

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 18 A 59
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 DE
ARANDAS, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SANDRA EDITH CAMARENA GONZALEZ

ASESORES:

DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
DRA. ALMA RUTH BAENA ZUÑIGA

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 44 DE ARANDAS, JALISCO"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

DRA. SANDRA EDITH CAMARENA GONZALEZ.

AUTORIZACIONES:


DR. VICTOR HUGO MENDOZA ROSALES.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
UMF 52 /UMAA. GUADALAJARA, JALISCO.


DRA. ALMA ROCIO DEL PILAR CRUZ LOPEZ.

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DRA ALMA RUTH BAENA ZUÑIGA.

ASESOR DE TEMA DE TESIS.
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.


DR. ALBERTO CHAPARRO TORRES.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 21.

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 18 A 59
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 DE
ARANDAS, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

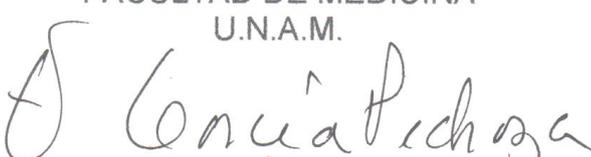
PRESENTA:

DRA. SANDRA EDITH CAMARENA GONZALEZ

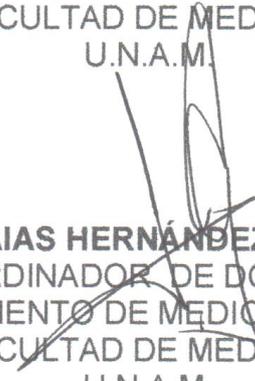
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Agradecimientos

A DIOS por ser mi guía, y darme fortaleza de espíritu.

A mi esposo Miguel Ángel, mis hijos Itzel, Atziri y Edwin por su paciencia, su amor y comprensión y darme impulso en todo este proyecto de vida.

A mis asesores:

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.

Dra. Alma Ruth Baena Zúñiga

Dr. Alberto Chaparro Torres

Por su guía incondicional y su apoyo invaluable.

A las siguientes instituciones:

H. Instituto Mexicano del Seguro Social.

H. Universidad Nacional Autónoma de México

Por darme la oportunidad de desarrollarme y desenvolverme como un profesional de la salud.

TITULO

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 18 A 59
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 DE
ARANDAS, JALISCO”**

INDICE GENERAL

RESUMEN	07
MARCO TEORICO	09
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	21
OBJETIVO GENERAL.....	21
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
HIPOTESIS.....	21
METODOLOGIA	22
TIPO DE ESTUDIO.....	22
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	22
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	22
INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).....	22
DEFINICION DE VARIABLES.....	23
PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.....	25
CONSIDERACIONES ETICAS.....	26
RESULTADOS	27
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS.....	29
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS.....	29
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43

RESUMEN

“PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 DE ARANDAS, JALISCO”

Introducción

Los seres humanos debemos afrontar continuas dificultades en la vida que nos lleva a incurrir en sentimientos de desilusión y melancolía, hasta instalar una depresión en la que se altera la vida emocional, profesional, social y familiar. Donde pueden aparecer comportamientos autodestructivos que encubren deseos suicidas.

Todos estamos expuestos a pasar por un estado depresivo o de estar cerca de alguien que se encuentre así, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento preciso y eficiente, su severidad y efecto sobre la manera como disfrutamos o sufrimos la realidad, con el fin de hacer algunos esfuerzos a nuestro alcance si la situación lo permite para lograr una atención pronta y profesional.

Objetivo: Identificar la prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 59 años y su relación con las variables estado depresivo, edad, escolaridad, género, estado civil y nivel socio-económico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio trasversal y descriptivo, con muestreo aleatorio, en la consulta externa de la unidad de medicina familiar 44 de Arandas, Jalisco del 01 de Enero al 28 de Febrero del 2011, se consideró un tamaño de universo 10,542 adultos entre 18 a 59 años de los cuales 6,012 mujeres y 4,530 hombres. Se aplicó la escala de depresión de Beck.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 10, la descripción de las variables categóricas se realizaron por frecuencia simple y porcentaje, la descripción de las variables numéricas se realizaron con media y desviación estándar., para la comparación de las variables se utilizó de acuerdo a X^2 obteniendo una significancia estadística con valor de ($p < 0.05$).

Recursos. Se contó con investigadores como asesores clínico y metodológico y director de tesis, que cuentan con la experiencia en la realización de protocolos y desarrollo en el área clínica., la residente fue la responsable de la atención de los pacientes seleccionados, previa autorización, mediante firma de consentimiento informado.

Aspectos Éticos.

El presente se realizó bajo consentimiento informado y confidencialidad basados en lineamientos de la Ley General de Salud de México y de acuerdo a las normas éticas internacionales de la Ley General en materia de Investigación para la salud y la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989.

Resultados.

El universo de estudio fue 582 pacientes entre 18 a 59 años de edad, ambos sexos, la edad más frecuente fue de 29 a 38 años, predominó el género femenino, con escolaridad primaria, casadas, con un ingreso económico de \$2,000 a 2,999. Al aplicar la escala de depresión de Beck se demostró que la ausencia de depresión fue de 37.6%, seguido de la depresión moderada con un 29.7%, de depresión leve con 24.4% y depresión severa con 8.2%. Aquellos pacientes que se refirieron con depresión presentaron en su mayoría un estado depresivo moderado correspondiente a 53.4%.

Conclusión.

El trastorno depresivo es uno de los problemas de salud mental más frecuente, que de acuerdo a la literatura conocida, apreciamos una mayor prevalencia de esta enfermedad en nuestra población de estudio, con un 62%, del cual predominó el estado depresivo moderado, de los cuales se definieron con depresión un 53%. Las características individuales fueron similares afectando a pacientes femeninas, casadas, en edad media y baja escolaridad. No influyó su nivel de ingreso económico. Estos factores sociodemográficos son de gran importancia para identificar a los pacientes en riesgo para ofrecerles un diagnóstico y tratamiento oportuno y así evitar un desenlace fatal.

Palabras clave: Depresión, escala de depresión de Beck, Depresión leve, Depresión moderada, Depresión severa.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES.

La depresión se remonta hasta los primeros registros de la humanidad, el primero en describirla fue Hipócrates, quien utilizó el término de Melancolía, del griego bilis, que significa tristeza. Aleteo en el siglo II, formuló el cuadro más completo de este desorden, sugiriendo que esta era causada por factores meramente psicológicos y que la recuperación de este no aseguraba la cura, donde los pacientes sentían una apatía irrazonable.

Con el renacimiento surgió el interés en la depresión dando un nuevo enfoque causal, Timothy Bright publicó su tratado sobre melancolía en 1856. En 1621 Robert Burton terminó su libro Anatomía de la melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684, Schat en 1747 y Herchel en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desordenes como parte de una misma entidad patológica.

Los aportes importantes de Falret fueron de carácter familiar en la depresión recurrente y su mayor incidencia en mujeres. Kraepeling quien revolucionó la psiquiátrica con valiosas aportaciones discriminó los elementos comunes y los abordó como síndromes precursores de desórdenes más graves., otorgando el pronóstico como un criterio diagnóstico., mencionado en su tratado de psiquiatría en 1899.

En 1904 Meyer objetó el término melancolía, ya que era un estado vago de cual poco se sabía y acuñó el término Depresión el cual se ha preservado con mayor conocimiento de este trastorno. (1)

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. (2) Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento en algún momento de su vida, (3) siendo éste uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un importante problema de

salud pública, por ser una enfermedad, con discapacidad que puede tener un desenlace fatal. (4, 5,6).

TRASTORNO DEPRESIVO

Definimos entonces a la depresión como un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. (7)

EPIDEMIOLOGÍA

Es un trastorno con alto índice de frecuencia en la consulta diaria.

Se considera actualmente que 1 de cada 10 pacientes que llegan al consultorio de primer nivel, uno la padece (8), afectando alrededor del 10% de la población general en algún momento de su vida con una frecuencia de presentación de sintomatología somática en la mayoría de los casos, tales como cansancio, cefalea, ansiedad, dolores articulares, síntomas gastrointestinales., cerca de un 80% de estos pacientes son tratados por un médico general, (9) donde la carencia de capacitación de estos médicos para su diagnóstico y tratamiento no sea de forma eficaz ya sea para la elección farmacológica o falla en la dosis (10,11). También se ha reportado en los hospitales generales con una prevalencia que varía entre el 6 y 13% (8).

El informe mundial sobre la salud del 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres, y en un periodo de 12 meses se presenta en un 5.8% y 9.5% respectivamente (12) ,ocupando la tercera y cuarta parte del total de consultas realizadas a nivel primario de atención., 100 millones de casos nuevos cada año en el mundo, principalmente en adultos en un 15% hombres y 24% en mujeres, ocupando un 70% las edades de entre 18 a 45 años. (13,14)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2002 entre una población de 18 a 65 años, concluyo que ocupa el tercer lugar de frecuencia, 9.1% a cursado con un trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 en mujeres y 6.7% en hombres, y si lo limitamos a un estudio de 12 meses ocupa el 5to lugar y en mujeres el segundo., incrementándose esta en relación con la edad, sin embargo disminuye su

diagnóstico debido a las patologías agregadas. En el 2003 el sexo masculino ocupó el 9no lugar y el 6to en mujeres dentro de las enfermedades no transmisibles. (15, 16, 17,18).

Estudios recientes demuestran la discapacidad relacionada con el trastorno, ocupando el cuarto lugar y estimándose que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad, atribuyéndoles el 10% del global, el cual aumentara a un 15%. (19).

En el caso de algunas enfermedades, la presencia de depresión puede empobrecer su pronóstico, e incluso la depresión por si misma ocasiona lesiones en el organismo o favorecer a la aparición de otras patologías. Existen reportes que han probado que la evolución de un paciente que lucha contra la enfermedad con esperanza es mejor que en aquellos con deseo de morir. Todo ello hace necesario la detección temprana de esta enfermedad, pues sus consecuencias pueden ser fatales teniendo dos a tres veces más alta la tasa de mortalidad que la población general.(8,9) Las personas deprimidas disminuyen su productividad, afectan su dinámica familiar, por lo que es necesario hacerlos conscientes de su enfermedad, para tener a un acceso de tratamiento adecuado, se impone pues la necesidad de distinguir el estar deprimido, como una sensación subjetiva ante variaciones normales del humor, de la enfermedad depresiva, que es un conjunto de síntomas susceptibles de tratamiento médico. (20,21)

Aunque la tristeza y el duelo constituyen las respuestas normales a pérdidas, la depresión no lo es. Un dato curioso encontrado en los pacientes que experimentan un duelo normal tienden a reflejar simpatía sobre el médico que les proporciona la atención, la depresión a menudo origina frustración e irritación en el médico. El duelo suele acompañarse de una autoestima intacta, mientras que la depresión se caracteriza por una sensación de culpabilidad y falta de valor personal. (22)

Se considera que tiene un origen multifactorial en cual pueden intervenir elementos como historia familiar de depresión, pérdidas significativas, eventos estresantes, violencia, cambio estilo de vida, accidentes, genética, condiciones educativas, en las cuales intervienen sustancias como la serotonina, acetilcolina o norepinefrina. (23,24)

La instalación del cuadro puede llevarse a cabo de días a semanas o instalarse de forma súbita. Su duración también es variable. Si no se trata puede durar más de seis meses. Apareciendo las siguientes entidades:

1. Recidiva. Aunque algunas personas suelen tener solo un trastorno depresivo con recuperación completa, se estima que cerca del 50 al 85% de las personas acaba teniendo otro episodio y entonces la enfermedad cumple los criterios de “trastorno depresivo-recidivante”

2. Estado inter-episódico. Se sabe que los pacientes que presentan cuadros crónicos no remiten en su totalidad con deterioro laboral o funcional (35%), en cambio aquellos que se mantienen sintomáticos están en remisión parcial.

3. Patrón estacional. Relación temporal regular entre el inicio y la remisión de los síntomas y periodos concretos en el año (Octubre a Noviembre).

La edad media de presentación es poco antes de los 30 años. Los síntomas de trastorno depresivo mayor suelen desarrollarse de días a semanas. Los síntomas prodrómicos suelen presentarse a través de angustia o fobias y en la mayoría de los casos a través de síntomas somáticos (depresión atípica), su inicio es de tipo insidioso.

Las características objetivas de trastorno depresivo radica en un estado de ánimo en extremo triste, en el cual hay pérdida del interés por la vida, carencia de placer en casi todas las actividades y sentimiento de desesperanza y minusvalía. Los síntomas depresivos varían en gravedad desde leves hasta ideas delirantes graves acerca del valor de uno mismo, logro de metas y el futuro. La regla es que ocurran trastornos del sueño y en el apetito. La confianza y la estima en si mismo casi siempre disminuyen e incluso en las formas menores ⁽²⁵⁾.

En la actualidad hay un mayor grado de comprensión hacia las personas que padecen depresión, con respecto a otras épocas, cada vez más se sabe que es una enfermedad grave y no un trastorno trivial. A pesar de lo mencionado se estima que solo un 25% de los pacientes con depresión son diagnosticados y tratados. ^(8,25).

CLASIFICACIÓN Y DIAGNOSTICO

Para el reconocimiento del trastorno depresivo existen ciertos criterios del “Diagnostic Mental Disorders IV” (DSM-IV) para la depresión mayor, en conjunto con el CIE-10, en el cual deben de estar presentes por lo menos dos semanas acompañados al menos de cuatro de los síntomas siguientes:

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (F.32)

A Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas dentro de un periodo de dos semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo ó 2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. Casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

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 todo el día.

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. (Cambio global del 5%)

4. Insomnio o hipersomnia.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.

6. Fatiga o pérdida de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivos o inadecuados.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.

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

B. Los síntomas no deben de ser parte de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una incapacidad funcional preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR EPISODIO UNICO (F.32)

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 especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE (F.33)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (separados entre sí por lo menos dos meses seguidos durante los cuales no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor).

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, u trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. (2, 3, 6,7)

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DEL DIAGNOSTICO.

Un episodio de trastorno depresivo mayor puede clasificarse como leve, moderado o grave.

Los ***episodios leves*** se caracterizan por síntomas con un grado escasamente superior al mínimo requerido para dar ese diagnóstico y por un deterioro funcional menor.

Los **episodios moderados** se caracterizan por la presencia de síntomas que superan con mucho los requerimientos diagnósticos mínimos y por un deterioro funcional más importante.

Los **episodios graves** se caracterizan por la presencia de varios síntomas en un grado superior al mínimo requerido para el diagnóstico y porque los síntomas interfieren en gran medida al funcionamiento laboral y-o personal. Incluyendo además ideación suicida en este apartado.

El trastorno depresivo mayor, puede ir acompañado de alucinaciones o ideas delirantes, que pueden ser congruentes con el estado de ánimo depresivo.

0=Leve, 1=Moderado, 2= Grave sin síntomas psicóticos, 3=Grave con síntomas psicóticos, 4=En remisión parcial o total, 9=No especificado. (26, 27,28.).

Para obtener el **diagnóstico** del trastorno depresivo es necesario una vez seleccionado el paciente., el uso de escalas específicas que ya han sido estandarizadas, que sirven también identificarlo, clasificarlo, para monitorizar la evolución del paciente, con fines clínicos o de investigación. Entre ellas una de las más socorridas es el Inventario de Depresión de Beck el cual será nuestra herramienta en este estudio.

Escala de depresión de Beck (BDI-II): La primera versión de 1961 fue seguida por la aún 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 actual. Este cuestionario auto-aplicable cuenta con 21 grupos de enunciados, después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, se marca el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como se ha sentido el paciente durante la última semana, incluyendo el día que se aplica el instrumento. 0-9 puntos ausencia de depresión, 10-16 puntos depresión media, 17-29 puntos depresión moderada, 30-63 puntos depresión severa.

La fiabilidad es alta o muy alta (desde 0.58 a 0.93), y su consistencia interna muy alta tanto en pacientes (alfa de Cronbach medio=0.87) como en muestras de población general (0.81) (29)

Validez: Existen dos traducciones del BDI-II al castellano. Una traducción está disponible junto con el propio Manual del BDI-II, y ha sido estudiada por Penley et al. (2003) en Estados Unidos con población latina. Otra traducción y estudio de sus propiedades psicométricas ha sido realizada en España. En los dos casos, las investigaciones corroboraron la confiabilidad transcultural del instrumento y su capacidad de discriminar adecuadamente la presencia de síntomas y trastornos depresivos (30).

Para ofrecerle mejor un **tratamiento**, el médico debe crear un ambiente de cordialidad que permita al paciente expresar sus emociones, garantizando la confidencialidad de la información que se solicita. Es necesario lograr el compromiso del paciente y su familia en el tratamiento, explicando en forma detallada la naturaleza de la enfermedad, así como las posibilidades terapéuticas. En caso de que se decida la conveniencia de un tratamiento farmacológico, explicar al paciente el o los fármacos que se van a emplear, su período de latencia, sus posibles factores adversos y los beneficios que se esperan. (31)

La psicoterapia es preferible a los tratamientos psicofarmacológicos, pero con frecuencia no pueden administrarse debido a los limitados recursos asistenciales disponibles. La mejoría inicial alcanzada con la terapia cognitivo conductual puede mantenerse durante 2 años, especialmente si el tratamiento es conducido por un psicoterapeuta experimentado. Las terapias cognitivas son más eficaces que otros métodos genéricos como relajación o psicoterapia no directiva. (32).

Dentro de la terapia farmacológica contamos con:

Antidepresivos tricíclicos: Actúan inhibiendo la recaptación de noradrenalina y serotonina. La amitriptilina. Las desventajas esta dadas por su sedación diurna y los efectos anticolinérgicos. (22,25,32)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:(ISRS) son mejor tolerados y más seguros en caso de sobredosis que los antidepresivos tricíclicos, por lo que son recomendados usualmente como agentes de primera elección. Entre ellos contamos con el escitalopram (10mg/día), paroxetina (20mg/día), venlafaxina también es efectivo, pero debido a cuestiones de tolerabilidad se recomienda con frecuencia para uso como segunda línea de tratamiento. (22,25,32)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno depresivo, es un padecimiento que se encuentra dentro de los trastornos afectivos más comunes, el cual ha venido a tomar mucha importancia en los últimos tiempos, debido al aumento de frecuencia de presentación, sobre todo dentro de personas jóvenes productivas, el cual representa una discapacidad personal, laboral, social y familiar, con un alto costo de atención principalmente de tipo terapéutico, ya que se reconoce cuando a avanzado a un trastorno depresivo mayor y no a una leve tristeza.

Dentro de nuestra población arandense adscrita a nuestra unidad, hemos percibido que existe una gran demanda, la mayoría enmascarada con otras sintomatologías somáticas y otra francamente identificada, y en una minoría se han reportado bajas, que tenían un fondo depresivo. Se a calculado que forma parte de los diez primeros motivos de consulta, ocupando el quinto lugar avanzando un peldaño con respecto al año anterior, y siendo una patología con una frecuencia de presentación alrededor de los 30 años, donde los pacientes son productivos, y donde nuestro pico de población máxima oscila dentro de ese rubro de edad, ocupando el 41.9%, de su total, es por lo que llama la atención, el poder identificar a tiempo los pacientes que están cursando con este tipo de patología, antes de que se desarrollen a un trastorno mayor o a un desenlace fatal., sin contar que disminuiríamos los costos a nivel terapéutico farmacológico, ya que podríamos ofrecerles un apoyo psicoterapéutico, factible a tiempo., rescatarlos antes de que esto se complique perjudicando todo su entorno social.

Por tal motivo la pregunta a contestar en está investigación es la siguiente:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 59 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 de Arandas Jalisco?

JUSTIFICACION

MAGNITUD.

La depresión es un trastorno, que cada vez se presenta con mayor frecuencia como consulta diaria en la práctica médica. Se considera actualmente que 1 de cada 10 pacientes que llegan al consultorio de primer nivel, uno la padece (8),y cerca de un 80% de estos pacientes son tratados por un médico general.(9)

El informe mundial sobre la salud del 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombres es de 1.9% para los hombres y de 3.2% en mujeres, y en un periodo de 12 meses se presenta en un 5.8% y 9.5% respectivamente (12), ocupando la tercera y cuarta parte del total de consultas realizadas a nivel primario de atención., 100 millones de casos nuevos cada año en el mundo, principalmente en adultos en un 15% hombres y 24% en mujeres, ocupando un 70% las edades de entre 18 a 45 años. (13,14)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2002 entre una población de 18 a 65 años, concluyo que ocupa el tercer lugar de frecuencia, 9.1% a cursado con un trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres, y si lo limitamos a un estudio de 12 meses ocupa el 5to lugar y en mujeres el segundo., incrementándose esta en relación con la edad, sin embargo disminuye su diagnóstico debido a las patologías agregadas. En el 2003 el sexo masculino ocupó el 9no lugar y el 6to en mujeres dentro de las enfermedades no trasmisibles. (15,16,17,18).

Es la primer causa de consulta psiquiátrica a nivel hospitalario y de consulta externa, creciendo de tal manera que ya no es solo una patología exclusiva del médico psiquiatra sino del quehacer y practica a nivel general y familiar.En la Unidad de Medicina Familiar 44 de Arandas, Jalisco, donde se realizará este estudio, el trastorno depresivo se encuentra dentro de los 10 primeros motivos de consulta, ocupando el quinto lugar, subiendo un peldaño con respecto al año anterior con mayor afectación en población productiva, (33) teniendo una pirámide poblacional global de 25,148 pacientes, de los cuales 6,012 son mujeres y 4,530

son hombres en el rango de edad de 18 a 59 años de edad, correspondiendo al 41.9% de pacientes la cual sería nuestra población a considerar. (34)

TRASCENDENCIA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, las personas deprimidas disminuyen su productividad, afectan su dinámica familiar. (2) Los sujetos con historia o presencia de depresión, tienen un déficit marital, menos actividades recreativas, aislamiento social, pérdida de empleo y dependencia emocional y económica.

Entre 27% y 35% de los pacientes con depresión, presentan incapacidad social grave, lo que quiere decir que una gran parte de estos sujetos no está en la posibilidad de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y laboral. Si lo observamos dentro de un panorama de tasas de mortalidad tampoco es alentador ya que aumentan 2 a 3 veces más que la población general, ya que estos pacientes son más susceptibles de padecer enfermedades, una tasa alta a los accidentes y por supuesto al suicidio. Se ha calculado que entre el 45 y 70% de los sujetos que se suicidaron padecían depresión y se estima que el 15% de los deprimidos van a suicidarse(2,8), estudios recientes han demostrado la discapacidad e incapacidad relacionada con este trastorno, mostrando el impacto del mismo al ocupar el 4to lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad.(4,8,19) Es una entidad que se ha ido presentando de acuerdo a estadísticas con mayor frecuencia en personas jóvenes, de edad media, principalmente entre los 18 y 65 años de edad, teniendo su pico máximo alrededor de los 30 años, afecta principalmente en mujeres que en varones con una relación de 2:1., (25), apreciando que se encuentran dentro de la edad productiva, por lo que tiene un grave impacto tanto dentro como fuera de la familia, sin contar los costos económicos que esto repercute, en cuanto atención y tratamiento del mismo.

VULNERABILIDAD

Como consecuencia ya se mencionó la depresión es un problema que debe identificarse en su etapa inicial debido a las consecuencias que esta acarrea, de esta manera se evitan costos de la enfermedad en dolor, discapacidad y muerte.,

se presenta de forma común como demanda dentro del primer nivel de atención, la afiliación a un seguro médico facilita su diagnóstico, su presentación a veces de manera insidiosa y otras clara y mencionada por el propio paciente facilita su identificación. (2,10), la mayoría de los médicos detectan e inician su manejo farmacológico de forma temprana (11). Además el 70% de la depresión responde con tratamiento farmacológico (antidepresivos), (22) tratamiento disponible en el primer nivel de atención. Otro apoyo terapéutico es la psicoterapia en la cual se ha apreciado menos recaídas, sin embargo debido a los limitados recursos asistenciales disponibles no es posible llevarla a cabo en la mayoría de nuestros pacientes (32).

FACTIBILIDAD

La depresión es un trastorno afectivo identificable desde que el paciente llega a la consulta y expresa la frase “estoy triste”, o cuando identificamos labilidad emocional o falta de aceptación o respuesta a tratamientos en enfermedades crónicas. Por lo que este estudio es factible ya que es aplicable al tipo de población que se atiende, la forma de abordar a los pacientes forma parte del quehacer diario, y se cuenta con los recursos humanos y económicos necesarios.(10)

OBJETIVOS DE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar la prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 59 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 44, de Arandas Jalisco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar la prevalencia de depresión mediante la Escala de Depresión de Beck.
2. Demostrar la frecuencia por género y edad de los pacientes en estudio.
3. Identificar las características socio demográficas de los pacientes con depresión.

HIPÓTESIS

No requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo y transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se realizó el estudio en pacientes de entre 18 a 59 años, masculinos y femeninos que acudieron a consulta externa dentro de los turnos matutino y vespertino, del 01 de enero 2011 al 28 de febrero del 2011 en la UMF 44, Arandas, Jalisco.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una muestra por conveniencia tomado del tamaño del universo que es de 10,542 adultos, entre 18 a 59 años correspondiendo a 6,012 mujeres y 4,530 hombres, de ambos turnos, se utilizó el cálculo electrónico Stats de pruebas estadísticas de Sampieri, con un error máximo aceptable de 5% con un porcentaje estimado de prevalencia del 13 % y un nivel deseado de confianza del 95%, obteniendo promedio total de 582 pacientes a encuestar por lo que está sujeto a la demanda de consulta en un lapso de dos meses y la reunión de los criterios de inclusión. (35)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de 18 a 59 años
- Pacientes que acudan a la unidad de Medicina Familiar No. 44.
- Que acepten participar con autorización mediante información y consentimiento escrito

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no saben leer y escribir.
- Pacientes con problemas psiquiátricos que impidan realizar el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Instrumentos con información incompleta.

VARIABLES A RECOLECTAR

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESTADISTICA
TRASTORNO DEPRESIVO	Estado de tristeza con pérdida de interés o placer que dura al menos 2 semanas y que están presentes la mayor parte del día	Con depresión Sin depresión	Categórica	Frecuencia simple y %
ESCALA PARA DEPRESION DE BECK	Explora el estado depresivo, consta de 21 enunciados (ver definición de variables)	Ausencia Leve Moderada Severa	Categórica	Frecuencia Simple y %
EDAD	Años cumplidos	18-28 29-38 39-48 49-59	Numérica	Media rango y D.E
GÉNERO	El mencionado en su registro civil.	Hombre Mujer	Categórica	Frecuencia simple y %
ESCOLARIDAD	Estudios que realizó de manera oficial	sin estudio primaria secundaria preparatoria licenciatura	Categórica	Frecuencia simple y %
EDO.CIVIL	Se definirá de acuerdo a su situación legal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Categórica	Frecuencia Simple y %
NIVEL SOCIO-ECONOMICO	Ingreso económico mensual	A. 13,000 o + B. 4,000 a 12,999 C.2,000 a 3,999 D.1000 a 1999 E.999 a menos.	Categórica	Frecuencia Simple y %

DEFINICION DE VARIABLES

ESCALA PARA DEPRESION DE BECK

1. TRISTE	Estado de ánimo, en el cual no se encuentra gusto o placer por nada
2. DESANIMADO	Falta de energía o ganas para realizar cualquier actividad.
3. FRACASO	Suceso lastimoso, inapropiado o funesto.
4. PLACER	Satisfacción, sensación agradable producida por la realización de algo que gusta o complace.
5. CULPABLE	Sentimiento de responsabilidad por la acción u omisión o daño causado.
6. CASTIGADO	Sentimiento de estar corrigiendo o enmendado por una obra realizado.
7. SENTIMIENTO DE IGUAL	Del mismo valor y aprecio.
8. CRITICO	Aquel que todo lo censura, sin perdonar ligeras faltas.
9. PENSAMIENTO DE MATARME	Ideación o pensamiento de quitarse la vida, no vivir.
10. LLANTO	Efusión de lágrimas acompañada de lamentos y sollozos
11. TENSO	Estado anímico de excitación, impaciencia o exaltación.

12. PERDIDA DE INTERES	Ausencia de cautivar la atención y el ánimo de realizar actividades de provecho o utilidad.
13. TOMA DE DECISIONES	Capacidad de determinar o resolver una cosa dudosa.
14. DEVALUADO	Acción de restarle valor: utilidad o aptitud de las cosas, para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.
15. ENERGIA	Capacidad, eficacia, poder o virtud de obrar.
16. DORMIR	Estar en reposo que consiste en la inacción de los sentidos y de todo movimiento voluntario.
17.IRRITABLE	Sensación de ira, anulación o invalidar.
18. APETITO	Impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades, ganas de comer.
19. CONCENTRACION	Acción de estar atento o pendiente de una actividad.
20. CANSADO	Falta de fuerzas que resulta de estar fatigado: molestia ocasionada por un esfuerzo mas o menos prolongado.
21. INTERES POR EL SEXO	Inclinación del ánimo hacia un placer venéreo.

(36).

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizó posterior a ser autorizado por el SIRELCIS en 1306 correspondiente. Iniciando el 01 de Enero al 28 de Febrero del 2011, el estudio se llevó acabo en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar # 44 de Arandas Jalisco, la médico residente entrevisto a los pacientes que acudieron a consulta y recolecto la información de los cuestionarios de las escalas de medición de depresión de Beck auto-aplicados a pacientes de entre 18 a 59 años de edad, previo consentimiento informado bajo información verbal y escrita. Tomándose una muestra de 582 pacientes correspondiente a lo calculado, en el turno matutino y vespertino, en el lapso de tiempo indicado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La descripción de las variables categóricas de depresión, escala para depresión de Beck, escolaridad, estado civil y ocupación, se expresaron con frecuencia simple y porcentaje, la descripción de la variable numérica como la edad, se realizará con media y desviación estándar, para comparación de las variables, de acuerdo a su categoría se utilizará X^2 y al comparar se tomará una significancia estadística $p < 0.05$. Se utilizó la ayuda del programa estadístico SPSS versión 10. Los resultados se expresarán en tablas de contingencia y gráficas.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo fué aprobado por el CLIS 1306.

El presente proyecto de investigación se clasificó como un estudio clase I en la Ley General de Salud de México y con base en los lineamientos de dicha clasificación se consideró lo siguiente: Los procedimientos de este estudio están de acuerdo con las normas éticas internacionales, con el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud, y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989.

Titulo segundo, capítulo 1, artículo 17, sección 1, Investigación sin riesgos. Se requirió consentimiento bajo información ya que toda investigación en la que participen seres humanos es necesaria su autorización.

Se respetó aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio de paciente.

En este estudio se contemplarán los siguientes aspectos:

Participación voluntaria: Se solicitó al paciente a través de su consentimiento informado en el cual la paciente será libre de participar o no según propia decisión después de haber escuchado los objetivos del estudio.

Consentimiento informado: Se realizó en forma verbal y escrita, se le explicó claramente a la paciente quiénes son los responsables del estudio, los objetivos, los procedimientos a realizar, beneficios y posibles riesgos.

Confidencialidad: La información recolectada fue manejada en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio. Los nombres, cédulas y otros identificadores del paciente fueron borrados de la base de datos y no se mencionaron en los resultados o comunicaciones científicas.

Derecho a la no subsiguiente participación: Los pacientes tuvieron de su conocimiento que tienen el derecho, una vez incluido en el estudio a no continuar y retirarse si el paciente lo estime conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para ella responsabilidad ni perjuicio alguno.

RESULTADOS

Este estudio incluyó un universo de 582 pacientes de entre 18 a 59 años de edad, lo cual correspondió a un 5.52 % del tamaño de muestra calculado de un total de 10,542 pacientes de los cuales 6,012 son femeninos y 4,530 masculinos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

En relación a la variable de la edad la mayor frecuencia se encontró dentro de los 29 a 38 años con una representación de 38.1%, seguido de 18 a 28 años con un 38% y la frecuencia menor fue en el rango de 49 a 59 años con un 7.2% del total de los encuestados. (Tabla y Gráfico 1).

De acuerdo a su género predominó el femenino con 63.4% y el masculino con 36.6% (Tabla y Gráfico 2).

En la escolaridad se encontró un nivel de educación primaria con un 38.8%, seguido por el nivel secundaria con un 25%. (Tabla y Gráfico 3).

El estado civil casado fue predominante entre los encuestados con un 68.4%, seguido del soltero con un 24.1%.(Tabla y Gráfico 4).

Aquellos pacientes que se auto-definen con depresión fue predominante con un 53.4% y sin ella con un 46.6% (Tabla y Gráfico 5).

De acuerdo a su nivel socioeconómico predominó de entre \$2,000 a 2,999 con 44% (Tabla y Gráfico 6).

En cuanto a la escala de depresión de Beck se observó mayor frecuencia en su estado ausente con 37.6%, seguido del estado moderado con un 29.7%, estado leve con 24.4% y estado severo con 8.2%. (Tabla y Gráfico 7).

La relación observada entre la edad y la depresión se aprecia con depresión la edad de entre 29-38 años, con significancia clínica y estadística de $\chi^2=25.988$, $gl=3$, $p=0.000$ (Tabla 8).

En relación a la edad con la escala de depresión de Beck se aprecia en su mayoría entre 29-38 años de edad, con un estado depresivo de ausencia en 76, leve 59, moderada 66 y severa 21 pacientes, seguido por el grupo de edad de 18-

28 años con un estado depresivo de ausencia 100, leve 57, moderada 56, severa 8 pacientes. Con significancia clínica y estadística de $\chi^2=42.408$, $gl=9$ y $p=0.000$. (Tabla 9).

Aquellos pacientes que se refirieron con depresión y se les aplicó la escala de depresión de Beck presentaron en su mayoría un estado depresivo moderado correspondiente a 158 pacientes, seguidos de un estado leve con 89, severo con 47 y ausente 17. Con una significancia estadística de $\chi^2=326.484$, $gl=3$ y $p=0.000$. (Tabla 10).

En relación a la escolaridad y escala de depresión de Beck se apreció en su mayoría aquellos pacientes con nivel de educación primaria con un total de 226 encuestados, de los cuales presentaron una escala de depresión ausente en 86, leve 46, moderada 72 y severa 22, con una significancia clínica y estadística de $\chi^2=29.430$, $gl=12$ y $p=0.003$. (Tabla 11).

En relación al estado civil y escala de depresión de Beck se apreció que en su mayoría los pacientes con un estado civil casado predominó un estado depresivo ausente con 161 pacientes, seguido del estado moderado con 103, leve 96 y severa 38, con una significancia estadística de $\chi^2=38.124$, $gl=12$ y $p=0.000$. (Tabla 12).

Predominó el género femenino al aplicar la escala de Depresión de Beck con 369 pacientes, del cual también abundó el estado moderado con 111 pacientes, seguido del leve con 87 pacientes. Sin significancia estadística pero con significancia clínica (Tabla 13).

Aquellos pacientes que se definieron con depresión, el género femenino dominó con 203 seguido de 108 del género masculino. Sin significancia estadística pero con significancia clínica (Tabla 14).

TABLAS Y GRAFICAS

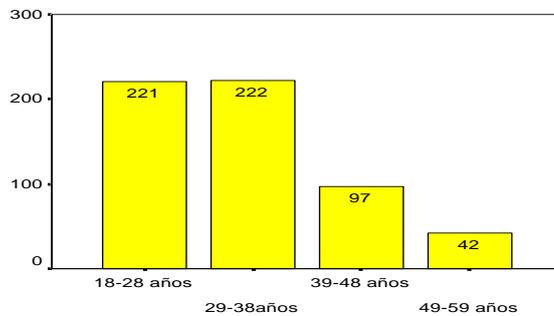
Tabla y Gráfico 1. Frecuencia de acuerdo a edad

edad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	18-28 años	221	38,0
	29-38 años	222	38,1
	39-48 años	97	16,7
	49-59 años	42	7,2
	Total	582	100,0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

edad



edad

Tabla y Gráfico 2. Frecuencia de acuerdo a género

genero

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	hombre	213	36,6
	mujer	369	63,4
	Total	582	100,0

genero



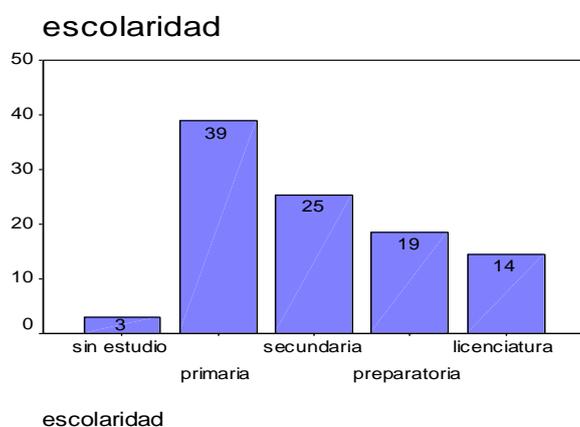
genero

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla y Gráfico 3. Frecuencia de acuerdo a escolaridad.

escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos sin estudio	17	2,9
primaria	226	38,8
secundaria	147	25,3
preparatoria	108	18,6
licenciatura	84	14,4
Total	582	100,0



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 4.

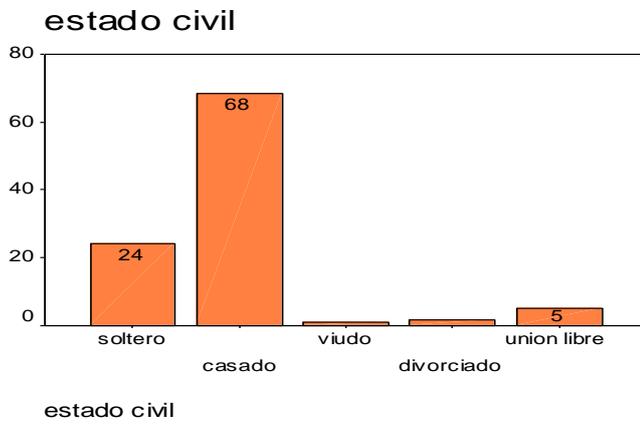
Frecuencia de acuerdo a su estado civil.

estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos soltero	140	24,1
casado	398	68,4
viudo	5	,9
divorciado	9	1,5
union libre	30	5,2
Total	582	100,0

Gráfico 4.

Frecuencia de acuerdo a su estado civil.

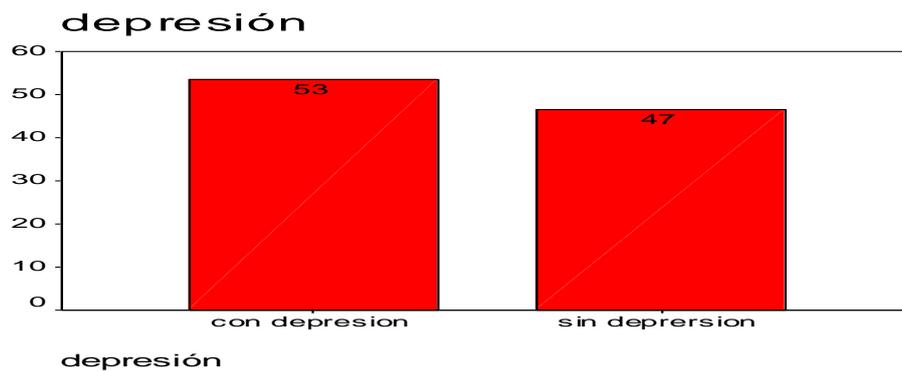


FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Tabla y Gráfico 5. Frecuencia de acuerdo a depresión.

depresión

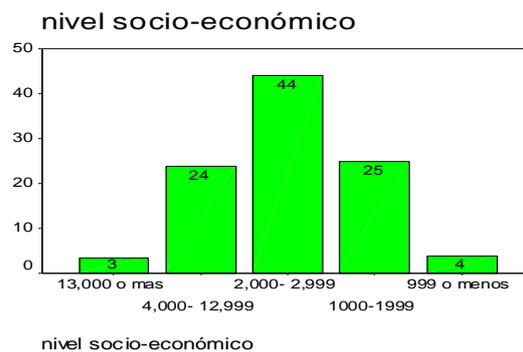
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	con depresion	311	53,4
	sin depresion	271	46,6
Total		582	100,0



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla y Gráfico 6. Frecuencia de acuerdo a nivel socio-económico.

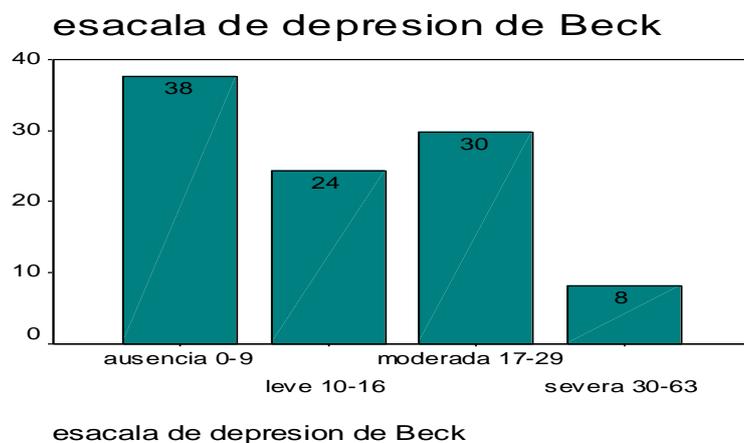
nivel socio-económico			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	13,000 o mas	20	3,4
	4,000- 12,999	139	23,9
	2,000- 2,999	256	44,0
	1000-1999	145	24,9
	999 o menos	22	3,8
	Total	582	100,0



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla y Gráfico 7. Frecuencia de acuerdo a escala de depresión de Beck.

esacala de depresion de Beck			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ausencia 0-9	219	37,6
	leve 10-16	142	24,4
	moderada 17-29	173	29,7
	severa 30-63	48	8,2
	Total	582	100,0



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 8. Edad*Depresión**Tabla de contingencia edad * depresión**

Recuento

		depresión		Total
		con depresion	sin deprersion	
edad	18-28 años	94	127	221
	29-38años	124	98	222
	39-48 años	59	38	97
	49-59 años	34	8	42
Total		311	271	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,988	3	,000

Tabla 9. Edad*Escala de Depresión de Beck.**Tabla de contingencia edad * esacala de depresion de Beck**

Recuento

		esacala de depresion de Beck				Total
		ausencia 0-9	leve 10-16	moderada 17-29	severa 30-63	
edad	18-28 años	100	57	56	8	221
	29-38años	76	59	66	21	222
	39-48 años	38	21	29	9	97
	49-59 años	5	5	22	10	42
Total		219	142	173	48	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,408	9	,000

Tabla 10. Depresión*Escala de Depresión de Beck.

Tabla de contingencia depresión * esacala de depresion de Beck

Recuento

		esacala de depresion de Beck				Total
		ausencia 0-9	leve 10-16	moderada 17-29	severa 30-63	
depresión	con depresion	17	89	158	47	311
	sin depresion	202	53	15	1	271
Total		219	142	173	48	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	326,484	3	,000

Tabla 11. Escolaridad*Escala de Depresión de Beck.

Tabla de contingencia escolaridad * esacala de depresion de Beck

Recuento

		esacala de depresion de Beck				Total
		ausencia 0-9	leve 10-16	moderada 17-29	severa 30-63	
escolaridad	sin estudio	1	5	7	4	17
	primaria	86	46	72	22	226
	secundaria	56	41	41	9	147
	preparatoria	55	23	25	5	108
	licenciatura	21	27	28	8	84
Total		219	142	173	48	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,430	12	,003

Tabla 12. Estado civil*Escala de Depresión de Beck.

Tabla de contingencia estado civil * esacala de depresion de Beck

Recuento		esacala de depresion de Beck				Total
		ausencia 0-9	leve 10-16	moderada 17-29	severa 30-63	
estado civil	soltero	50	36	49	5	140
	casado	161	96	103	38	398
	viudo		1	1	3	5
	divorciado	2	1	5	1	9
	union libre	6	8	15	1	30
Total		219	142	173	48	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,124	12	,000

Tabla 13. Genero*Escala de Depresión de Beck.

Tabla de contingencia genero * esacala de depresion de Beck

Recuento		esacala de depresion de Beck				Total
		ausencia 0-9	leve 10-16	moderada 17-29	severa 30-63	
genero	hombre	78	55	62	18	213
	mujer	141	87	111	30	369
Total		219	142	173	48	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,430	3	,934

Tabla 14. Genero* Depresión.

Tabla de contingencia genero * depresión

Recuento

		depresión		Total
		con depresion	sin deprersion	
genero	hombre	108	105	213
	mujer	203	166	369
Total		311	271	582

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,008	1	,315

DISCUSION

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en nuestra población y ha sido reconocida como un importante problema de salud pública, por su discapacidad que puede tener un desenlace fatal. (4,5,6).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2002 entre una población de 18 a 65 años, concluyo que ocupa el tercer lugar de frecuencia, 9.1% a cursado con un trastorno afectivo, y que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento en algún momento de su vida, (3) presentando una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres, sin embargo se pudo observar con este estudio que las cifras van en aumento ya que un 62% del total de la población presento un grado de depresión, de acuerdo a la escala de depresión de Beck, con una frecuencia de presentación en de 29 a 38 años, principalmente en el género femenino de las cuales representan un 63% con respecto al masculino, con un estado civil casado, una escolaridad primaria y un nivel socioeconómico medio. La mayoría de los pacientes un 53% se autodefinió con depresión, del cual un 35% es femenino y un 18% masculino., lo cual lo hace importante y objetivo ya que las personas deprimidas disminuyen su productividad, afectan su dinámica familiar. (2), tienen un déficit marital, menos actividades recreativas, aislamiento social, pérdida de empleo y dependencia emocional y económica, son más susceptibles de padecer enfermedades, una tasa alta a los accidentes y por supuesto el suicidio. Además estudios recientes demuestran la discapacidad relacionada con el trastorno, ocupando el cuarto lugar y estimándose que para el 2020 será la segunda causa de morbilidad, atribuyéndoles el 10% del global, el cual aumentara a un 15%. (19).

CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión fue de 62% del total de la población, representados por el género femenino con un 63 % respecto al género masculino., con una edad predominante de 29 a 38 años seguidos de 18 a 28 años. El 53% de los pacientes se definió con depresión. La educación primaria dominó, con un estado civil casado y un nivel de ingresos mensuales económicos de 2,000 a 2,999 pesos m/n.

El presente estudio demostró que más de la mitad de la población que acudió a consulta se encuentra con un estado depresivo, del cual en su mayoría se detectó en un estado depresivo moderado (30%) de acuerdo a la escala de Beck, el cual solo era percibido como un estado emocional subjetivo que hacia disfuncional su vida cotidiana y no como una enfermedad. Así como los ingresos económicos mensuales no influyen en la depresión, así como la escolaridad, o el estado civil, sin embargo predominó en nuestro grupo de estudio los pacientes con un nivel educacional básico que en relación con licenciatura si hace significativa la presencia de estado depresivo en aquellos con un nivel cultural más reducido. Estos factores sociodemográficos son de gran importancia para identificar a los pacientes en riesgo para ofrecerles un diagnóstico y tratamiento oportuno y así evitar un desenlace fatal.

SUGERENCIAS

Al paciente se le invita a acudir a consulta al primer síntoma de depresión, informarle al médico sus inquietudes y sentimientos. Y en caso de presentarla seguir las indicaciones otorgadas por su médico tratante y buscar apoyo en familiares o amigos para salir a flote lo más pronto y sanamente posible.

Al médico se le solicita no menospreciar los argumentos establecidos por el paciente al referirse deprimido, triste o falta de ánimo para sus actividades cotidianas, establecerlo como paciente prioritario., otorgándole el tratamiento inicial, terapia psicológica y su seguimiento para evitar cronicidad, discapacidad y lo más temible el suicidio. Y sobre todo indagar en cada posible caso para así tratar en su etapa inicial y prevenir sus complicaciones.

A la institución para que priorice el primer nivel ya que es donde estamos en contacto inicial con el paciente, para que nos otorgue la facilidad de prescripción de medicamentos para evitar los envíos a un segundo nivel., así como el apoyo para crear un grupo de ayuda psicológica a los pacientes detectados. Así como la difusión a través de carteles sugerentes a esta patología para que sea más sencillo a los pacientes la identificación de esta patología ya que muchos pacientes no relaciona su sintomatología como un estado depresivo sino como otra entidad trivial, y acuden ya cuando se encuentra en estados avanzados que requieren una terapia farmacológica mayor y una incapacidad que merma los recursos de esta institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jackson, Stanley W. **Historia de la melancolía y la depresión. Desde tiempos hipocráticos a la Época Moderna.** Madrid Ed. Turner.1986, Cap. 1.
2. Bello M Puentes E, Medina ME, Lozano R. **Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México.**Salud Pública Mex. 2005.,47(1):4-11.
3. Remick RA. **Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update review.** CMAJ 2002, 167: 1253-1260.
4. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldivar G. **Estudio Clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos.** Salud Mental 2002. 1.
5. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MJ. **The prevalence and distribution of major depression in a national community sample.**The National Comorbidity Survey. Am J. Psychiatry 1994. 151: 979-986.
6. Kohn R, Levau I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. **Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, asunto prioritario para la salud pública.**Rev Panam Salud Pública 2005, 18 (4/5): 229-40.
7. American Psychiatric Association: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** , 4ta ed. Washington, DC. American Psychiatric Association. 1995.
8. Diaz Martinez A. **Guía Práctica para el Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad.** UNAM, Consenso 2002: 9-24.
9. Secín Diep R., Rivera meza B.L. **Depresión en el hospital General. PAC-Psiquiatría-4.** Intersistemas SA de CV, 2003 1era Ed:335, 341.
10. Padilla P, Pelaez O. **Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica.** Salud Ment 1985., 8 (3): 66-72.
11. De la Grecca R. Zapata VM, Vega-D J., Mazotti G. **Patterns of treatment of patients with depression in the ambulatory of general medicine.**Rev. De Neuro-Psiquiatría. 2005, 68:3-4
12. Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental. Salud Mental, nuevos conocimientos nuevas esperanzas, Ginebra, Suiza.** OMS 2001, 29-30.

13. Josué-Díaz L, Torres-Lio Coo V, Font-Darías I, Cardona-Monteagudo M, Sánchez-Arrastia D. **Depresión oculta en consulta externa.** Rev. Cubana de Med. Militar 2006;35(4):68-71.
14. Josué-Díaz L, Torres-Lio Coo V, Urrutia-Zerquera E, Moreno-Puebla R, Font-Darías I, Cardona-Monteagudo M. **Factores psicosociales de la depresión.** Rev Cubana Med Militar 2006;35(3):57-64.
15. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Feliz C, et al. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios, resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.** Salud Ment 2003., 26 (4): 1-16.
16. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. **Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de los servicios especializados.** Salud Ment 1997., 20: 15-23.
17. Rothera I, Jones R, Gordon C. **An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people.** Int J Geriatr Psychiatry 2002., 17 (4): 354-358.
18. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. **Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45(3):225-32.
19. Frenk J, Lozano D, González-Block Ma. **Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México, reporte final.** Fundación Mexicana para la Salud, Méx. 1994.
20. Bcechman. **Habilidades en Salud Mental para médicos generales.** Madrid. Smithkline 1996. 2da Ed. Cap. 11: 150-168, Cap 33: 406-420.
21. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. **Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media.** Rev Chil Pediatr 2007;78(2):151-9.
22. Tierney L, McPee S, Ppadakis M. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Trastornos Psiquiátricos.** México, D.F. El Manual Moderno. 2000, cap. 25:1021-22.
23. **GUIAS CLINICAS DEL IMSS.** Trastorno depresivo.
24. CM Rafael J. Salín-Pascual. **Los trastornos afectivos para médicos no psiquiatras.** México, D.F. Galo Editores, SA de CV. 1997, Cap.1: 1-4, Cap. 3:77
25. Wyngaarden and Smith. **Tratado de Medicina Interna de Cecil,** México, Interamericana. McGraw.Hill, 1994, 18ava Ed. Vol.2 Parte XXII, Sec. 2, Cap.462:2320-21

26. Kenneth S, Kendler MD, Gardner Jr, **Boundaries of Major Depression. An Evaluation of DSM-IV Criteria.** Am J. Psychiatric 1998.,155: 172-177.
27. Charles O. Ph D. **Major depression: revisiting the concept and diagnosis.** Adv.Psychiatr.Treat, 2009., July 1. 15 (4) 279-285.
28. Ruiz M, Cirera Suarez LI, Perez G, Borell G, Audica C, Moreno C, Grupo COMPARA. **Comparabilidad entre la Novena y Decima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España.** Gac. Sanit 2002., 16(6) 526-532.
29. Melipillán-Araneda R, Cova-Solar F, Rincón-González P, Valdivia-Peralta M. **Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos.** Ter Psicol 2008;26(1):59-69.
- 30.Canto-Pech HG, Castro-Rena EK. **Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo.** Enseñanza e Investigación en Psicología 2004;9(2):257-70.
31. Sainz-Ruiz J, Hidalgo-Rodrigo I, Santos-Gómez JL. **Recomendaciones para el diagnóstico tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria.** Barcelona, España: Ediciones Ars Medica; 2005.
- 32.Valle-Fernández J. **Depresión con ansiedad. Salud Mental Atención Primaria.** Madrid: Salud Global 2002; Año II. Número 3.
- 33.Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de prestaciones médicas. Sistema de información de atención integral de la salud. **Principales motivos de consulta.** Arandas, Jalisco: Archivo clínico U.M.F. 44, 2009-2010.
- 34.Instituto Mexicano del Seguro Social. **Pirámide poblacional.** Arandas, Jalisco: Archivo clínico U.M.F. 44, 2010.
35. Sampieri Hernandez R. Fernandez-Collado C. Baptista Lucio Pilar. **Metodología de la Investigación** 4ta ed. Mc Graw-Hill. Cap. 8:243-247.
36. Cela y Trulock C.J., De Requier Morera M, Marias J, Zamora VicentenA., Colino López A, et al. **Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española 2001.** 22ava Ed. Editorial Planeta. Impreso en Argentina 2003. Vols 1-10.

ANEXOS

ANEXO 1“ CONSENTIMIENTO INFORMADO”

1. TITULO Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: “IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES DE 18 A 59 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 DE ARANDAS, JALISCO”.
2. **INVESTIGADOR RESPONSABLE:** Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López. Especialista en Medicina Familiar. Matricula 11161728. Teléfono: 36088667 Correo Electrónico: almacruz@hotmail.com.mx.
3. **Domicilio Institución:** Unidad Medicina Familiar # 44 Arandas, Jalisco. Calle: Alvaro Obregón # 405 Col. Centro. Teléfono: (348) 783 01.
4. Autorizo al investigador mencionado y a quienes ellos indiquen, a realizar los cuestionarios convenientes al proyecto.
5. Autorizo al investigador a hacer uso de los cuestionarios aplicados con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos resultados.
6. Estoy invitado a participar voluntariamente, aportando información.
7. Acepto que no recibiré compensación alguna por el estudio.
8. Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a la investigadora responsable, sin afectar en nada mi seguimiento clínico.
9. Se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación pueda dirigirme a la Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.
10. Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Nombre del testigo 1: _____ **Firma:** _____

Nombre del testigo 2: _____ **Firma:** _____

Firma del Investigador: _____

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ FECHA: _____

No. DE AFILIACIÓN _____

AÑOS: _____

SEXO: Masculino () Femenino ()

1. ESCOLARIDAD:

- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Técnica
- f) Licenciatura

2. ESTADO CIVIL:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Viuda
- d) Divorciada
- e) Unión libre

3. NIVEL SOCIOECONOMICO, INGRESOS MENSUALES:

- 13,000 o más
- 4,000 a 12,999
- 2,000 a 3,999
- 1,000 a 1,999
- 999 a menos.

Escala de Depresión de Beck

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados, después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro del mismo grupo de enunciados; varios pueden aplicarse de la misma manera, circule cada uno de ellos, asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

1. -	0	No me siento triste.	
	1	Me siento triste.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	Me siento triste todo el tiempo	
	3	Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo	
<hr/>			
2. -	0	No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro	
	1	Me siento mas desanimado con respecto a mi futuro.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	No espero que las cosas me resulten bien.	
	3	Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.	
<hr/>			
3. -	0	No me siento como un fracaso.	
	1	Siento que he fracasado más de lo que debería.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.	
	3	Siento que como persona soy un fracaso total	
<hr/>			
4. -	0	Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan	
	1	No disfruto tanto las cosas como antes.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	
	3	Siento que como persona soy un fracaso total.	
<hr/>			
5. -	0	No me siento particularmente culpable.	
	1	Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.	
	3	Me siento culpable todo el tiempo.	
<hr/>			
6. -	0	No siento que este siendo castigado	
	1	Siento que tal vez seré castigado.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	2	Espero ser castigado	
	3	Creo que estoy siendo castigado	
<hr/>			
7. -	0	Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	1	He perdido confianza en mi mismo.	

	2	Estoy desilusionado de mí.	
	3	No me agrado.	
8. -	0	No me critico ni me culpo más de lo usual.	
	1	Soy mas critico por mi mismo de lo que solía ser.	<input type="text"/>
	2	Me critico por todas mis fallas y errores.	
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad.	
9. -	0	No tengo ningún pensamiento acerca de matarme	
	1	Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.	<input type="text"/>
	2	Me gustaría matarme	
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad	
10. -	0	No lloro mas que de lo usual	
	1	Ahora lloro más que antes.	<input type="text"/>
	2	Ahora lloro por cualquier cosa	
	3	Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11. -	0	No me siento mas tenso de lo usual.	
	1	Me siento mas inquieto o tenso que lo usual.	<input type="text"/>
	2	Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.	
	3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.	
12. -	0	No he perdido interés en otras personas o actividades.	
	1	Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades.	<input type="text"/>
	2	He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.	
	3	Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.	
13. -	0	Puedo tomar decisiones casi también como siempre.	
	1	Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.	<input type="text"/>
	2	Ahora Tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes	
	3	Me cuesta trabajo tomar cualquier decisiones	
14. -	0	Me siento devaluado	
	1	Me siento tan valioso o útil como antes.	<input type="text"/>
	2	Me siento menos valioso comparado con otros.	
	3	Me siento francamente devaluado	
15. -	0	Tengo tanta energía como antes.	<input type="text"/>

	1	Tengo menos energía de lo que solía tener.	
	2	No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.	
	3	No tengo suficiente energía para hacer nada.	
16. -	0	No he experimentado ningún cambio en el patrón del sueño.	
	1a	Duermo más de lo usual	
	1b	Duermo menos de lo usual	<input type="text"/>
	2a	Duermo mucho más de lo usual.	
	2b	Duermo mucho menos de lo usual.	
	3a	Duermo la mayor parte del día.	
	3b	Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.	
17. -	0	No estoy más irritable de lo usual.	
	1	Estoy más irritable de lo usual.	<input type="text"/>
	2	Estoy mucho más irritable de lo usual.	
	3	Estoy irritable todo el tiempo.	
18. -	0	No he sentido ningún cambio en mi apetito.	
	1a	Mi apetito es menor de lo usual.	
	1b	Mi apetito es mayor de lo usual	<input type="text"/>
	2a	Mi apetito es mucho menor que antes.	
	2b	Mi apetito es mucho mayor que antes	
	3a	No tengo nada de apetito.	
	3b	Tengo ganas de comer todo el tiempo.	
19. -	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.	
	1	No puedo concéntrame tan bien como siempre.	<input type="text"/>
	2	Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.	
	3	No puedo concéntrame en nada.	
20. -	0	No estoy más cansado o fatigado de lo usual.	
	1	Me canso o fatigo más fácilmente que antes.	<input type="text"/>
	2	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.	
	3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.	
21. -	0	No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo	
	1	Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.	<input type="text"/>
	2	Me encuentro mucho menos interesado en el sexo que ahora.	
	3	He perdido completamente el interés en el sexo	
			<input type="text"/>
		Suma	

CALIFICACION SEGÚN PUNTAJE:

0-9 puntos ausencia de depresión

10-16 puntos depresión media

17-29 puntos depresión moderada

30-63 puntos depresión severa.