



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“IDENTIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS EN EL H.G.Z./U.M.F. No 8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARIANA LÓPEZ DELGADO

ASESOR:

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
PROFESOR TITULAR RESIDENCIA MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ENCARGADO DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION HGZ/UMF No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.**

CD. DE MEXICO, D. F. FEBRERO 2010.



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.

IDENTIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS EN EL H.G.Z./U.M.F. No 8

Autores: Dra. López Delgado, Mariana. Dr. Espinoza Anrubio, Gilberto.
Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8 Gilberto Flores Izquierdo. Col Tizapan la Hormiga. Mexico D.F.

Objetivos: *General.*- Identificar la magnitud del problema de salud que representa el no diagnosticar oportunamente los trastornos depresivos, para proponer medidas que nos ayuden a disminuir el subdiagnostico existente. *Específico.*- Identificar la frecuencia de Trastorno depresivos en pacientes no diagnosticados en la consulta de primer nivel.

Material y Métodos: *Tipo de estudio:* Cuantitativo, prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, no comparativo. *Población, lugar y tiempo.*- Usuarios que acuden a consulta de Medicina Familiar en la UMF No 8 *Muestra.*- Muestra: 239 pacientes con intervalo de confianza de 95%, proporción 0.10, amplitud total del intervalo de confianza 0.05. *Criterios de inclusión.*- Ambos sexos, 18 a 65 años, saber leer y escribir. *Exclusión.*- negativa a firmar el consentimiento informado, en tratamiento con medicamentos antidepresivos, diagnostico previo de depresión o distimia. *Eliminación.*- los que durante la aplicación del cuestionario decidieron suspender, cuestionarios incompletos, problemas para comprender las preguntas. *Variables.*- Trastornos depresivo, Tipo de trastorno depresivo, Severidad de la depresión, Sexo, Edad, Estado civil, Escolaridad, Situación laboral. *Instrumento de recolección de datos.*- PRIME MD PHQ9.

Resultados: Se estudiaron 119 (49.7%) masculinos y 120 (50.3%) femeninos, el rango de edad más frecuente se encuentra entre 45 a 64 (31.8%). De los 239 pacientes estudiados, 25 (10.5%) presentaron algún trastorno depresivo de los cuales 7 (28%) presentaron trastorno depresivo mayor y 18 (72%) Otro trastorno depresivo. Más frecuente en mujeres 72%, en edades entre los 45 y 64 años (40%), estado civil separado/ divorciado 24%. La ocupación que se relacionó con más frecuencia al trastorno depresivo fue 12 (48%) pacientes que se dedican al hogar, seguida de 9 (36%) pacientes con trabajo fijo.

Conclusión: La frecuencia de trastorno depresivo en pacientes no diagnosticados que acuden al H.G.Z./U.M.F. No 8 es similar a la reportada en la literatura, encontrándose diferencias en relación con las variables sociodemograficas dadas por el tipo de población que acude a esta institución de salud.

Palabras clave: Frecuencia depresión, Depresión no diagnosticada.

**IDENTIFICACIÓN DE LA
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS
EN EL H.G.Z./U.M.F. No 8**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Médico Familiar

Encargado de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

HGZ/UMF No.8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar

Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8

Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Asesor metodológico de tesis

Índice

Marco teórico.....	7
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
Material y método.....	15
Tipo de estudio.....	15
Diseño de investigación.....	16
Población, lugar y tiempo.....	17
Muestra.....	18
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	19
Variables.....	20
Definición conceptual y operacional.....	21
Diseño estadístico.....	24
Instrumento de recolección de datos.....	25
Método de recolección de datos.....	26
Maniobras para evitar o controlar sesgos.....	27
Cronograma.....	28
Recursos financieros y factibilidad.....	29
Consideraciones éticas.....	30
Resultados.....	31
Gráficos.....	33
Discusión.....	40
Conclusiones.....	40
Referencias bibliográficas.....	42
Anexos.....	44

Marco teórico

Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud en el 2001, dedicó su reporte anual “Report Health Reserch” a la salud mental y dentro de los resultados más importantes proyecta que para el 2020 la depresión unipolar será la segunda enfermedad más costosa a nivel mundial y los trastornos psiquiátricos y neurológicos se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15% de la carga total de discapacidad. En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son nueropsiquiátricas y la depresión se encuentra en el segundo lugar, después de la esquizofrenia. Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores. A pesar de grandes esfuerzos la atención sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la de la medicina general. Sin embargo su detección, tratamiento o referencia a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable. En la Ciudad de México, Careveo y cols. documentaron que tan sólo el 20% de las personas con un trastorno depresivo mayor buscaban algún tipo de atención especializada. (1)

En un estudio mexicano, Lara Muñoz y cols, reportaron que la depresión es el tercer trastorno psiquiátrico que produce los niveles más elevados de discapacidad, así como la que tiene el mayor impacto en el área laboral. Subrayando también que los días perdidos por enfermedades crónicas fueron menos que los que se perdieron por depresión. Las repercusiones familiares, laborales y socioeconómicas son evidentes. La calidad de vida del individuo y de su familia se ve afectada habitualmente, con la inevitable pérdida de productividad laboral. (2)

La prevalencia nacional de depresión reportada en la literatura va de 4.5% a 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica. La literatura mundial concuerda en que el riesgo de padecer esta alteración a lo largo de la vida se sitúa entre el 3 y el 12 % (3) (4)

Existe una serie de variables sociodemográficas que se asocian de forma significativa al desarrollo de cuadros depresivos, por ejemplo, el sexo la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico se han asociado consistentemente con este padecimiento. Bello y cols. encontraron que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, en los hombres se incrementa en áreas rurales y disminuye en zonas urbanas. En relación con el estado civil se ha observado que las personas casadas gozan de mejor salud mental que las solteras. Así mismo se ha señalado que las personas viudas o divorciadas tienen un mayor número de problemas psicológicos. Diversos autores señalan que los problemas depresivos se asocian con un nivel de ingresos bajos. Berenzon Gorn y cols. reportaron que la prevalencia más alta se presentó en mujeres, así

como entre las personas que sufrieron una pérdida o ruptura familiar, sobre todo aquellos que perdieron a su pareja y en la población con menos recursos económicos.(5)

Es interesante mencionar que dentro de su estudio los hombres que nunca se han casado presentan prevalencias ligeramente más bajas que los que tienen pareja, al contrario que las mujeres; las solteras presentaron muchos más problemas depresivos que las casadas. Particularmente en el caso de las mujeres, los trastornos depresivos tienen que ver con la falta de pareja y situaciones económicas desfavorables, como un ingreso económico familiar bajo, familias numerosas y extensas, así como cuestiones de responsabilidad y cumplimiento de roles sociales como el ser jefe de familia. (5) (6)

En cuanto a la actitud ante el trastorno mental y la búsqueda de atención médica o psicológica, la literatura concuerda en que la población general tiene sentimientos ambivalentes al acceder ser tratados o al solicitar ayuda, puesto que puede conllevar el riesgo de exclusión social. Se ha visto que las mujeres en poblaciones urbanas acuden a solicitar la atención cuando es para sus hijos, en cuanto a solicitarla para ellas mismas generalmente lo hacen con más frecuencia que el hombre, sin embargo lo hacen sólo cuando presentan síntomas de depresión severa. En el medio rural no acuden a consulta especializada cambiándola por la consejería del sacerdote, amigos o remedios caseros. La población universitaria ve la atención médica y psicológica con mejor aceptación y acude más a solicitar ayuda profesional. (7) (8)

En cuanto al tiempo la búsqueda de atención para los trastornos mentales puede tardar de 8 a 15 años y el 15% de las personas prefiere automedicarse. (9)

Como se ha descrito hasta este punto varios autores concuerdan en que es el médico general o de familia el profesional de la salud al que se acude con más frecuencia, entre los resultados del estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países para determinar los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la práctica médica general, se encontró que uno de cada cuatro adultos que acudían a la consulta general padecía un trastorno mental, y sólo 1% de esas personas recibía atención especializada. Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos o los que padecen otro trastorno psiquiátrico se retrasa debido a que el paciente no informa sobre la sintomatología o a que el médico no la investiga a fondo. Dada la importancia de este tipo de padecimientos, se requiere que el médico detecte de manera oportuna los casos leves, los atienda y establezca el tratamiento adecuado, ya que existe un tiempo considerable desde que la enfermedad se inicia hasta el momento en que el paciente es atendido por un especialista, lo que repercute en la calidad de vida de la población. (10)

Uno de los primeros pasos para emprender acciones preventivas en el campo de la salud es conocer la prevalencia y la incidencia de las patologías, sin esta información no es posible planificar acciones que nos conduzca a tener sobre ellas alguna medida de control, como ya se demostró la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. El bajo porcentaje de diagnóstico es un reto para las instituciones sobre las que recae la atención primaria de salud en nuestro país. La revisión de la literatura y las cifras encontradas confirman el grave problema de salud pública del que se ha hablado los últimos diez años y el reto que representa la depresión en la actualidad y para la próxima década.

Bases para el Diagnóstico

El diagnóstico de depresión presenta un cierto grado de complejidad, por su variabilidad clínica y la multitud de procesos físicos y psíquicos que cursan con síntomas depresivos. Se menciona que hasta el 50% de las personas que solicitan atención sanitaria por síntomas depresivos no llegan a ser correctamente diagnosticados. Resulta esencial delimitar con exactitud desde el punto de vista clínico y distinguir el trastorno depresivo mayor del resto de trastornos anímicos o afectivos. En el primer nivel de atención el subdiagnóstico y el retraso en la identificación de depresión es común. (11)

Características diagnósticas (DSM-IV-TR)

-Trastorno depresivo mayor

- a) Presencia de un único **episodio depresivo mayor** *
- b) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, o un trastorno psicótico no especificado.
- c) Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

* Episodio depresivo mayor:

- a) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que representan un cambio a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo previo o (2) pérdida de interés o capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (cambio de más del 5% corporal en 1 mes)
 4. insomnio o hipersomnia casi cada día
 5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por lo demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enloquecido)
 6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
 7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 9. pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - c) Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras aéreas importantes de la actividad del individuo.
 - d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
 - e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimientos psicomotor. (12)

Instrumento para el Diagnóstico de depresión.

En la literatura mundial podemos encontrar múltiples instrumentos que nos ayudan a diagnosticar depresión, (escala de Hamillton, Zung, Test Beck, etc.) hablando de instrumentos que evalúan varios trastornos psiquiátricos de aplicación en el primer nivel de atención podemos encontrar (*General Health Questionnaire* [GHQ], *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* [PRIME-MD], *Mini International Neuropsychiatry Interview* [MINI], *Quick Psychodiagnosics Panel* [QPD], *Patient Health Questionnaire* [PHQ]) desafortunadamente éstos suelen ser poco operativos para los médicos de dicho nivel, debido al consumo excesivo de tiempo en su aplicación y lo saturado de los servicios. (13)

En el presente trabajo se decidió la utilización del PRIME MD PHQ9 por las razones abajo expuestas.

En 1999 Robert L. Spitzer y cols. publican en la revista JAMA un artículo sobre un instrumento diseñado para detectar trastornos mentales comunes con el objetivo de aplicarlo en el primer nivel de atención y así incrementar el diagnóstico oportuno de estas patologías, consiguiendo su validación a nivel internacional. Sin embargo el instrumento original consistía en 25 preguntas de auto aplicación en la sala de espera y si dentro de estas se encontraban resultados positivos el clínico complementaba el interrogatorio con varias preguntas más para llegar al diagnóstico.

Actualmente este instrumento se ha modificado para constituir un cuestionario de autoaplicación para el paciente (se aplica antes de la consulta en la sala de espera) y modificaciones posteriores le han permitido aplicarse por separado para cada apartado por patología si así se decide. El apartado específico para la identificación de trastornos depresivos es el PRIME MD PHQ9, instrumento de cribado que se utilizó en este trabajo, debido que el tiempo requerido para su aplicación es corto y cuenta con validación internacional apegándose a los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR. (14)

El propósito del instrumento es facilitar el reconocimiento de síntomas depresivos en pacientes que acuden a consulta en el primer nivel de atención, además de incluir un índice de severidad que puede ser calculado y repetido a través del tiempo para monitorear cambios. El PHQ9 junto con su escala de severidad incluye una recomendación de manejo para ayudar al clínico en la toma de decisión.

Idealmente debe ser utilizado en todos los pacientes nuevos, los que no lo hayan contestado en el año anterior y en los que se sospechen síntomas depresivos.

Desde que el paciente completa el autocuestionario, el diagnóstico definitivo debe ser verificado por el médico, tomando en cuenta que tan bien entendió el paciente las preguntas, así como información relevante de él, sus familiares u otras fuentes. Después de codificar un diagnóstico provisional, con el PHQ9, existen otras consideraciones que pueden afectar las decisiones sobre el manejo y tratamiento: 1) ¿cuál es la duración del episodio actual, y si el paciente ha recibido tratamiento para éste? 2) ¿Qué tanto se han extendido los síntomas actuales y su repercusión sobre sus actividades diarias y área laboral? 3) ¿Existen antecedentes de episodios previos, y cómo se han tratado? 4) ¿Existen antecedentes familiares de condiciones similares? (15) (1)

El PHQ9 reporta, para *Trastorno depresivo mayor*, una **sensibilidad** que va de **.83 a .95** y una **especificidad** de **.81 a .92** según el punto de corte, mientras que para *Otro síndrome depresivo* reporta una **sensibilidad** que va de **.56 a .77** y una **especificidad** de **.80 a .96**, según el punto de corte.

Planteamiento del problema

En la última década la prevalencia de la depresión ha sufrido un incremento, sin embargo es frecuente que este padecimiento sea pasado por alto al no ser diagnosticado con oportunidad debido a que el paciente no refiere la sintomatología o el médico no la interroga a profundidad. Esto representa un problema de salud en la actualidad, por lo que se requiere implementar medidas que nos permitan incrementar el diagnóstico oportuno. Por lo que es necesario reconocer ¿cuál es la frecuencia del trastorno depresivo en pacientes no diagnosticados usuarios del H.G.Z./U.M.F. No 8?

Justificación

Actualmente las enfermedades psiquiátricas, específicamente los trastornos depresivos ocupan los primeros lugares a nivel mundial en enfermedades incapacitantes, superando los días laborales perdidos en comparación con muchas enfermedades crónicas, diversos estudios confirman que la depresión en su conjunto será la primera causa de discapacidad para el año 2020, por otro lado se estima que las condiciones demográficas así como socioeconómicas serán factores que incrementen la prevalencia de dicha enfermedad. De manera que es ahora cuando los esfuerzos por diagnosticar oportunamente esta patología deben ser emprendidos y los programas de salud requeridos deben ser una prioridad para las instituciones sobre las que recae la atención de la población.

El realizar un diagnóstico oportuno nos permitirá iniciar tratamiento previendo así complicaciones a largo plazo y disminuir los costos que éstas le representan tanto a las instituciones de salud, como al núcleo familiar y social.

Objetivos

Objetivo general:

Identificar la frecuencia de trastorno depresivo en pacientes no diagnosticados en la consulta de primer nivel del H.G.Z./U.M.F. No 8

Objetivo específico:

Identificar la relación entre las principales variables demográficas con son, sexo, edad, estado civil, situación laboral y escolaridad con la presencia del trastorno depresivo.

Hipótesis

H1: Se encontrarán pacientes con trastorno depresivo en una muestra que previamente no tiene el diagnóstico.

H2: No se encontrarán pacientes con trastorno depresivo en una muestra que previamente no tiene el diagnóstico.

Material y métodos

Tipo de estudio:

Investigación Cuantitativa

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos: Prospectivo

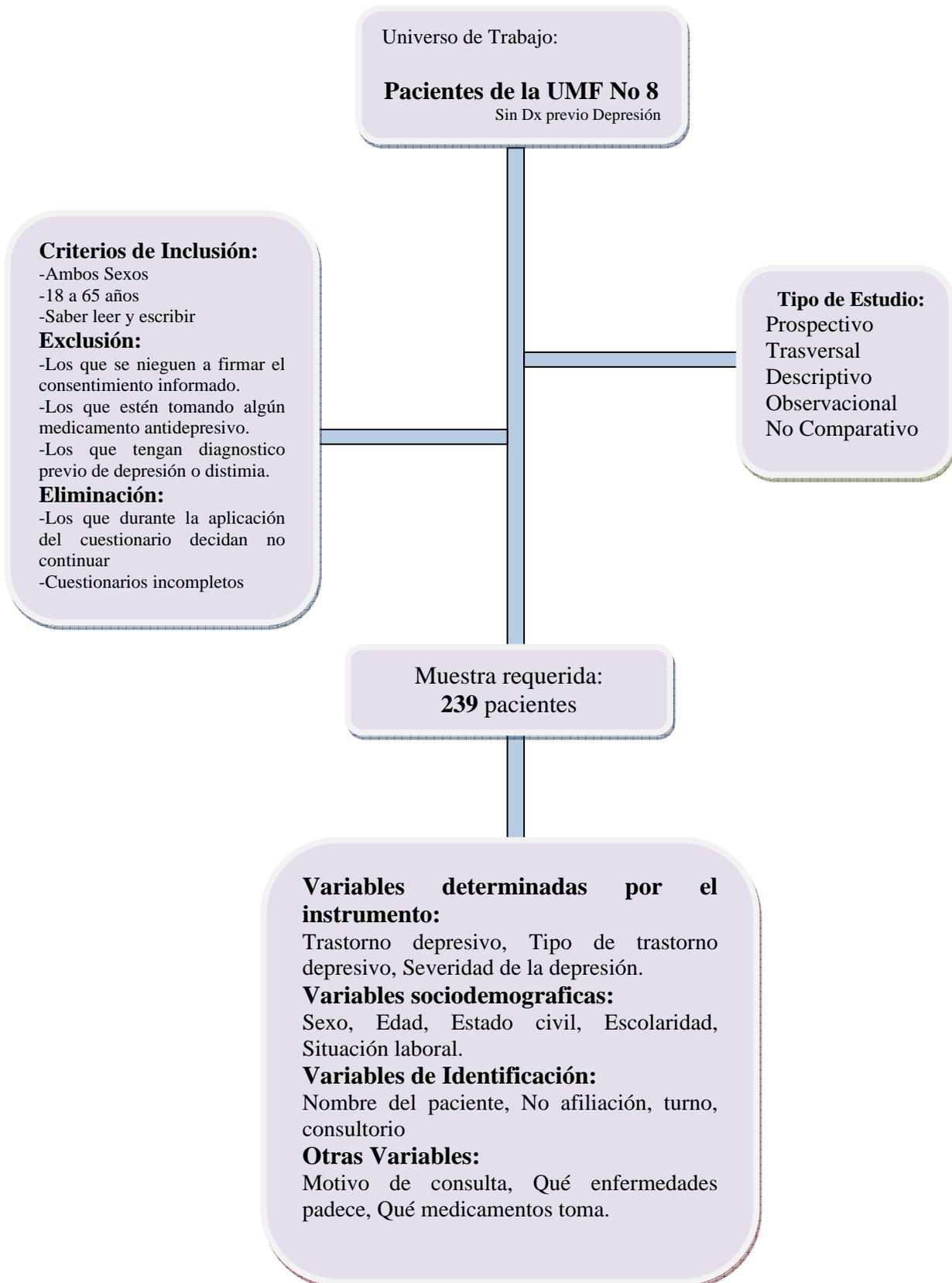
Según el número de mediciones de la variable: Transversal

Según la intención del contraste estadístico entre las mediciones: Descriptivo

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: Observacional

Según la intención del contraste estadístico entre las mediciones: No comparativo

Diseño de investigación



Población, lugar y tiempo:

Usuarios que acudan a consulta de Medicina Familiar en el H.G.Z./U.M.F. No 8, de ambos sexos, de 18 a 65 años.

H.G.Z./U.M.F. No 8 del IMSS que se encuentra en la colonia Tizapan la Hormiga, en la delegación Álvaro Obregón, México D.F.

De Enero a Febrero de 2010

Muestra

Tipo de muestreo: Probabilístico, para un estudio descriptivo, de variable dicotómica.

Fórmula para obtener el tamaño de muestra:

$$n = \frac{4Z^2 p (1 - p)}{W^2}$$

$$W^2$$

Donde:

n = Número total de individuos requeridos

Z = Desviación normal estandarizada para la alfa bilateral

p = Proporción esperada

(1 - p) = Nivel de confianza

W = Amplitud del intervalo de confianza

Utilizando un intervalo de confianza de **99%**, con una proporción del **0.10** y una amplitud del intervalo de confianza de **0.01**

La muestra que requiere nuestro estudio es de **239** pacientes.

Para homogenizar la muestra se aplicara el instrumento en ambos turnos de atención de la clínica.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

1. Ambos sexos
2. De 18 a 65 años
3. Saber leer y escribir

Exclusión:

1. Los que se nieguen a firmar el consentimiento informado
2. Los que estén tomando algún medicamento antidepresivo.
3. Los que tengan diagnóstico previo de depresión, distimia,

Eliminación:

1. Los que durante la aplicación del cuestionario decidan no continuar
2. Cuestionarios incompletos

Variables

Variables Determinadas por el Instrumento

Trastorno depresivo

Tipo de trastorno depresivo

Severidad de la depresión

Variables Socio-demográficas

Sexo

Edad

Estado civil

Escolaridad

Variables de identificación del paciente

Nombre del Paciente

No de Afiliación

Número de consultorio

Turno

Otras Variables

Motivo de consulta

¿Qué enfermedades padece?

¿Qué medicamentos toma?

Definición conceptual y operacional

Definición Conceptual:

-Trastornos depresivos

Bajo este rubro el DSM IV TR, incluye los siguientes diagnósticos:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Trastorno depresivo mayor recidivante
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

-Tipo de trastorno Depresivo

El PRIME MD HPQ9 codifica dos tipos de trastornos depresivos:

1. *Trastorno depresivo mayor*
2. *Otro síndrome depresivo*

-Severidad de la Depresión

Para codificación del estado clínico y gravedad una vez hecho el diagnóstico para el episodio depresivo mayor actual, el DSM-IV-TR da la siguiente clasificación:

- Leve
- Moderado
- Grave con síntomas psicóticos
- Grave sin síntomas psicóticos

Para fines del **PRIME MD HPQ9** la clasificación de **severidad** es:

- Leve
- Moderado
- Moderadamente Severo
- Severo

Definición Operacional:

-Trastorno Depresivo. Se considerará como:

- **Presente** = Cuestionario **positivo** para *Trastorno Depresivo Mayor* o para *Otro Síndrome Depresivo*
- **Ausente** = Si el cuestionario **no es positivo** para *Trastorno Depresivo Mayor* o para *Otro Síndrome Depresivo*

-Tipo de Trastorno depresivo

- **Trastorno depresivo mayor**

Si en la *pregunta 1*, el *inciso a* o *b* y *cinco* o *más* del inciso *a - i* son marcados al menos como: "*Más de la mitad de los días*" (considere el inciso *i* si está presente)

- **Otro síndrome depresivo**

Si en la *pregunta 1*, el *inciso a* o *b* y *dos, tres* o *cuatro* del inciso *a - i* son marcados al menos como: "*Más de la mitad de los días*" (considere el inciso *i* si está presente)

-Severidad de la Depresión

- **Leve** = Puntuaciones de 5 a 9
- **Moderado** = Puntuaciones de 10 a 14
- **Moderadamente Severo** = Puntuaciones de 15 a 19
- **Severo** = Puntuaciones de 20 a 27

Definición conceptual y operativa de las variables Características generales

Variables Determinadas por el Instrumento

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores o códigos
Trastorno depresivo	Cualitativa	Nominal <small>Dicotómica</small>	1. Presente 2. Ausente
Tipo de trastorno depresivo	Cualitativa	Nominal <small>Dicotómica</small>	1. Trastorno depresivo mayor 2. Otro trastorno depresivo
Severidad de la depresión	Cualitativa	Nominal	1. Leve 2. Moderada 3. Moderadamente Severa 4. Severa

Variables Demográficas

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores o códigos
Sexo	Cualitativa	Nominal <small>Dicotómica</small>	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Cuantitativa	Continua	Números continuos (número de años cumplidos)
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado/Unión libre 3. Separado/Divorciado 4. Viudo
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Prepa / Bach 5. Licenciatura 6. Maestría o más
Situación laboral	Cualitativa	Nominal	1. Actualmente trabajando 2. Estudiante 3. Ama de Casa 4. Jubilado/Retirado 5. Otro

Variables de identificación del paciente

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores o códigos
Nombre del Paciente	Cualitativa	Nominal <small>Textual</small>	Nombre del paciente
No de afiliación	Cualitativa	Nominal <small>Textual</small>	No de Afiliación
Número de Consultorio	Cuantitativa	Continua	Números continuos
Turno	Cualitativa	Nominal <small>Dicotómica</small>	1. Matutino 2. Vespertino

Otras Variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores o códigos
Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal <small>Textual</small>	Describir motivo de consulta
¿Qué enfermedades padece?	Cualitativa	Nominal <small>Textual</small>	Nombre de enfermedad (s)
¿Qué medicamentos toma?	Cualitativa	Nominal <small>Textual</small>	Nombre del medicamento (s)

Diseño estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS Satatics 17.0

Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones. Frecuencias y porcentajes con intervalos de confianza (IC) del 99%.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

Instrumento de recolección de datos

PRIME MD HPQ9 (Anexo 1)

Descripción del instrumento.

Consta de 2 ítems generales, cada uno de los cuales tiene 9 y 4 incisos respectivamente.

Para codificación de la variable que se investiga, sólo se toma en cuenta el ítem número 1 con sus incisos.

El ítem número 2 es para que el médico valore la repercusión en la vida del paciente de los síntomas interrogados en el ítem número 1.

Los incisos del ítem número 1 están identificados con letras de la **A** a la **I**. Cada uno de los cuales cuenta con 4 probables respuestas a las que se les otorga un valor que va del **0** al **3**.

El instrumento identifica dos **diagnósticos transitorios**, *Trastorno Depresivo Mayor* y *Otro síndrome Depresivo*, proporcionando una escala de Severidad para depresión determinada por el puntaje de las respuestas. Con esta escala se agrega una sugerencia para la decisión clínica del tipo de tratamiento. (Anexo 1)

Creado y validado por Robert L. Spitzer, MD, Kurt Kroenke, MD, Janet B.W. Williams, DSW. PRIME MD PHQ9 es marca registrada de Pfizer Inc. y se solicitó consentimiento por escrito para la utilización del instrumento vía electrónica en la siguiente dirección:

<http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/cataloguequestionnaires/129-phq>

Ficha de Identificación

Se diseñó una ficha de identificación con 5 datos socio-demográficos del paciente, así como 4 datos para la identificación del mismo, en caso de resultados positivos para las variables estudiadas, por último 3 preguntas más en relación a enfermedades actuales y uso de medicamentos.

Método de recolección de datos

Se aplicó el cuestionario PRIME MD PHQ9 a los usuarios de la UMF No 8 que se encontraban en la sala de espera de dicha unidad, solicitando su consentimiento por escrito.

Se entregó el cuestionario de auto aplicación y una vez contestado el aplicador solicitó la información para completar los datos de la ficha de identificación de manera verbal.

En la guía de aplicación del instrumento no se especifica tiempo mínimo para contestar el cuestionario.

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo en los meses Enero y Febrero de 2010, por el residente de segundo año de medicina familiar Mariana López Delgado.

Al identificar a un paciente con Dx depresión se realizó el informe verbal a su médico familiar en ese momento para que valorara el inicio de tratamiento o manejo según el caso.

Maniobras para evitar o controlar sesgos

Para evitar sesgos por Información:

La investigación sobre el tema se basó en artículos actuales publicados en revistas indexadas y cumpliendo con el requerimiento en cuanto al número.

El instrumento utilizado está validado a nivel internacional y el aplicador conoce la guía para la aplicación del mismo y la manera de codificar los resultados.

Para evitar sesgos de Selección:

El tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 99%, un error máximo esperado de 1% y la prevalencia reportada en la literatura de 10%

Por medio de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se buscó obtener unidades de análisis que como primer objetivo no tengan el diagnóstico de depresión o se encuentren tomando medicamentos antidepresivos. El instrumento está hecho para que sea contestado por el paciente por lo que se tuvo particular cuidado de que el paciente sepa leer y entienda las preguntas.

Para obtener una muestra homogénea se aplicó el cuestionario en los dos turnos de atención de la UMF No 8, intentando obtener un mismo número de pacientes por consultorio, 50% hombres y 50% mujeres.

Recursos financieros y factibilidad

Se entiende que los recursos financieros corren por cuenta del investigador.

Con la autorización de la H.G.Z./U.M.F. No 8 es posible aplicar los cuestionarios en la sala de espera de la clínica, en el tiempo proyectado.

Material:

1. Hojas blancas para fotocopias:
 - Fotocopias de Cuestionario
 - Fotocopias de Carta de consentimiento informado

2. Computadora
 - Paquetería de análisis estadístico: SPSS 17.0
 - Windows XP, Office 2007

3. Plumas y Lápices

Recursos Humanos:

1. Un Encuestador

Consideraciones éticas

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Identificación de la frecuencia de depresión en pacientes no diagnosticados en el H.G.Z./U.M.F. No 8, (anexo 2).

Resultados:

- Se entrevistaron 251 pacientes de los cuales se eliminaron 11 por no cumplir con criterios de inclusión, para quedar con una muestra total de 239 unidades de análisis.
- Según el género, de los 239 pacientes estudiados, 119 (49.7%) son masculinos y 120 (50.3%) femeninos.
- En cuanto al rango de edad 46 (19.2%) pacientes se encuentran entre 18 a 29 años, 67 (28%) entre 30 a 44, 76 (31.8%) entre 45 a 64 y 50 (20.9%) pacientes de 65 años.
- En estado civil se encontró que 164 (68.6%) pacientes son casados o en unión libre, 39 (16.3%) son solteros, 24 (10%) viudos y 12 (5%) divorciados o separados.
- En cuanto a la situación laboral, la más frecuente fue actualmente trabajando 125 (52.3%), seguido de 79 (33.1%) pacientes que se dedican al hogar, 29 (12.1%) son jubilados/retirados y 3(1.3%) pacientes más con situación laboral variada.
- La escolaridad más frecuente fue preparatoria/bachillerato con 69 (28.9%) pacientes, seguida de 49 (20.5%) pacientes con secundaria terminada, 35 (14.6%) con licenciatura, 33 (13.8%) primaria terminada, 32 (13.4%) con carrera técnica, 18 (7.5%) paciente sin grado académico concluido y 3 (1.3%) pacientes con maestría o más.
- De los 239 pacientes estudiados, 25 (10.5%) fueron positivos para un trastorno depresivo y 214(89.5%) negativos.
- De los 25 pacientes positivos para algún trastorno depresivo, 7 (28%) codificaron para trastorno depresivo mayor y 18 (72%) para Otro trastorno depresivo.
- La escala de severidad reportó que de los pacientes con trastorno depresivo mayor ninguno presentó depresión leve (0%), 1 (14.2%) presentó depresión moderada, 5 (71.4%) moderadamente severa y 1 (14.2%) paciente presentó trastorno depresivo mayor severo.
- Para Otro trastorno depresivo 12 (66.6%) pacientes puntuaron para leve, 6 (33.3%) pacientes presentaron severidad moderada y por último no se encontraron pacientes con severidad moderadamente severa o severa.
- La relación con respecto al género y la presencia de trastorno depresivo es de 7 (28%) hombres y 18 (72%) mujeres.
- La relación entre la edad y la presencia de trastorno depresivo es, de los 25 pacientes positivos para esta patología, 4 (16%) se encuentran entre los 18 y 29 años, 5 (20%) entre los 30 y los 44 años, 10 (40%) entre los 45 y 64 años y 6 (24%) pacientes de 65 años.

- La relación entre trastorno depresivo y estado civil fue de 14 (56%) pacientes casados/unión libre, 6 (24%) pacientes separado/divorciados, 3 (12%) solteros y 2 (8%) viudos.
- La relación entre escolaridad y trastorno depresivo fue 4 (16%) pacientes sin grado académico concluido, 6 (24%) con primaria terminada, 7 (28%) con secundaria, 4 (16%) bachillerato, 4 (16%) carrera técnica, ningún paciente con licenciatura o maestría resultó positivo para instrumento aplicado.
- En cuanto a la situación laboral y la presencia de trastorno depresivo se encontraron 12 (48%) pacientes que se dedican al hogar, 9 (36%) pacientes actualmente trabajando, 3 (12%) jubilados/retirados y 1 (4%) con situación laboral variada.

Gráficos

Frecuencia y Porcentaje de Variables Demográficas

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Masculino	119	49.7%
Femenino	120	50.3%
Total	239	100%

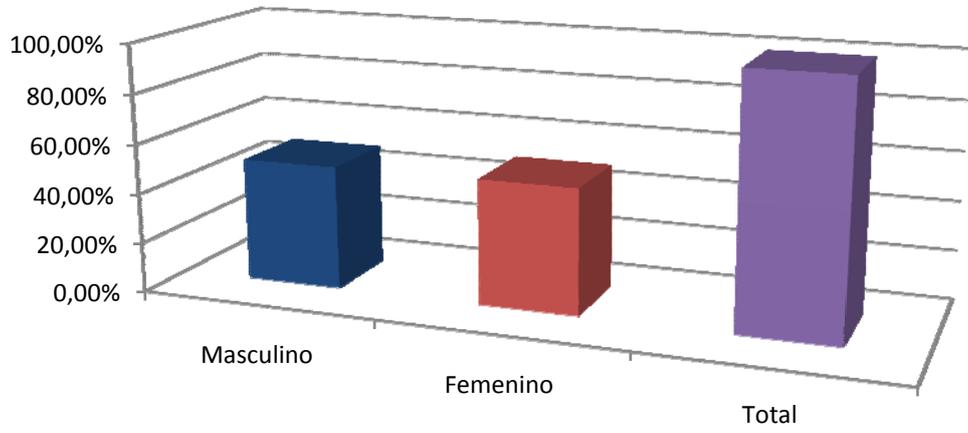
<i>Rango Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
18-29 años	46	19.2%
30-44 años	67	28%
45-64 años	76	31.8%
65 años	50	20.9%
Total	239	100%

<i>Estado Civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Soltero	39	16.3%
Casado/Unión Libre	164	68.6%
Separado/Divorciado	12	5%
Viudo	24	10%
Total	239	100%

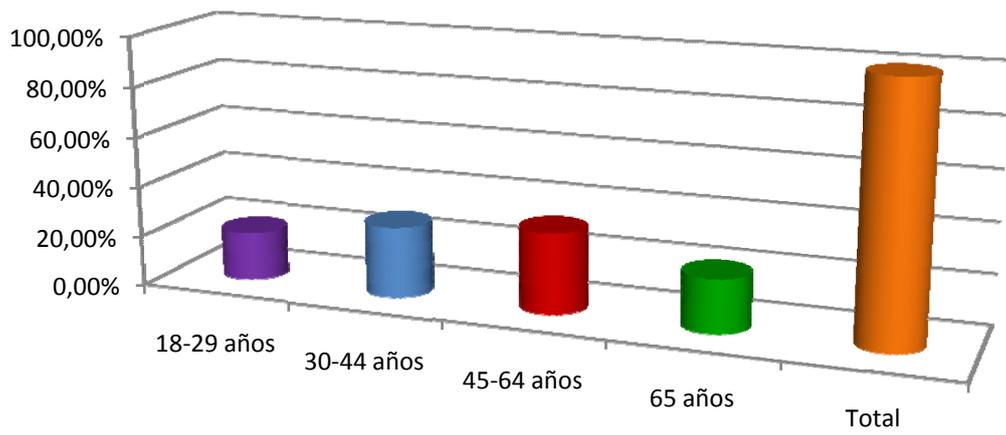
<i>Situación Laboral</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Trabajando	125	52.3%
Estudiante	3	1.3%
Hogar	79	33.1%
Jubilado/Retirado	29	12.1%
Otro	3	1.3%
Total	239	100%

<i>Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Ninguna	18	7.5%
Primaria	33	13.8%
Secundaria	49	20.5%
Prepa/Bach	69	28.9%
C. Técnica	32	13.4%
Licenciatura	35	14.6%
Maestría	3	1.3%
Total	239	100%

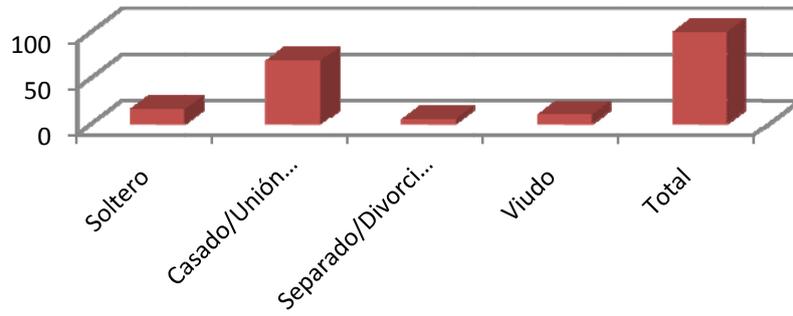
Sexo



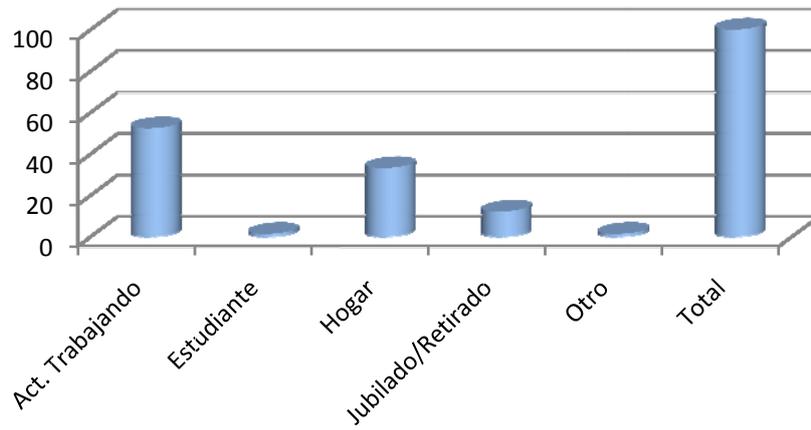
Edad



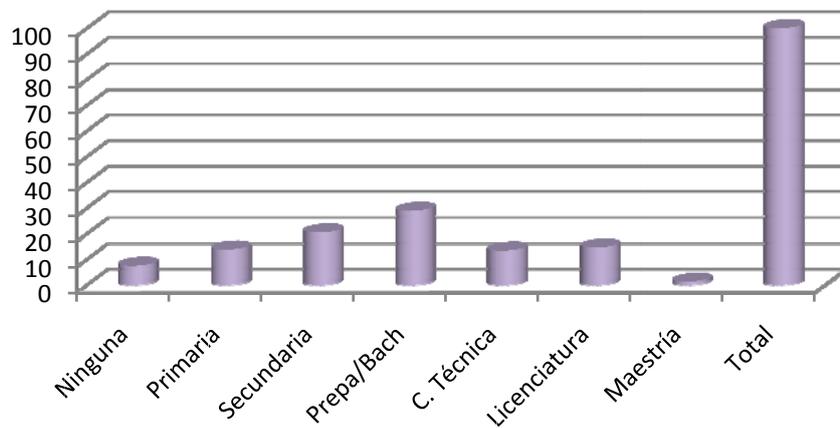
Estado Civil



Situación Laboral

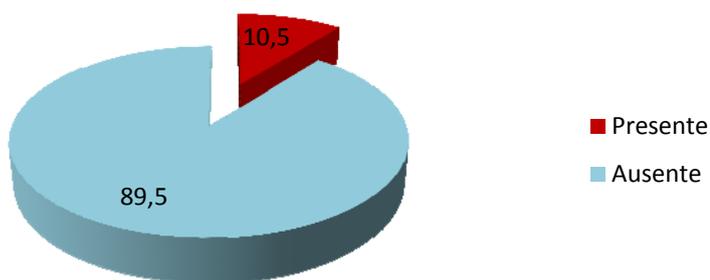


Escolaridad



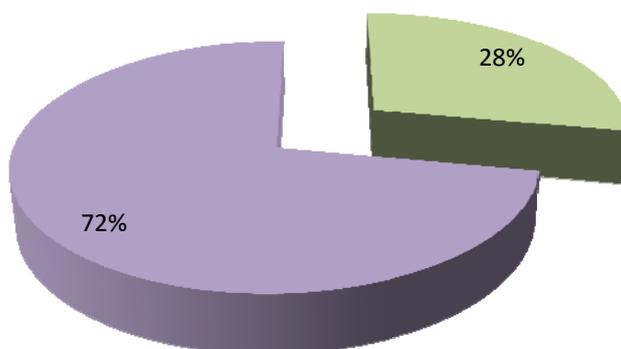
Trastorno Depresivo		
Válidos	Frecuencia	Porcentaje válido
Presente	25	10.5%
Ausente	214	89.5%
Total	239	100.0%

Trastorno Depresivo



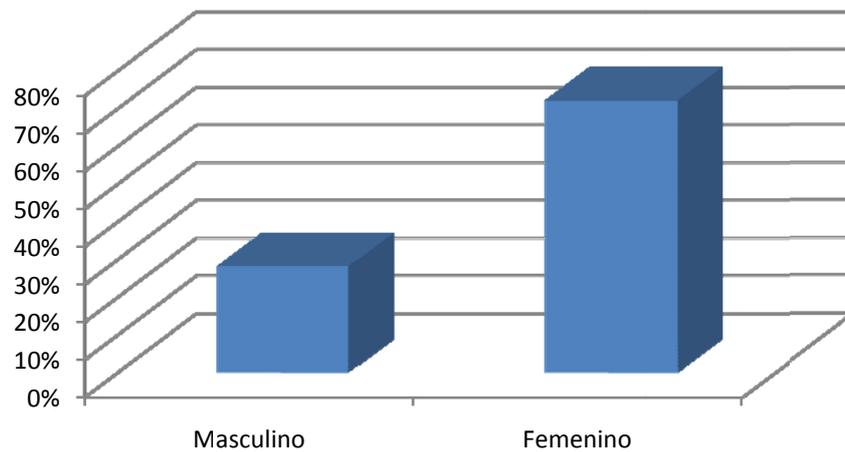
<i>Tipo de trastorno Depresivo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Trastorno depresivo mayor	7	28%
Otro Trastorno depresivo	18	72%
Total	25	100%

Tipo de Trastorno depresivo



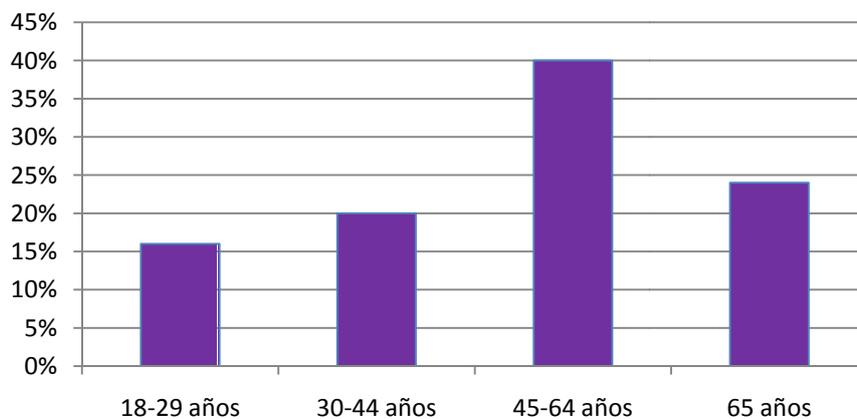
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	7	28%
Femenino	18	72%
Total	25	100%

Sexo y Porcentaje Trastorno Depresivo



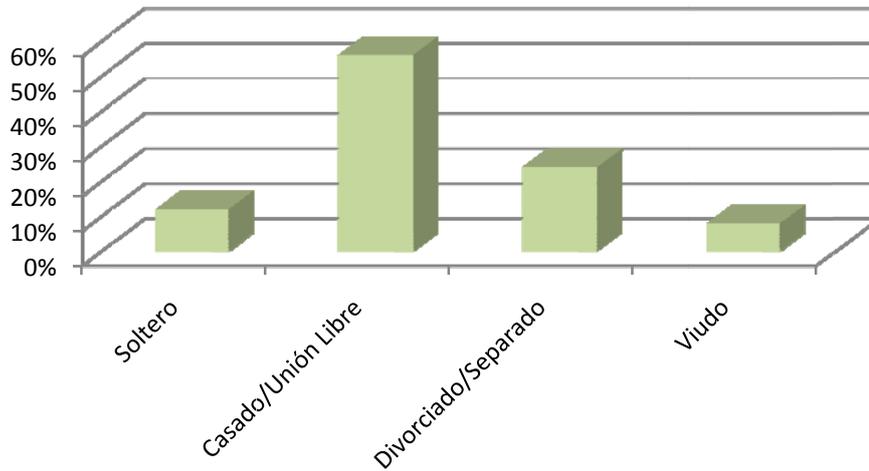
Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-29 años	4	16%
30-44 años	5	20%
45-64 años	10	40%
65 años	6	24%
Total	25	100%

Edad y Trastorno Depresivo



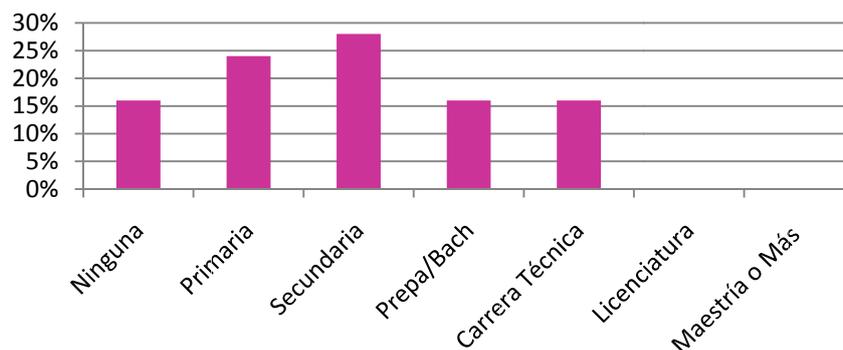
Edo. Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	3	12%
Casado/Unión Libre	14	56%
Divorciado/Separado	6	24%
Viudo	2	8%
Total	25	100%

Estado Civil y Porcentaje T. Depresivo



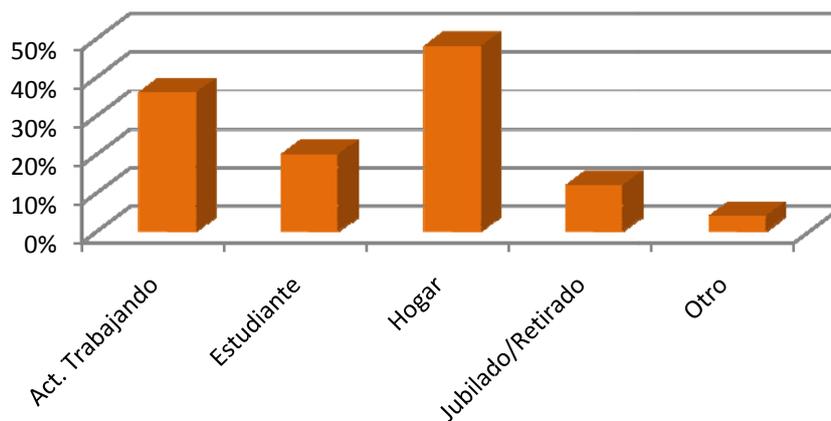
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	4	16%
Primaria	6	24%
Secundaria	7	28%
Prepa/Bach	4	16%
Carrera Técnica	4	16%
Licenciatura	0	0%
Maestría o Más	0	0%
Total	25	100%

Escolaridad y Porcentaje T. Depresivo



Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Act. Trabajando	9	36%
Estudiante	5	20%
Hogar	12	48%
Jubilado/Retirado	3	12%
Otro	1	4%
Total	25	100%

Situación Laboral y Porcentaje de T. Depresivo



Discusión

La literatura mexicana e internacional reportan una relación positiva para padecer trastornos depresivos y algunas variables demográficas específicas como son el sexo, la edad, el estado civil y la escolaridad.

En cuanto a la frecuencia de depresión con respecto al sexo, nuestro estudio corresponde a lo reportado en la literatura internacional, siendo más frecuente en mujeres 18 (72%) que en hombres 7 (28%). La frecuencia más alta registrada por rango de edad fue para las personas entre 45 y 64 años 10 (40%), confirmando lo reportado en la revisión bibliográfica, sin embargo el incremento en la población joven es notable encontrando en edades de 18 a 29 años un 4 (16%). Respecto al grado escolar diversas series informan que su frecuencia es más alta con forme más bajo es el nivel escolar, información corroborada también. Sin embargo era de esperarse que los pacientes separados, divorciados o viudos presentaran frecuencias más altas sin embargo en el presente estudio la frecuencia de depresión más alta se encontró en los pacientes casados 14 (56%). La última variable de análisis demográfico que investigamos fue la situación laboral, como se mencionó anteriormente los estudios previos señalan que la frecuencia de depresión es más alta en personas con menores ingresos, en zonas rurales, marginadas y desempleados sin embargo y a pesar de la situación económica por la que atraviesa nuestro país solo se entrevistó una persona desempleada y la frecuencia más alta la reportaron los pacientes dedicados al hogar 12 (48%). En este punto es importante analizar y recordar que la población a la que atiende el Instituto Mexicano del Seguro Social son trabajadores y sus familias y se entiende que para recibir la atención de cualquiera de ellos se debe de estar trabajando, motivo por el cual pueda ser esta una razón para que nuestros resultados no concuerden con lo reportado en la literatura.

Específicamente hablando de la frecuencia de depresión en pacientes sin diagnóstico previo se encontraron cifras similares a las reportadas por otros autores. Para nuestra población encontramos que alrededor de 1 de cada 10 pacientes presentan algún tipo de trastorno depresivo que no ha sido diagnosticado. En cuanto a la severidad del trastorno depresivo, se encontraron frecuencias más altas para severidad cuando se trató del Trastorno depresivo mayor en comparación con Otro trastorno depresivo que reportó frecuencias más altas para puntuaciones como Moderado y Moderadamente severo.

Conclusión

La frecuencia de trastorno depresivo en pacientes no diagnosticados que acuden al H.G.Z./U.M.F. No 8 es similar a la reportada en la literatura, sin embargo debido a que contamos con la información se deben implementar medidas que nos ayuden a disminuir el subdiagnóstico existente para evitar iniciar manejos con 3 a 5 años de retraso complicando así la evolución del paciente e incrementando así el costo para la institución, y la familia.

Propuestas

Generar líneas de investigación que profundicen en identificar factores de riesgo en nuestra población derechohabiente dado que sus características particulares la hacen diferente a la población general atendida por otras instituciones gubernamentales.

Implementar la aplicación de instrumentos de screening que puedan ser utilizados en la sala de espera, que no le requieran mucho más tiempo al médico y que nos permitan establecer o sospechar diagnósticos con mayor asertividad incrementando así el diagnóstico oportuno de este tipo de patologías.

Referencias bibliográficas

1. MEDINA Mora, Ma. Elena. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003
2. LARA Muñoz, María del Carmen. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre 2007
3. BELLO, Mariana. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México / vol.47, suplemento 1 de 2005*
4. BOJORQUEZ Chapela, Ietza. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Pan American Journal Public Health*. Vol. 26 (1), 2009
5. BERENZON Gorn, Shoshana. Variables demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 6, diciembre 2005
6. RUIZ Flores, Luis Guillermo. Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007
7. VALLADARES, A. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas Psiquiatría*; Vol.37 (1) 2009. Páginas 49-53
8. BERENZON Gorn, Shoshana. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;31:107-115
9. ÁLVAREZ Ramírez, Leonardo Y. Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe. *Med UNAB* Vol. 10 Número 1 Abril de 2007
10. VARGAS, Blanca Estela. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión *Revista Facultad Medicina UNAM* Vol.47 No.5 Septiembre-Octubre, 2004
11. ESPINOSA Aguilar, Amilcar. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007
12. LÓPEZ Ibor Aliño, Juan J. *DSM-IV-TR Breviario, Criterios Diagnósticos*. Editorial Elsevier Masson. Primera edición 2002, Barcelona España
13. MORÉ Herrero, M. A. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas Psiquiatría*, Vol. 36(4), 2008. Páginas 210-217

14. VALENCIA Collazos, Marcelo. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007
15. AJIT Avasthi, Subash C. Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire. Indian Journal Medicine Research 127, Febrero 2008. Páginas 159-164
16. LÖWE, B. Measuring depression outcome with a short self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). J Affective Disorders 2004; 78:131-140
17. LÖWE, B. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. Medical Care 2004;42:1194-1201
18. MATA González, A. Confiabilidad y validez de la guía de evaluación clínica para el diagnóstico psiquiátrico en una consulta de medicina interna. Archivos Venezolanos Psiquiatría Neurología 2003; 49(101):18-25

Anexos

Instrumento (ANEXO 1)

Consentimiento informado (ANEXO 2)

Este cuestionario es una herramienta importante para proveerle la mejor atención posible en su salud. Sus respuestas nos ayudarán a comprender los problemas que usted pueda presentar. Por favor conteste cada pregunta lo mejor que pueda, salvo que se le pida omitir alguna pregunta.



Ficha de Identificación (Llenado por el aplicador)

Consultorio:	Turno:	M	V
Nombre:			
No Afiliación	Agregado:		Sexo: M F
Escolaridad:	Prim.	Sec.	Prep. C. Técnica
Ocupación:	Ac. Trabajando	Estudiante	Hogar Jubilado Ret. Otro:
Estado civil:	Soltero	Casado/Unión Libre	Divorciado/Separado Viudo
Dx Previo:	Si	No	Cuál:
Enfermedades:	DM	HAS	Otras:
Medicamentos:			
Motivo de consulta:			

PRIME-MD (PHQ-9) Cuestionario sobre la salud del paciente

Marque con una "X" la opción que mejor explique cómo se ha sentido en los últimos días.

1	Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
		0	1	2	3
a.	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sentirse desanimado/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Problemas para dormir o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Falta de apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Sentirse mal con uno mismo, que es un fracaso, o que ha fallado a su familia o a uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Moverse o hablar tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta o lo contrario estar inquieto, tanto que se mueve más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Pensar en que sería mejor estar muerto o lastimase a sí mismo de alguna forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Si usted marcó afirmativo a cualquiera de los problemas en este cuestionario hasta aquí, ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Sin dificultad	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
H. G. Z. / UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
ASPECTOS ÉTICOS:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el proyecto:

“IDENTIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS
EN LA U.M.F. No 8”

FECHA: _____

Estimado Sr. (a)

El objetivo de este estudio es identificar la frecuencia de depresión en pacientes no diagnosticados que acuden a la unidad de medicina familiar No 8.

Su participación consistirá en responder un cuestionario autoaplicable sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas y posteriormente el aplicador le hará otras preguntas relativas a datos sociodemográficos, enfermedades y uso de medicamentos.

El beneficio mayor es el detectar la posibilidad de padecer algún trastorno depresivo, inconvenientes y molestias como es responder un cuestionario autoaplicable y responder preguntas relativas a otras enfermedades que pueda padecer. El investigador principal se compromete a darle información oportuna que pueda ser beneficiosa para usted, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar las dudas que durante la aplicación puedan surgir. Es importante que entienda que tiene usted el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibida en el instituto.

De ninguna manera se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados de forma confidencial.

YO _____ acepto participar en el estudio, y declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el.

Firma del paciente
investigador

Nombre y firma de

Nombre y firma d