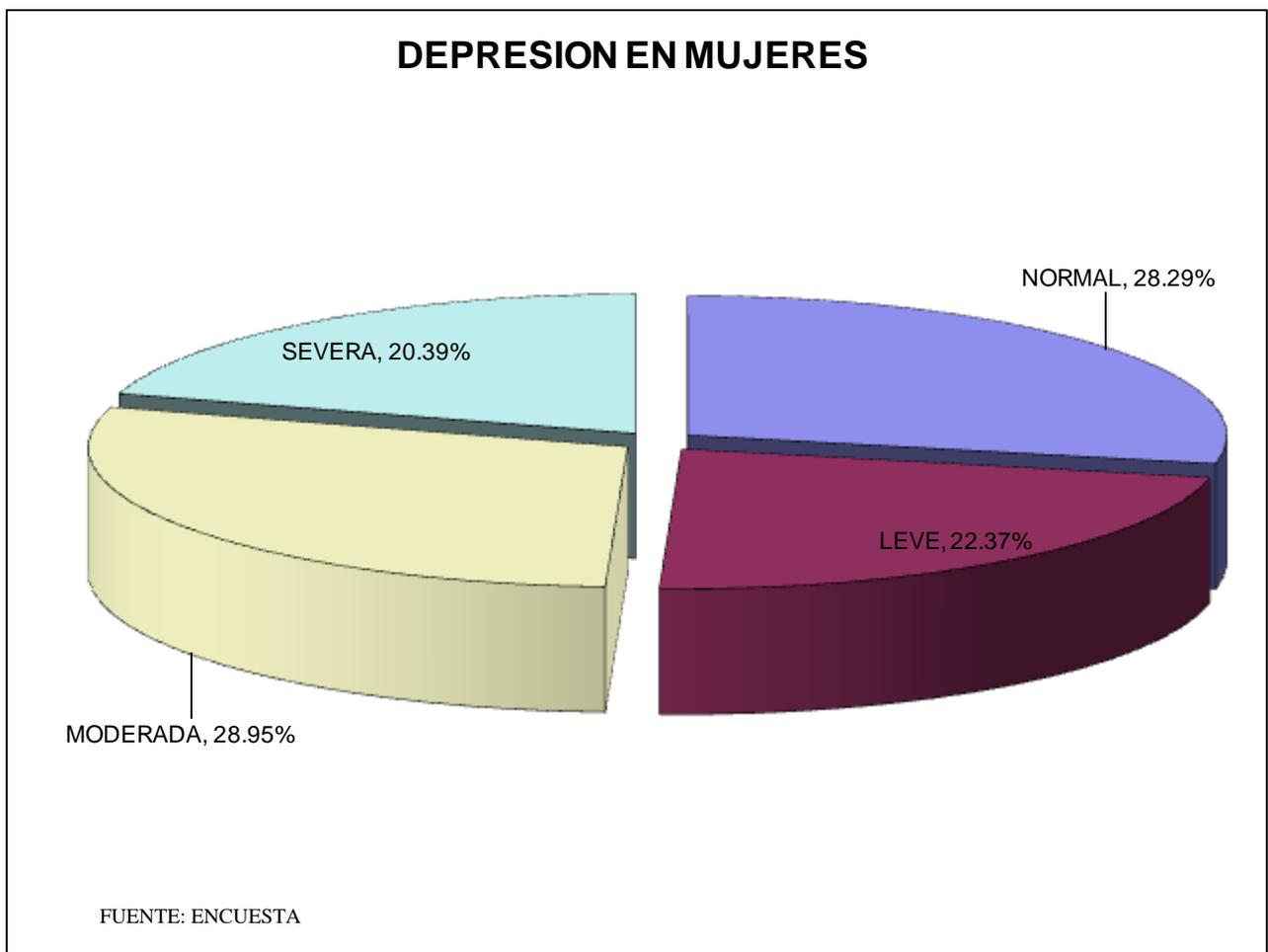


GRAFICO 7

En cuanto a la asociación de depresión con el estado civil podemos observar que la depresión represento el 67% del total de la población estudiada de los cuales el 61.84 % eran casados, en tanto que las personas en unión libre representaron únicamente el 10.53 % de total de la población estudiada, las personas solteras representaron el 25.0 % del total y divorciadas el 2.63%.

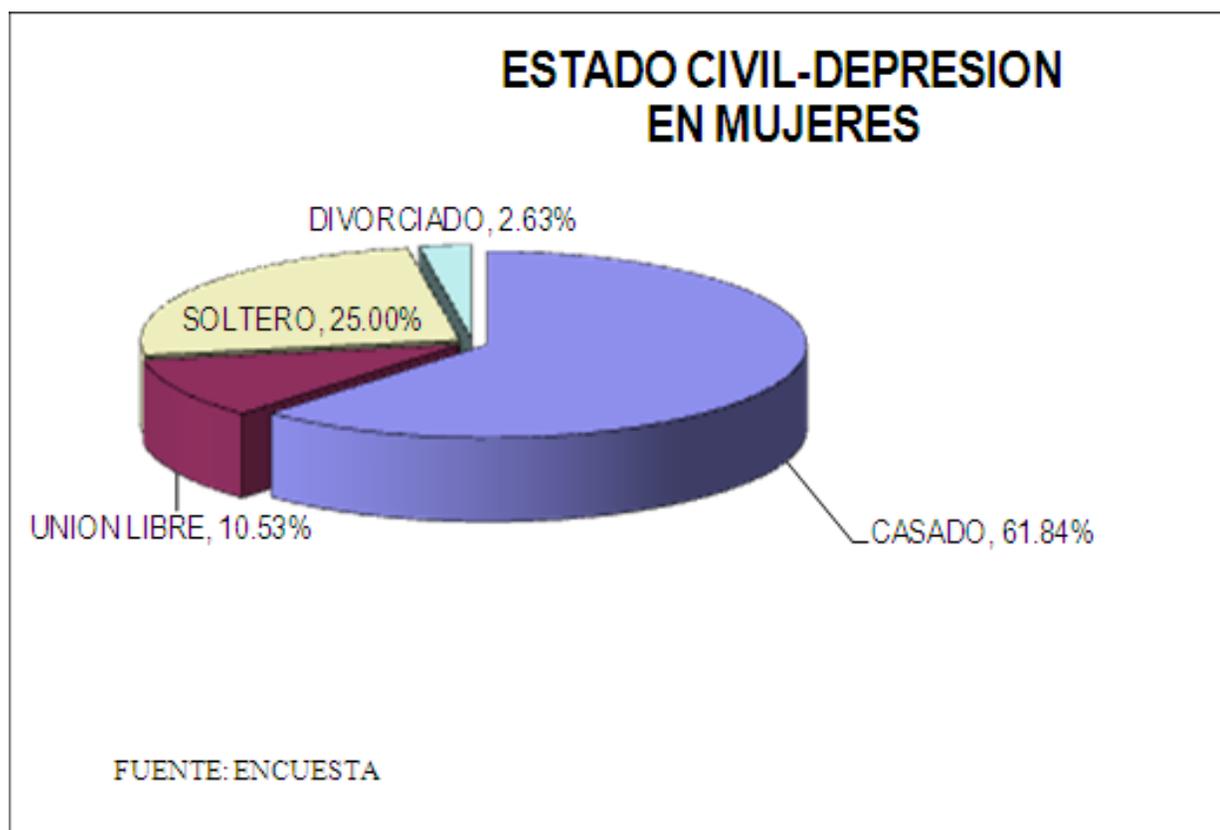


GRAFICO 8

Al relacionar la depresión con la ocupación de los pacientes encuestados encontramos que en mayor porcentaje de presencia se presentó el rubro de labores del hogar con un 76.32%, seguido de estudiantes en un 9.87%, seguidos del grupo de obreros con 9.21% y posteriormente el grupo de profesionistas con 1.97% finalmente los rubros de carrera técnica y comerciantes con 1.32%.

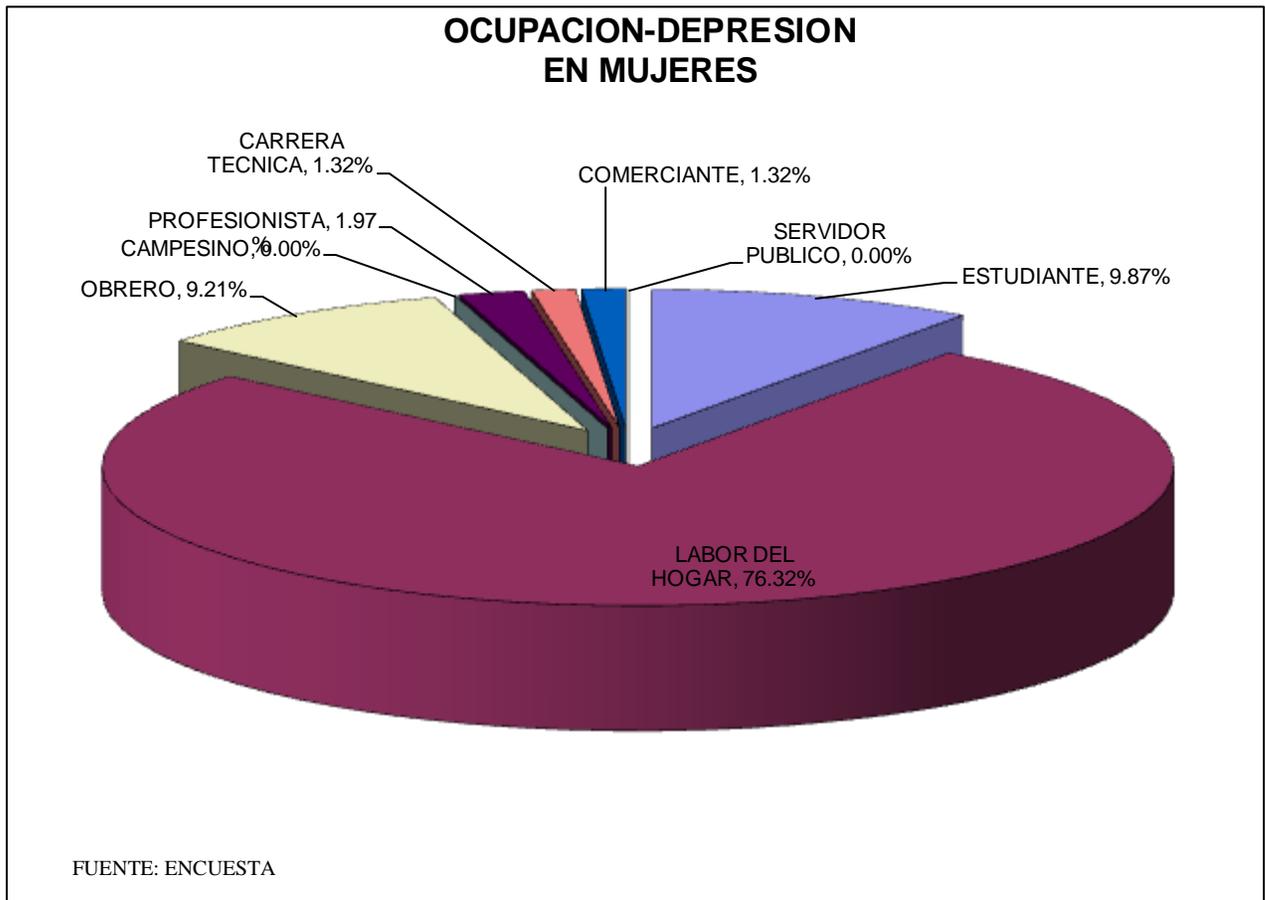


GRAFICO 9

En cuanto al impacto de la depresión por grupo etario en el sexo Femenino encontramos que el mayormente afectado fue el grupo de los 18-23 años con un 30.25%, seguidas del grupos de 30-35 de edad con un 19.08% posteriormente el grupo de 24 a 29 con 17.10%, seguido del grupo de 36 a 41 con 13.16% y 42 a 47 años de edad con un 9.83%, además el grupo de 48 a 53 años de edad con 7.24% y finalmente el grupo de 54-70 años con un 3.29 %

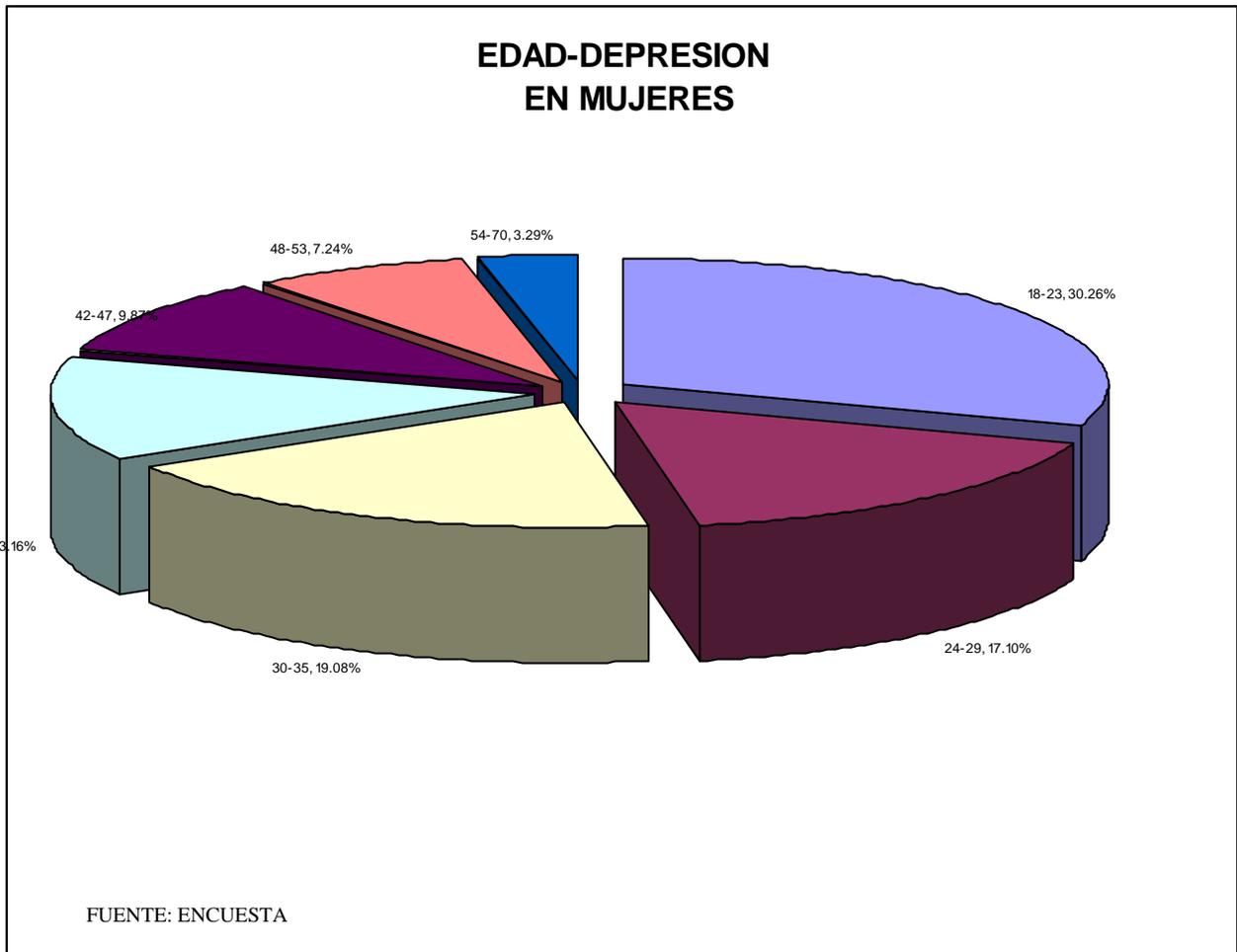
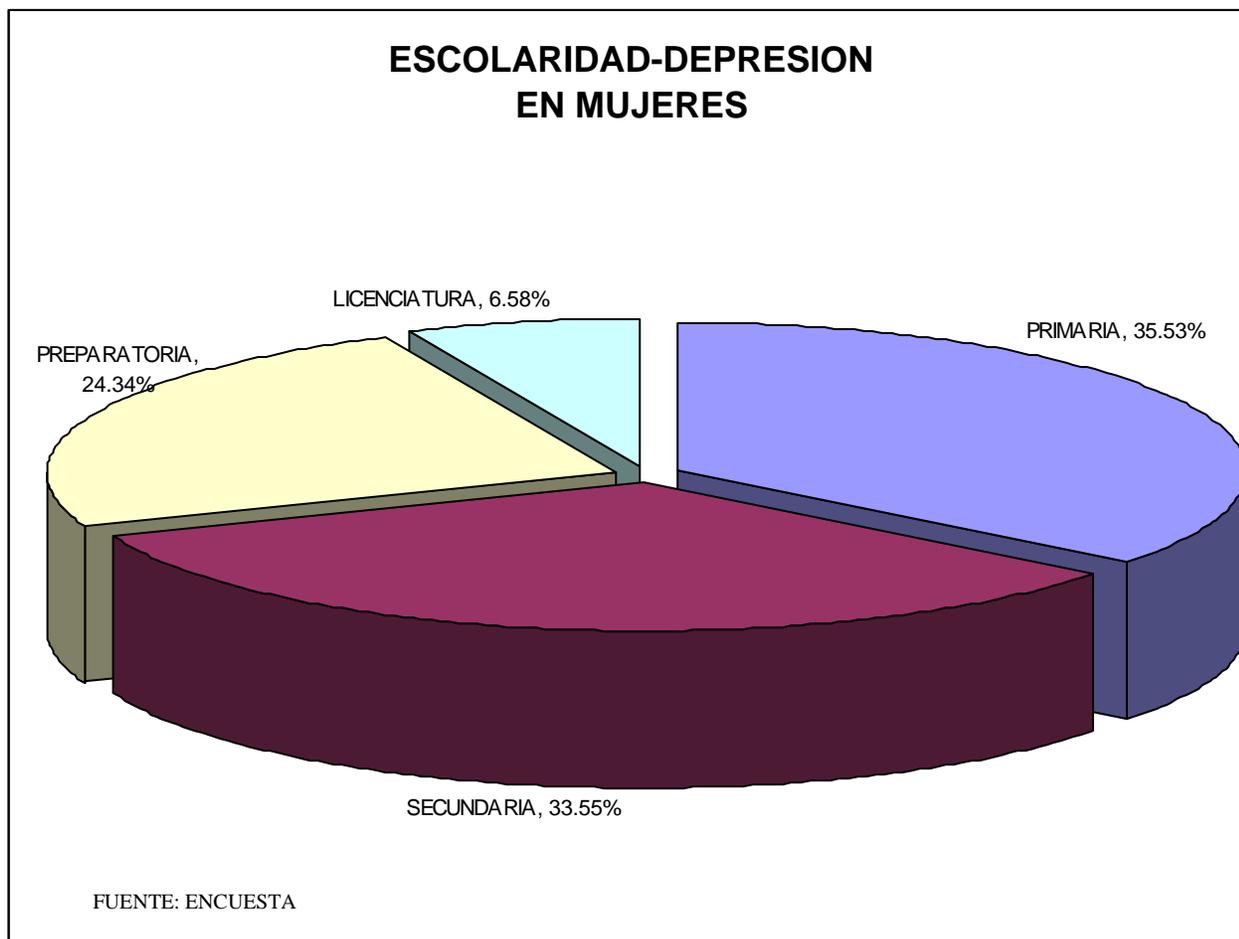


GRAFICO 10

La relación escolaridad depresión en el sexo femenino se observo de la siguiente manera: el mayor porcentaje que fue 35.53% para las damas con primaria completa, seguidos por las de secundaria con un 33.55%, posteriormente las de preparatoria 24.34%, y finalmente la licenciatura con un 6.58%



ESCALA DE DEPRESIÓN 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
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE			
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO			
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR			
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE			
5. COMO IGUAL QUE ANTES			
6. DISFRUTÉ AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES Y HOMBRES ATRACTIVOS			
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO			
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO			
9. MI CORAZÓN LATE MAS RÁPIDO DE LO ACOSTUMBRADO			
10. ME CANSO SIN MOTIVO			
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE			
12. ME RESULTA FÁCIL HACER TODO LO QUE SOLÍA HACER			
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO			
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO			
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE			
16. TOMO LAS DECISIONES FÁCILMENTE			
17. SIENTO QUE SOY ÚTIL Y NECESARIO			
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA			
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SIN MI SI ESTUVIESE MUERTO			
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA			

MUY POCAS VECES -1 PUNTO, ALGUNAS VECES = 2 PUNTOS, MUCHAS VECES = 3 PUNTOS, LA MAYORÍA DE LAS VECES = 4 PUNTOS

FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

ESCOLARIDAD: