



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 01 NORTE DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE".



TITULO:

“Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Investigador Principal

Dra. Marlene Marmolejo Mendoza
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS
UMF 2 Sor Juana Inés de la Cruz No. 81 Colonia Santa María la Ribera Tel. 55475510 al 19 Ext. 21407
marlene.marmolejo@imss.gob.mx

Investigador Asociado Externo

M en C. Dr. Carlos Martin Cedillo Garrido
Profesor Investigador Categoría C UAEM
C-José Revueltas No. 17 Col. Tierra Blanca 1ª. Sección Ecatepec de Morelos.
carloscedillogarrido@yahoo.com.mx

Trabajo presentado para obtener el grado como especialista en Medicina Familiar.

Dr. José Ignacio Sosa Rodríguez

Matricula 99354287
docsosa3@gmail.com

**Alumno del Curso de Especialización En Medicina Familiar Para Médicos Generales
IMSS-UNAM**

UNIDAD Y ÁREA DONDE SE EFECTUARA EL ESTUDIO

Unidad De Medicina Familiar No. 2, Consulta Externa
Domicilio: Sor Juana Inés De La Cruz No. 81
Col. Sta. María La Ribera, Teléfono: 55475510 Ext. 21407
marlene.marmolejo@imss.gob.mx



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.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCIÓN	3
II. ANTECEDENTES	5
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. JUSTIFICACIÓN	10
V. OBJETIVO DEL ESTUDIO	11
VI. PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS	11
1. Características del lugar donde se realizará el estudio.	11
2. Diseño de estudio	11
2.1. Tipo de estudio	11
2.2. Grupos de estudio	11
2.2.1 Criterios de Inclusión	11
2.2.2. Criterios de Exclusión	11
2.2.3 Criterios de Eliminación	11
2.3. Tamaño de la muestra	11
2.4. Definición de Variables	12
2.5. Descripción General del Estudio	13
2.6 Análisis de Datos	13
VII. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS	13
VIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	15
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	24
X. BIBLIOGRAFÍA	25
XI. ANEXOS	28

INTRODUCCION.

La depresión se define como un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona.¹

La depresión y sus manifestaciones sintomatológicas son parte de los principales problemas de salud entre la población mundial y su impacto en la vida productiva ha aumentado con respecto a otras enfermedades. En México, esta tendencia y sus consecuencias negativas en el desarrollo hacia la adultez justifican la necesidad de atenderla y prevenirla.²

Alrededor de 15 millones de mexicanos padecen depresión, y pese a que esta enfermedad antecede el abuso en el consumo de drogas y el suicidio, menos del 30 por ciento recibe atención médica, según cálculos hechos por el Instituto Nacional de Psiquiatría.³

Por ello se destaca la importancia de que las personas que presentan algunos síntomas de la depresión consulten a un especialista para que reciban tratamiento.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003, en México, 11 por ciento de las mujeres y 7 por ciento de los hombres han sufrido o sufrirán depresión alguna vez en su vida y este tipo de afecciones son la causa del abuso en el consumo de sustancias tóxicas.⁴

Algunos de los síntomas físicos que suele padecer alguna persona en estado depresivo son dolor de cabeza y de espalda, aumento o disminución del apetito e insomnio o hipersomnia, así como la disminución o desaparición del deseo sexual.

A través de instrumentos de tamizaje válidos y confiables como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies of **Depression** Scale: CES-D) diseñada en 1977 por Radloff, ha sido posible detectar posibles casos clínicos de depresión en diversos estudios con adolescentes escolares. Sin embargo, hasta ahora no se había documentado su comportamiento en una población de estudiantes a gran escala.⁵

Los síntomas que esta entidad presenta, se clasifican en síntomas psíquicos y síntomas somáticos, dentro de los psíquicos se incluyen: tristeza, pérdida de interés, anhedonia (dificultad en obtener placer en las cosas), falta de concentración, alteraciones de la memoria, sensación de inutilidad y culpabilidad, sensación de rutina, auto reproches, sensación de pérdida de sentido y pensamientos de muerte. Con lo que respecta a los síntomas somáticos tenemos: insomnio y el despertar temprano, trastornos menstruales,

astenia, adinamia, disminución o aumento del apetito y del peso, disminución o pérdida de la libido, sequedad de boca y de las mucosas en general, alteraciones del tránsito intestinal, enlentecimiento psicomotor o agitación.⁶

La clasificación más utilizada en la actualidad es la que corresponde al *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), aunque también se utiliza la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, el CIE 10. Tomando como base al DSM IV, este documento clasifica a la depresión en tres grandes entidades, estas son: estado depresivo mayor, estado depresivo menor y distimia.^{7,8}

Para poder hacer el diagnóstico de estado depresivo mayor el paciente debe tener: 5 (o más) de los citados síntomas y los cuales deben estar presentes durante el mismo período de 2 semanas y representar un cambio frente al funcionamiento anterior: al menos uno de los síntomas tiene que ser la anhedonia, humor deprimido, considerable falta de disfrute o interés por actividades cotidianas, considerable pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnias, retardo o agitación psicomotriz, falta de energía o fatiga, sentimiento de menosprecio y reproches a uno mismo, falta de concentración, o pensamientos continuos de muerte o suicidio, además de:

- A) se debe descartar previamente la presencia de causas generales.
- B) Los síntomas no cumplen los criterios para el diagnóstico de un episodio mixto.
- C) Los síntomas producen deterioro clínicamente significativo en las áreas social, ocupacional y otras áreas importantes del funcionamiento.
- D) Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.
- E) Los síntomas no se explican por una causa externa.⁹

Lo que compete a la depresión menor, las características que se deben presentar es la de tener de 2 a 4 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento, en un período igual o mayor de 2 semanas; presentando además los últimos puntos mencionados en la depresión mayor.^{10,11}

Con lo que respecta a la distimia, en dicho documento se comenta lo siguiente: se debe tener 3 ó 4 síntomas distímicos, incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento, durante un período igual o mayor de 2 años.¹²

Así, la depresión es una entidad clínica que ocupa uno de los primeros lugares como motivo de consulta en los servicios de psiquiatría.¹³ El trastorno puede presentarse a cualquier edad inclusive en la infancia y adolescencia temprana.⁷ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ahora en su cuarta edición texto revisado (DSM-IV TR por sus siglas en inglés) establece una serie de criterios diagnósticos descriptivos, antes comentados; para su aplicación en el trabajo clínico y en el de investigación y señala una prevalencia de este trastorno en adultos del 5-9% para el sexo femenino y de 2-3% para el masculino (American Psychiatric Association,2000). El inicio temprano de este trastorno se asocia con un mayor índice de intentos suicidas y de suicidios consumados, representando esto último la tercera causa de muerte en adolescentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 en un trabajo donde se compararon diversas enfermedades médicas, la depresión ocupó la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial.⁸ En un estudio clínico epidemiológico realizado en la ciudad de México en 1999 para investigar los trastornos depresivos, se concluyó que la prevalencia durante la vida era del 12% y se documentó que hasta el 59% de la muestra tenía un alto riesgo de recurrencia. En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se realizó entre los años 2001-2002, en lo referente al episodio depresivo mayor en particular se documentó una prevalencia en la población total del orden del 3.3% alguna vez en la vida y del 1.5% durante los 12 meses previos a la encuesta.

Dentro de los instrumentos empleados para su diagnóstico existen varias opciones, una de las cuales son la aplicación de cuestionarios autoaplicables; el Inventario de Depresión de Beck (IDB), ha sido uno de los instrumentos clinimétricos que más se han utilizado para la detección de manifestaciones depresivas en estudiantes universitarios el cual ha sido traducido y validado en varios países e idiomas. Su aplicación se destaca en trabajos como los de Clark y Zeldow (Ferro, T., Carlson, G.A.et.al. 1994).¹⁷

Prueba de Beck.

Se realizó un estudio de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck, específicamente de la última versión de este instrumento, conocida como BDI-II. La clasificación más utilizada en la actualidad es la que corresponde al *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), aunque también se utiliza la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, el CIE 10. Tomando como base al DSM IV, este documento clasifica a la depresión en tres grandes entidades, estas son: estado depresivo mayor, estado depresivo menor y distimia.^{7,8}

a primera versión de 1961 fue seguida por la aun más difundida versión desarrollada en 1979, conocida tanto por el acrónimo BDI a secas como BDI-IA, que a su vez sufrió leves modificaciones en el tiempo, hasta ser revisada de modo sustantivo al elaborarse el BDI-II. Tanto la versión de 1961 como la de 1979 -especialmente esta última- han sido investigadas y utilizadas en Chile y Latinoamérica; sin embargo, el BDI-II ha sido poco estudiado y empleado en Chile y Latinoamérica.

Las principales modificaciones del BDI-II respecto al BDI-IA tienen relación con el esfuerzo de hacerlo más compatible con las conceptualizaciones actuales de los trastornos depresivos, específicamente con la propuesta por el DSM-IV. Ello se refleja en la indicación de que el evaluado considere para valorar sus síntomas las dos últimas semanas (el BDI-IA pedía considerar sólo la última). Además de este cambio, el BDI-II modificó la redacción de la mayoría de los ítems del BDI-IA, y reemplazó cuatro ítems por otros nuevos. Sólo tres ítems del BDI-IA se conservan sin ninguna modificación en el BDI-II. Las diferencias más relevantes entre ambos instrumentos se presentan en la [Tabla 1](#).

Tabla 1

Principales diferencias entre la escala de Beck-II y la Escala de depresión Beck-IA.

Items eliminados del BDI-IA en el BDI-II	Items agregados al BDI-II	Items del BDI-IA con modificaciones importantes en el BDI-II
Pérdida de peso	Agitación o inquietud	Pérdida de apetito (ahora incluye tanto aumento como disminución)
Cambio de imagen corporal	Sentimientos de inutilidad	Sueño (ahora incluye tanto aumento como disminución del sueño)
Preocupación por enfermedades	Dificultad de concentración	Desinterés (ahora incluye tanto aumento como disminución del sueño)
Dificultades en el trabajo	Perdida de energía	

Las comparaciones entre el BDI-IA y el BDI-II indican que el segundo instrumento tiene al menos las mismas ampliamente reconocidas y estudiadas cualidades psicométricas del primero, existiendo indicios de que su consistencia interna y validez factorial es superior. También es claro que la

validez de contenido del BDI-II es superior a la del BDI-IA si se considera su mayor cercanía a la conceptualización actual de los trastornos depresivos mayores y de la distimia, reflejando sus ítems casi la totalidad de los criterios diagnósticos sintomáticos de éstos.

Escala de Beck.

El inventario de Depresión de Beck (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada; Beck y cols, dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Como interpretar la prueba de Beck?

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

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

Graduación de la intensidad.

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

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas.

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad del 100%; especificidad del 99%; valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno muy frecuente, incluso es progresivo, La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

El problema de la depresión MULTIDISCIPLINARIO. no sólo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad y lo que es más importante a las personas. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Puede afectar a cualquier persona, de cualquier nivel económico y en cualquier edad.

La depresión surge de esta sociedad fundamentalmente capitalista, donde las exigencias son cada vez mayores y, la inseguridad se está incrementando sobremanera a todos los niveles. La depresión afecta fundamentalmente a los que por sus estructuras psíquicas son más vulnerables, especialmente los más "sensibles".

Además, la depresión y las enfermedades somáticas interaccionan de diferentes formas. Este padecimiento puede ser consecuencia de una enfermedad somática grave, pero también puede coexistir al mismo tiempo.

La depresión es una de las principales cargas sanitarias, como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios (12-15%) y del incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades médicas.

La depresión es una enfermedad multicausal que al no detectarse oportunamente es causa de una baja en el rendimiento de las actividades, este padecimiento atañe a los médicos; al ser un grupo altamente susceptible para padecer este trastorno.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Es útil la escala de Beck para detectar depresión en médicos familiares en una unidad de medicina familiar del instituto mexicano del seguro social?

JUSTIFICACION

La ansiedad y la depresión representan aproximadamente el 80% de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria. En los países occidentales, se estima que el promedio de pacientes con depresión en asistencia primaria es elevado, entre un 10-20%.

Como la literatura consigna, los estudiantes y profesionales de la Medicina en comparación con la población general y de otras carreras conforman una población que resulta vulnerable frente a los trastornos de salud psicosocial. En la investigación psicosocial de la educación médica un punto clave corresponde a la identificación de medidas relevantes con cualidades psicométricas. En el presente trabajo se analiza la validez y confiabilidad de un conjunto de escalas psicosociales aplicadas a 3,603 alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Se confirmó la unidimensionalidad y la validez de constructo de las mediciones de Soledad, Ansiedad ante los exámenes, Ansiedad general, Autoestima y Extroversión. Así también, la magnitud y dirección de las correlaciones interescalas apoyaron la validez convergente y discriminante. Los resultados confirman las propiedades psicométricas de las escalas, las cuales son útiles para proveer información a los educadores médicos y a profesionales de la salud mental en la detección temprana de problemas psicosociales quienes en conjunto pueden coadyuvar en la optimización de la salud mental de los estudiantes de escuelas de Medicina a través de programas académicos acordes a sus necesidades.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. Por este motivo, desde los distintos estamentos sanitarios se está potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurre el siglo XXI.

Por lo tanto el grupo de médicos, se encuentra expuesto a las complicaciones ciudadanas y a un entorno competitivo y cambiante. La importancia del estudio radica en mejorar la calidad de vida de los mismos, así mismo el servicio que presten mejore; también buscamos que la prueba de Beck se emplee frecuentemente por su fidelidad, en el diagnóstico de este padecimiento.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos

- ❖ Identificar la frecuencia de la depresión en médicos adscritos en una unidad de medicina familiar del IMSS.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio de investigación aplicada, tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO

De un total de Médicos familiares y generales adscritos al servicio de consulta externa de ambos turnos de una unidad de medicina familiar. Del 1 de enero DEL 2012 AL 01 DE marzo del 2012.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico de casos, de una población de 78 médicos familiares y generales

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- ❖ Médicos familiares y médicos generales adscritos a la umf de consulta externa del turno matutino y vespertino. Del 1 de enero al 1 de marzo 2012

Criterios de Exclusión:

- ❖ Médicos familiares y médicos generales que no acepten el llenado de la encuesta.
- ❖ Que no deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- ❖ Médicos generales y familiares de la unidad de medicina familiar que no respondan la totalidad de las preguntas contenidas en el cuestionario.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el nacimiento.	Tiempo de vida transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa discontinua	Pacientes de todas los grupos de edad
Sexo	Clasificación de los hombres y mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas.	Género humano se diferencia en 2 sexos: hombre-varón de su homóloga mujer-femenina.	Dicotómica nominal	Masculino Femenino
Depresión	La depresión se define como un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona.	En base a la sintomatología de depresión.	Cuantitativa Ordinal	Escala de depresión de Beck: No depresión: 0-9 Leve 10-18 Moderada 19-29 Grave > 30

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

El inventario de Depresión de Beck (BAI) es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Validez:

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6). Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad del 100%; especificidad del 99%; valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13).

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

La investigación se realizara en una Unidad de Medicina Familiar que corresponde a la delegación 1 noroeste en donde se proporciona atención de primer nivel.

Se aplicara el cuestionario a los médicos de la UMF, se capturara la información en una base de datos electrónica (Excel). Toda la captura se hará por duplicado para asegurar el correcto ingreso de los datos. Esta base de datos ya capturada deberá revisarse y una vez que se verificó que está libre de errores podrá someterse al análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis exploratorio. Se analizarán todas las variables de la base, se examinará la distribución de las variables, las que tengan distribución gaussiana se expresarán como promedios (\pm desviación estándar) y si no lo son se expresarán como medianas y desviación cuartílica. Para esto se harán pruebas de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se expresarán como proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza 95%. Se elaborará informe con base en tablas y gráficos.

Todos estos análisis se llevarán al cabo con el paquete SPSS versión 19.0 para PC (SPSS, Inc. Chicago, Ill)

FACTIBILIDAD Y CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACION DE HELSINKI

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendadas por la 29ª Asamblea Mundial Tokio Japón, Octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en Septiembre de 1989, Asociación Médica Mundial, año 2000; es una recomendación para guiar a los médicos en las investigaciones biomédicas en seres humanos, donde la preservación de la integridad y el cuidado de la salud de la humanidad son lo más importante. Alude a los códigos de ética, donde se señala que el interés del médico se encamina al fortalecimiento de la salud mental y física del paciente. Así, sus lineamientos están destinados a proteger a los humanos que puedan intervenir en estudios de investigación clínica, terapéutica, diagnóstica, farmacológica y de ensayos clínicos.

La Ley General de Salud indica en su Título I, capítulo único, artículo, apartado VII, como derecho a la protección a la salud, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud; en el artículo 3, apartado IX, en materia de salubridad general, como atribución en salubridad general, la coordinación en investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos. Competencia del Concejo de Salubridad en el artículo 17, fracción III, en opinar sobre proyectos de investigación y de formación de recursos humanos para la salud, en su artículo 98 sobre la formación de comisiones de investigación y de ética, para la supervisión de la investigación biomédica, especialmente en seres humanos. En el artículo 100 define las bases para la experimentación en seres humanos, semejantes a las disposiciones de la Declaración de Helsinki. En base a los estatutos mencionados, se considera el presente trabajo como una investigación sin riesgos, pues es un estudio que emplea métodos de técnicas de investigación documental y confidencial.

El estudio cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para la realización sin impedimento, ya que no se ve afectada en ningún momento la integridad del paciente, manejándose de forma anónima la identidad del mismo. Se estima que el estudio corresponde con riesgo menor del mínimo. Todos los candidatos deberán otorgar consentimiento por escrito y el protocolo deberá ser aprobado por el Comité Local de Investigación.

Una vez otorgados los datos en la base para análisis, ningún sujeto se identificará por nombre y solo se hará por un número de folio. Ninguno de ellos será identificado en informes o publicaciones que pudieran resultar de

este estudio. Todos podrán retirar el consentimiento para usar sus datos en el momento en el que ellos lo consideren apropiado. Podrán negarse a participar sin que esto afecte de manera alguna los beneficios o recursos o atención que requiera de la UMF.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos materiales:

El estudio requiere de papel, impresiones, un computador personal y “software” para análisis, escritura del protocolo y sus informes, base de datos y gráficos. Acceso a una línea telefónica para efectuar las llamadas a los candidatos y el costo de los pasajes de traslado.

Recursos Humanos:

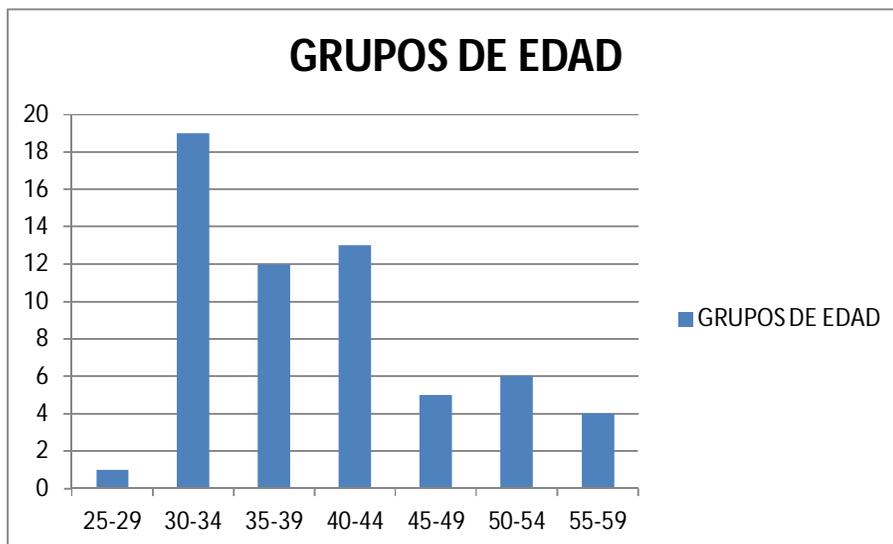
El investigador responsable
El asesor Metodológico
Personal de SIMF para elaborar los listados

Recursos financieros:

Los propios del investigador

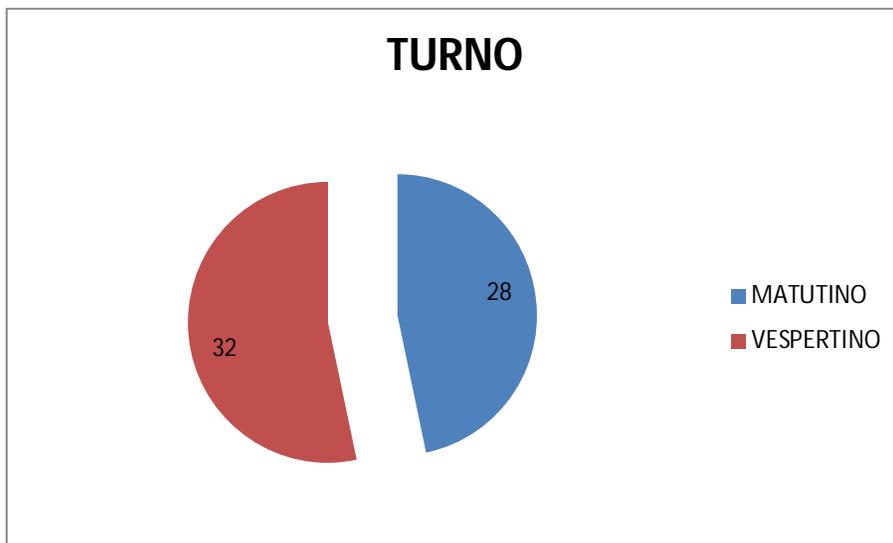
RESULTADOS.

GRAFICA 1.



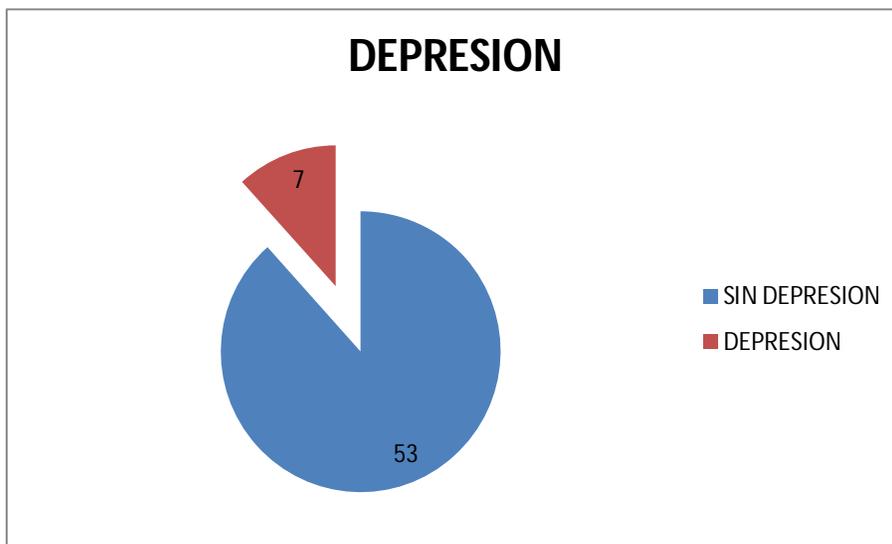
En la tabla anterior se observa un predominio del grupo de edad entre 30 a 34 años con un número de 19, seguido por grupo de edad correspondiente de 40 a 44 años de edad con un total de 13, posteriormente corresponde al grupo de 35 a 39 años con un total de 12, seguido por el de 50 a 54 años de edad con un total de 6 y el de menor cantidad al grupo etario correspondiente de 25 a 29 años de edad.

GRAFICA 2.



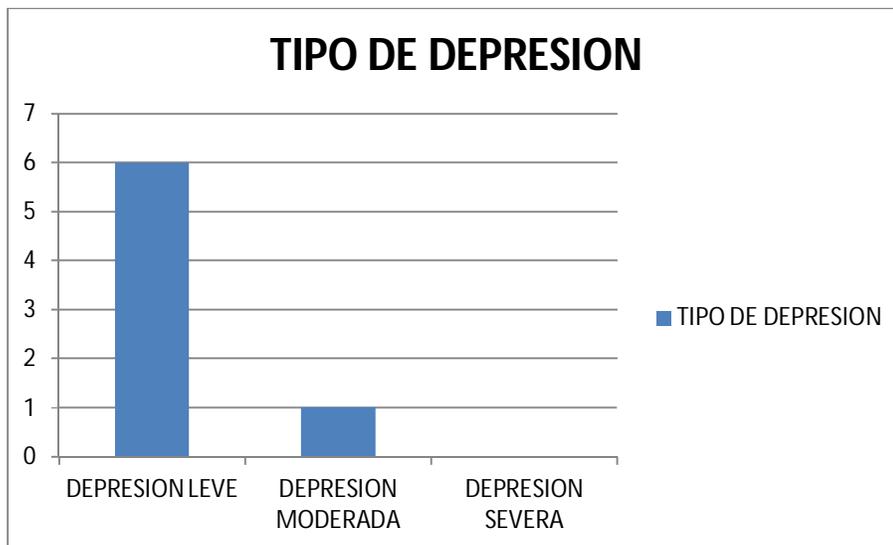
En esta tabla se observa un predominio de 32 encuestas en el turno matutino y 28 encuestas en el turno vespertino.

GRAFICA 3.



SE ENCONTRO UN TOTAL DE 53 ENCUESTAS QUE REVELARON NO PRESENCIA DE DEPRESION CORRESPONDIENDO A UN 88.3 % Y UN TOTAL DE 7 CASOS DE DEPRESION CORRESPONDIENDO A 11.6%.

GRAFICA 4.



Se encontraron 7 casos de depresion leve que corresponden al 11.6%, 1 caso de depresion moderada correspondiente al 1.6% y ningun caso de depresion severa.

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS Y ANALISIS ESTADISTICOS

Se realizaron un total de 60 encuestas a médicos familiares en la unidad de medicina familiar número 2 del IMSS, en el turno matutino y turno vespertino.

Encontrando que el rango de edad más con fue de 30 a 34 correspondiente a un 31.6%, seguido por el rango de edad comprendido entre 40 a 44 de edad correspondiente a un 21.6 %, posteriormente el grupo de edad de 35 a 39 años de edad con un 12 %, el grupo de edad comprendido de 45 a 49 años con un 8.1%, el rango de edad de 55 a 59 años con un 6.6%, y el rango de edad de 25 a 29 años con 1.6%, con un promedio de 39.7 años (grafica 1).

Se realizaron un total de 28 en el turno matutino que corresponden a un 46.6 % y 32 encuestas en el turno vespertino correspondiente al 53.3 % (grafica 2).

Se encontraron un total de 7 casos de depresión de las 60 realizadas (grafica 3).

De las 60 encuestas realizadas se encontraron un total de 7 casos en total, 3 casos de depresión leve en el turno matutino, 3 casos de depresión leve en el turno vespertino y solo un caso de depresión moderada en el turno vespertino (grafica 4).

DISCUSION.

El presente estudio tiene sustento ya discutidos en varios artículos referidos.

La depresión se considera una patología muy frecuente, asociada a múltiples patologías que va en incremento ya que en la próxima década según referencias nacionales y extranjeras será la segunda causa de incapacidad laboral.

En los médicos que se someten a trabajo sobre estrés tienen una mayor predisposición para sufrir un grado de depresión, dadas las condiciones actuales cambiantes en diferentes ámbitos de competitividad.

En relación a nuestro estudio se observó que la depresión se presentó en un total de 7 casos que corresponden a un 11.%, en comparación a estudios realizados en población a población en general que se detecta en un menor porcentaje, el grupo de médicos es pues un grupo vulnerable para presentar este padecimiento con mayor facilidad dadas las condiciones actuales de vulnerabilidad a los cuales se somete cotidianamente.

Así mismo los resultados arrojados en el estudio, permiten apoyar que las medidas de prevención sino que también la oportuna detección son importantes y relevantes para otorgar una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES.

De las encuestas realizadas se encontró un total de 7 casos de depresión, 6 casos de depresión leve y solo un caso de depresión moderada.

3 casos de depresión leve que corresponde a 5% en el turno matutino y 4 casos de depresión en el turno vespertino que corresponde a 6.6% con un total de 3 casos de depresión leve que corresponde a 5% y solo un caso de depresión moderada el cual corresponde a 1.6 %.

Con un promedio de edad de 39.7 años.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

Con los resultados obtenidos se sugiere que la escala de Beck sea utilizada como un instrumento para detectar depresión, por médicos desde el primer contacto en la población general y en grupos vulnerables como los médicos, para que sea otorgado un tratamiento oportuno integral por un grupo multidisciplinario y de esta manera contribuir a un mejor estado de calidad de vida y lograr un mejor desempeño en el área laboral.

CRONOGRAMA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

“Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social”																					
ACTIVIDAD	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Sept.		Oct.		Nov.		Dic.		Enero		
	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	
Delimitación del tema a estudiar	■	■	■	■	■	■															
Revisión y selección de la bibliografía					■	■	■	■	■	■	■	■									
Elaboración del protocolo hasta la presentación ante el CLIS											■	■	■	■							
Revisión del protocolo realizado por el comité local de investigación															■	■	■			■	
Registro del número de protocolo realizado																		■	■	■	
Recolección de la información																				■	■
Análisis de resultados																				■	■
Presentación final del trabajo realizado																				■	

- Programado
- Realizado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision; American Psychiatric Press; Washington D.C.; 2000.
2. Alcorta A, MEASUREMENT OF PSYCHOSOCIAL HEALTH IN MEDICAL STUDENTS: VALIDATION OF THE JEFFERSON MEDICAL COLLEGE'S QUESTIONNAIRE IN MEXICO, *Revista de Psicología y Ciencias Afines*; 2008. 25: (1): 101-119.
3. Alvarado R, Vega J, Sanhueza, G. Et. al. Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005; 18: 278-286.
4. Barber, P, Bridge, J, Birmaher, B, Kolko, D., et. Al. Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents; *Suicide Life Threat Behavior*; 2004; 34: 44-55.
5. González,F. et. al. EBSCO host, Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México.2011.
6. Beck, et.al. Inventario de DEPRESION de BECK, Asociacion Española, Centro de Reconocimiento de Conductores. 1961
7. Beck A., Steer R.,Brown. *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation. Manual san antonio; 1996.
8. .Bonicatto, S., Dew, A.M., Soria, J.J.; Analysis of the psychometric properties of the Spanish versions of the Beck depression inventory in Argentina; *Psych Res*. 1998; Volumen 79. 277-285.
- 9.Buelow, G., Range, L.M. No-suicide contracts among college students, *Death Stud*; 2001; Volumen 25; 583-592.

10. Caraveo A., Colmenares E., Saldívar, G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos; *Salud Mental*. 1999; 22: 7-17.
9. Clark, D., Zeldow, P. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA*. 1988; Volumen 260: 2521-2528.
10. Coan J. The heritability of trait frontal EEG asymmetry and negative emotionality: sex differences and genetic nonadditivity. *Dissertation Abstracts International*. 2003; 64: 2382.
11. Davidson R. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*. 1998; 12: 307-330.
12. Davidson RJ. Affective neuroscience and psychophysiology: toward a synthesis. *Psychophysiology*. 2003; 40: 655-665.
13. Davidson RJ. Emotion and affective style: hemispheric substrates. *Psychol Sci*. 1992; 3: 39-43.
14. Ferro, T., Carlson, G.A., Grayson, P., Klein, D.; "Depressive disorders: Distinctions in children"; *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1994; Volumen 33; 664-670.
15. Fox N, Davidson R. Patterns of brain electrical activity during facial signs of emotion in ten month old infants. *Dev Psychol*. 1988; 24: 230-236.
16. Garfinkel P., Goldbloom, D. Mental Health getting beyond stigma and categorie. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; Volumen 78: 503-505.
17. Givens .J, Tjia J. Depressed medical students use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*. 2002; 77: 918-921.

18. González,F. et. al. EBSCO host, Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México.2011.
19. Impara J, Plake B. The Thirteenth Mental Measurements Yearbook. Highland Park. N.J. 1998.
20. Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21: 26-31.
21. Pascual R. La interrupción temprana del vínculo social altera la organización citoarquitectónica y expresión de neuropéptidos en la corteza prefrontal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2002; 40: 9-20.
22. Pascual R, Catalán M, Fuentealba M. Rasgos de ansiedad y alteraciones neuronales en la corteza prefrontal medial, ocasionadas por experiencias adversas tempranas. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2003; 41: 201-211.
- 23 . Sanz, J., García, M., Espinosa, R., et. Al. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 2005; 16: 121-142.
24. Sanz J., Navarro M. Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*,2003; 29: 239-288.

ANEXO 1.

ESCALA DE BECK....CONSTA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACION CLINICA**

Lugar _____

y _____

Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

“Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o de la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es:

Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Solo responder un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

NINGUNO YA QUE SOLO ES RESPONDER UN CUESTIONARIO

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Marlene Marmolejo Mendoza Matricula 9514821
Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

RESUMEN ESTRUCTURADO

Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social

Marlene Marmolejo Mendoza ⁽¹⁾ Carlos Martín Cedillo Garrido ⁽²⁾, José Ignacio Sosa Rodríguez ⁽³⁾,
¹Investigador Principal, ²Investigador Asociado, ³Alumno de 2do año de Medicina Familiar

INTRODUCCION: La depresión se define como un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona.

OBJETIVO: Detectar depresión en médicos familiares, utilizando la escala de Beck en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS: Estudio de investigación aplicada, observacional, descriptivo, transversal, no probabilístico de casos, de una población de 78 médicos familiares y generales; *Criterios de Inclusión* Médicos familiares y médicos generales adscritos de consulta externa; *Exclusión* que no acepten el llenado de la encuesta y no deseen participar en el estudio. Se analizarán todas las variables de la base, se examinará la distribución de las variables, las que tengan distribución gaussiana se expresarán como promedios (\pm desviación estándar) y si no lo son se expresarán como medianas y desviación cuartílica. Para esto se harán pruebas de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se expresarán como proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza 95%. Se elaborará informe con base en tablas y gráficos.

RESULTADOS: De las 60 encuestas realizadas a los médicos familiares de ambos turnos, se encontró que la edad que predominó fue de 30 a 34 (31.6%), seguido de 40 a 44 (21.6%). Se encontraron un total de 7 casos de depresión de las 60 realizadas. De las 60 encuestas realizadas se encontraron un total de 7 casos en total, 3 casos de depresión leve en el turno matutino, 3 casos de depresión leve en el turno vespertino y solo un caso de depresión moderada en el turno vespertino

CONCLUSIONES: De las encuestas realizadas se encontró un total de 7 casos de depresión, 6 casos de depresión leve y solo un caso de depresión moderada.

3 casos de depresión leve que corresponde a 5% en el turno matutino y 4 casos de depresión en el turno vespertino que corresponde a 6.6% con un total de 3 casos de depresión leve que corresponde a 5% y solo un caso de depresión moderada el cual corresponde a 1.6 %. Con un promedio de edad de 39.7 años.

PALABRAS CLAVES: Depresión, escala de Beck.