

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR N. 32
DE MINATITLÁN, VERACRUZ



**FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 2 DEL
HGZ 32 DEL IMSS DE MINATITLÁN VER.**

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

PRESENTA:

DRA. ANA ISABEL ESPEJO TOLEDO

MINATITLÁN, VERACRUZ

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 2 DEL
HGZ 32 DEL IMSS DE MINATITLÁN VER.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DRA. ANA ISABEL ESPEJO TOLEDO

PRESENTA:

DRA. ANA ISABEL ESPEJO TOLEDO

AUTORIZACIONES

DR. MANUEL JAVIER PINEDA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 32 IMSS DE MINATITLÁN, VERACRUZ

DR. LEONCIO MIGUEL RODRIGUEZ GUZMÁN

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MEDICO EPIDEMIÓLOGO DEL HGZ No. 35 DEL IMSS
COSAMALOPAN, VERACRUZ

DR: GUSTAVO MENDEZ FABIAN

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFE DEL DEPARTAMENTO CLÍNICO DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ 32 IMSS MINATITLÁN, VERACRUZ

DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DÁVALOS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

MINATITLÁN, VERACRUZ

2005

**FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 2 DEL
HGZ 32 DEL IMSS DE MINATITLÁN VER.**

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

PRESENTA:

DRA. ANA ISABEL ESPEJO TOLEDO

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

INDICE

TITULO.....	1
MARCO TEORICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL ROBLEMA.....	19
JUSTIFICACIÓN.....	20
OBJETIVOS.....	21
METODOLOGÍA.....	22
CRITERIOS ÉTICOS.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS	44

MARCO TEORICO

FRECUENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 2 DEL HGZ

32 DEL IMSS DE MINATITLAN VER.

MARCO TEORICO

La palabra depresión proviene del latín y significa hundimiento, es una de las enfermedades más frecuentes que aquejan al ser humano, y ya se menciona en los escritos de Hipócrates desde el siglo IV a.C. como melancolía. (1) La historia del Rey Saúl en el Antiguo Testamento describe un síndrome depresivo, como también la historia del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero. Cornelio Celso describió la melancolía en su obra de medicina hacia el año 100 d.C. como una depresión producida por la bilis negra. En la Edad Media Rhazes, Avicena y el Médico Judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferenciada. (2)

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por la falta de confianza en si mismo, dificultad para dormir, indecisión, irritabilidad, llanto fácil, cansancio, falta de interés en su familia y en sus amigos, parece no disfrutar de las cosas como siempre, olvida sus proyectos y sus aficiones, tiene ideas de muerte o intentos de suicidio (3) .

Clínicamente la depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio – ocupacional (4)

El Dr. Ramón de la Fuente : define a la depresión como la reacción psicológica mas frecuente se manifiesta por una actitud de concentración en uno mismo en tanto se pierde el interés de las situaciones externas . Tiende a la pasividad y al abandono ya que percibe ficticidad de sus esfuerzos y su incapacidad para encontrar satisfacciones. Es una enfermedad frecuente e incapacitante que puede ser el resultado de una reacción ante

Etiología y fisiopatología

Por lo que se refiere a la etiología de la depresión, debemos considerarla como multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro.

No existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, podemos tratar de agruparlos en genéticos, biológicos, psicológicos, ecológicos y sociales.

Los factores genéticos son especialmente importantes en las depresiones psicóticas. En los estudios familiares se encontró que los familiares de los pacientes con trastornos bipolares tienen un riesgo significativamente más alto de enfermedad unipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar, los estudios de gemelos indican un riesgo significativamente más alto entre los gemelos monocigóticos que dicigóticos para procesos de enfermedades afectivas similares.

Los factores psicológicos se han considerado importantes en la depresión desde hace tiempo (7,8)

Los teóricos conductistas argumentan que el deterioro de las capacidades sociales da lugar a una disforia y que la adición de ganancias secundarias como cuestiones familiares, laborales y amorosas pueden conducir a la depresión clínica.

La teoría cognitivo – conductista sostiene que las distorsiones cognitivas, activadas por un factor de estrés, llevan a algunos individuos a adoptar opiniones negativas despreciativas no realistas respecto de sí mismo, respecto al mundo y respecto al futuro. Algunas teorías de la depresión otorgan un gran valor a la función del paciente con la sociedad. Desde este punto de vista es imposible comprender al paciente fuera de su contexto social. (8)

determinadas circunstancias como una enfermedad severa e incapacitante, la pérdida de un ser querido, la falta de éxito en el trabajo, la soledad. (5)

La depresión está relacionada con el suicidio, trastornos del comportamiento y usos de sustancias. Algunos intentos suicidas pueden confundirse con accidentes. El 39% de los jóvenes con trastorno no afectivo mostró ideas suicidas. (6)

Los estudios genéticos son especialmente importantes en la depresión bipolar. En los estudios familiares se encontró que los familiares de los pacientes con trastorno bipolar tienen un riesgo significativamente más alto de enfermedad bipolar, pero los familiares de los pacientes unipolares tenían más riesgo de contraer una enfermedad unipolar que bipolar. Los estudios de gemelos indican un riesgo significativamente más alto entre los gemelos monozigóticos que dirigiéndose para procesos de enfermedades afectivas similares.

Los factores psicológicos se han considerado importantes en la depresión desde hace mucho tiempo. (7)

Los estudios conductistas sugieren que el desarrollo de las capacidades sociales de hacer amigos se ve afectado y que la adición de problemas secundarios como cuestiones familiares, escolares y sociales pueden conducir a la depresión clínica.

Los modelos cognitivos - conductistas sugieren que las distorsiones cognitivas activadas por un evento de estrés llevan a algunas ideas de uno o más que opiniones negativas sobre uno mismo respecto de sí mismo, respecto al mundo y respecto al futuro. Algunas teorías de la depresión sugieren un gran valor a la función del paciente con la sociedad. Desde este punto de vista es importante comprender al paciente fuera de su contexto social. (8)

Entre los factores sociales destacan: la desintegración familiar el anonimato en que vive el hombre en la gran ciudad, la severa crisis económica por la que actualmente atraviesa nuestro país y por lo tanto las familias y la escala de violencia que esto ha provocado (8,9).

La neurobiología de la depresión no se conoce bien. Los gemelos monocigóticos muestran una tasa de concordancia (46%) superior a la de los dicigóticos (20%), con escasa evidencia de que el entorno familiar compartido tenga alguna influencia. Las similitudes entre las disfunciones del estado de ánimo, motoras y cognitivas características de la depresión unipolar y las que aparecen en las enfermedades de los ganglios de la base sugieren que las zonas de déficit fundamentales podrían ser las redes en la que participan la corteza prefrontal y dichos núcleos. Esta hipótesis recibe además el apoyo de los estudios de tomografía de emisión de positrones (PET, del inglés positron emission tomography) sobre el metabolismo cerebral de la glucosa. Estos estudios revelan disminución del metabolismo en el núcleo caudado y en los lóbulos frontales de los pacientes deprimidos, con valores que vuelven a la normalidad con la recuperación. Los estudios con tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT, del inglés single photon emission computer tomography) demuestran cambios comparables del riego sanguíneo y en algunos pacientes, la resonancia magnética (RM) muestra una mayor frecuencia de lesiones de la sustancia blanca subcortical. No obstante, puesto que estos hallazgos son más prevalentes en los pacientes con enfermedad depresiva de comienzo tardío, su significado se desconoce.

La exploración posmortem de los suicidas sugieren de una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a los receptores alfa 1, alfa 2, y betadrenérgicos de la corteza cerebral, y un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus (7)

El hallazgo de bajos niveles de triptófano en el plasma, de ácido 5 - hidroxindolacético (metabolito principal de la serotonina en el cerebro) en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. También se ha descrito un aumento de la densidad de los receptores 5HT en el encéfalo de los suicidas, al igual que cambios neuroendocrinos compatibles con una disfunción pre o postsináptica de las neuronas serotoninérgicas.

La depleción del triptófano sanguíneo, aminoácido precursor de la serotonina, contrarresta rápidamente los efectos benéficos de los antidepresivos en los pacientes tratados con éxito.

Sin embargo, en los pacientes no tratados, el descenso del estado de ánimo es considerablemente menos marcado, de lo que se deduce que, aunque en la depresión exista una disfunción serotoninérgica presináptica, su contribución no sería central, sino accesorio. Las pruebas sugieren que la menor actividad serotoninérgica del sistema nervioso central guarda correlación con el temperamento, la impulsividad y la agresión, más que con el estado de ánimo o el diagnóstico en sí.

Las alteraciones neuroendocrinas compatibles con los signos y síntomas neurovegetativos son: 1) aumento de la secreción de cortisol, 2) aumento del tamaño de las suprarrenales, 3) descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y 4) respuesta amortiguada de la hormona estimulante del tiroides (TSH) a la inyección de hormona liberadora de hormona tiroidea (TRH) (7,8,9,10,11)

Tipos de depresión:

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varía (12)

CRITERIOS DE DIAGNOSTICOS DEL DSM – IV PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A.) Presencia de cinco de los siguientes 9 síntomas durante un periodo de 2 semanas.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
2. Disminución del interés o de la capacidad para el placer
3. Modificación importante del apetito o del peso
4. Alteración del sueño (insomnio o hipersomnia)
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivos o inapropiados
8. Disminución de la capacidad para concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

B) No se trata de un episodio mixto

C.) Los síntomas provocan malestar o deterioro funcional

D.) Los síntomas no son atribuibles a trastornos médicos o a abusos de sustancias

E.) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

Una regla mnemotécnica puede ser útil para recordar estos criterios: DIPS MECCS. Estas iniciales significan: Depresivo, Interés, Peso, Sueño, Motricidad, Energía, Culpa, Concentración y Suicidio. (13,14)

El término “depresivo mayor” se deriva de la distinción entre los síntomas depresivos mayores (más graves) de los menores (menos graves) que surgen de los criterios de

investigación en diagnóstico de Spitzer. El umbral de intensidad de un episodio depresivo mayor se define en el DSM IV por la presencia de cinco o más de los síntomas enlistados de un grupo de nueve.

Se establece que cada síntoma debe de estar presente casi cada día al menos durante 2 semanas. El afectivo depresivo y/ o la pérdida de interés o placer deben estar presentes casi cada día, la mayor parte del tiempo. Además cada síntoma debe de representar un cambio del modo de desempeño habitual. El entrenamiento y la experiencia del médico son los factores que deciden respecto a la inclusión o exclusión de estos últimos en el diagnóstico del enfermo.

Diferentes tipos de depresión según el DSM IV:

Depresión endógena o melancólica

Este tipo de depresión se caracteriza por la falta de reactividad del afecto, acompañado por anhedonia persistente y retardo psicomotor, todo lo cual hace de este peculiar estado de ánimo un elemento clave para el diagnóstico de melancolía. Frecuentemente se asocia con variación diurna, insomnio tardío y pérdida de peso.

Depresión atípica

Este término sirve para describir un número de subtipos de depresión no endógena con afecto reactivo descritos en el DSM mediante el criterio para la especificación de síntomas atípicos.

Es probable que la depresión atípica tenga características fisiológicas y bioquímicas propias. En este tipo de depresión se puede encontrar hiperfagia o incremento significativo del peso corporal, hipersomnia y abatimiento o fatiga extrema que el paciente frecuentemente describe como sentir las piernas o los brazos pesados o inertes al tiempo en que se presenta la depresión. Todo ello acompañado por una marcada sensibilidad al

rechazo interpersonal que provoca por su intensidad y larga duración que el deterioro social o laboral sea significativo en la vida del enfermo depresivo.

Depresión Doble

Es la presencia de un episodio depresivo mayor superimpuesto a la sintomatología distímica.

La denominación de distimia se utiliza para describir un trastorno específico y no una depresión leve. Se diagnostica cuando se cumplen 2 de una serie de 6 criterios durante un periodo de 2 años, sin interrupciones de más de dos meses y sin que ello sea iniciado por una depresión mayor. Los criterios diagnósticos son: estado de ánimo depresivo durante al menos 2 años, presencia de 2 de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimiento de desesperanza, los síntomas durante más de 2 meses seguidos, que no haya existido episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años, que nunca haya existido un episodio maniaco, no se superpone a un trastorno psicótico, no es atribuible a trastornos médicos o abuso de sustancias. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional (8)

En la depresión doble la importancia clínica de este subtipo depresivo es incuestionable. Sus índices de prevalencia van desde 3% a 5% en estudios comunitarios y alcanzan cifras de 9% a 31 % cuando se estudia a la población clínica.

Depresión Psicótica

En la clasificación del DSM IV (15) aparece bajo el nombre de depresión mayor con características psicóticas, distinguiéndola de otras formas depresivas profundas que no cursan con sintomatología delirante o alucinatoria. Es una forma de depresión unipolar caracterizada por la presencia de características delirantes que afecta con mayor frecuencia

a la población anciana. Los contenidos delirantes son variados incluyendo la culpa, la paranoia y los de tipo somático, así como las alucinaciones que pueden ser auditivas, visuales o somáticas. (15,16)

En un estudio realizado en México se encontró una prevalencia de depresión en la población anciana de 15.9% (17). En otro estudio realizado en México se reportó una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para la población de 65 años y más, de depresión leve del 11.5% y de ansiedad el 2.8% (18).

En un estudio realizado en México y a nivel internacional se encontró que la prevalencia de depresión mayor en la población anciana de 65 años y más fue del 15.9% (17). En otro estudio realizado en México se reportó una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para la población de 65 años y más, de depresión leve del 11.5% y de ansiedad el 2.8% (18).

En un estudio realizado en México se encontró una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para la población de 65 años y más, de depresión leve del 11.5% y de ansiedad el 2.8% (18).

En un estudio realizado en México se encontró una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para la población de 65 años y más, de depresión leve del 11.5% y de ansiedad el 2.8% (18).

En un estudio realizado en México se encontró una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para la población de 65 años y más, de depresión leve del 11.5% y de ansiedad el 2.8% (18).

Epidemiología;

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con el trastorno han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. (10,17).

Múltiples estudios realizados en México y a nivel internacional describen que la prevalencia de la depresión varía del 5.7 hasta el 16.2 %. (Cuadro 1) (10, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23)

En un estudio reciente llevado a cabo con una muestra representativa de pobladores adultos de la ciudad de México, se reportó una prevalencia de depresión mayor del 5.7% para hombres y 10% para mujeres y de distimia el 2.8 %.

Los nervios son un síndrome ligado a la cultura mexicana, sobre todo en el medio rural, que tiene componentes somáticos y psicológicos. Se expresa a través de una variedad de síntomas que incorpora entre otros, dificultad para respirar, náuseas, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza. (10,24).

La depresión es más frecuente en mujeres con una distribución de 2:1; con máxima incidencia en mujeres de 35 a 45 años de edad. La prevalencia en la población general es de 6% a lo largo de la vida; en varones es de 3.2% y de 4.9% en mujeres. En poblaciones de alto riesgo como pacientes geriátricos la prevalencia es más alta: 8% para depresión mayor, 22% para trastornos distímicos y 6% para depresión atípica.

En los ancianos el factor estresante que más a menudo origina depresión es la enfermedad física. La frecuencia y gravedad de la depresión se relacionan directamente con la gravedad de la enfermedad física subyacente, alrededor del 61 % de los pacientes con enfermedades graves y 21% con enfermedades leves presentan depresión.

Existen medicamentos que pueden inducir un trastorno depresivo, particularmente los fármacos antihipertensivos, corticosteroides y anticonceptivos. Se estima que el 3% que lo ingieren presentarán depresión. En el Síndrome de Cushing, un 33 % de los casos se asocia con depresión y aproximadamente 10 % cursa con intento de suicidio (11,24) En el periodo inmediato posterior a un ataque de apoplejía, se presentan síntomas depresivos en el 50% de los casos y 25 % de ellos cursa con depresión mayor, de 10 a 40 % de los pacientes sometidos a diálisis por insuficiencia renal crónica tienen síntomas de depresión y 20% cursa con depresión mayor. En el periodo posinfarto inmediato, de 20 a 50% de los enfermos presentan ánimo deprimido: del 17 al 42 % de los pacientes con cáncer tienen sintomatología depresiva de moderada a grave. (11)

Como se demuestran en estudios realizados en México como el de Padilla y col. en 1984 donde se reporta una frecuencia del 29% en hombres y 32% en mujeres, y otros como el de Medina, Esbán y Padilla que se realizaron en la década de los 80 y un último estudio realizado por García y colaboradores en 1993 establecieron diferencia importante en la ocurrencia de la depresión en mujeres comparado con los varones (cuadro 2). (25, 26, 27, 28,29)

Cuadro No. 1- Prevalencia de depresión a lo largo de la vida en México y otros países.					
Autor y año	Población	Edad (años)	Hombres %	Mujeres %	Todos %
Morales-Ramírez y cols.(1996)	Urbana	15-89			
	México		3.4	9.9	6.3
	Tlalpan				
Caraveo y cols. (1997)	México	18-64			
	Urbana		5.6	10.3*	8.3
	Abierta				
Berenzon y cols. (1998)		>15			
	Urbana México D.F				5.7
Caraveo y cols. (1999)	México	°18-65			
	Urbano		5.2	10	7.9
Salgado de Snyder y col. (1999)	Rural	15-89			
	Jalisco		2.9	9.1	
Kessler y cols. (1996), NCS	USA	15-54	11	18.6	14.9
Angst (1996)	SUIZA	19-20			16.2
Vega y cols. (1998)	Población	18-59	Urbana	Urbana	10.2
	urbana y rural		7.9	14	
	México- Americana		Rural	Rural	6.3
	California		4.1	10.1	

Cuadro No. 2 Prevalencia de los trastornos mentales en el primer nivel de atención médica en población urbana de la Cd. de México D.F.

Autor y año	Edad (años)	Hombres %	Mujeres %
Padilla y cols. (1984)	18-64	29	32
Medina-Mora y cols. (1985)	18-64	26	38
Ezbán y cols. (1985)	18-64	15.2	84.2
Padilla y col. (1985)	18-64	28	72
		15.2	84.8
		38.5	61.5
García y col.(1993)	>15	28	72
		16.25	83.75

Instrumentos y escalas para evaluar depresión

El Diagnóstico de la depresión puede hacerse por síntomas psiquiátricos o por síntomas somáticos. En la actualidad existen varias escalas para evaluarla, entre éstas se encuentran el inventario multifásico de la personalidad de Minessota.

El cuestionario clínico para el diagnóstico de cuadros depresivos propuesto por Calderón Narváez para población Mexicana de aplicación rápida y manera muy sencilla para identificar los veinte síntomas más frecuentes hallados en la depresión, asignando a cada síntoma un valor de uno a cuatro, resultando la calificación mínima de 20 y máxima de 80, De acuerdo con el puntaje resultan cuatro grupos, el primero de 20 a 35 puntos que corresponde a personas normales de 36 a 45 puntos de reacción leve (que pudiera corresponder a ansiedad por la entrevista); de 46 a 65 puntos cuadro depresivo de mediana intensidad y de 66 a 80 puntos estado depresivo severo (1,30,31)

También existe la escala de ideación suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia conciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos, consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada, estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse, los ítems son: deseo de vivir, deseo de morir, razones para vivir/morir, deseo de realizar un intento de suicidio activo, deseo pasivo de suicidio, duración, frecuencia, actitud hacia los pensamientos/deseo de suicidio, control sobre la acción / deseo de suicidio, razones o motivos que detienen la tentativa suicida, razones para pensar/desear el intento suicida, método: especificidad / oportunidad de pensar en el intento suicida, método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento, sensación de capacidad para llevar a cabo el intento, expectativa/anticipación de un intento real, preparación real, nota suicida,

acciones finales para preparar la muerte ,encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida . (32,33)

Existe otro instrumento para detectar la depresión, el cuestionario de Beck, no es tan bueno para determinar la gravedad y el cambio, presenta 21 items que son síntomas – actitudes que pueden ser valoradas según su grado de intensidad. Hay varias traducciones en español siendo la de Conde y Esteban de las más utilizadas.

La escala de depresión más utilizada es la creada por el Prof. Max Hamilton para valorar los efectos de los tratamientos sobre pacientes depresivos, presenta 17 items y su evaluación se establece tras 10 -30 minutos con la entrevista y observación psiquiátrica. Clínicamente sirve como listado de recuerdo de las manifestaciones de la depresión. Tiene un amplio y reconocido uso, aunque presenta algunos inconvenientes como por ejemplo, no incluir preguntas estandarizadas, variación según la experiencia y entrenamiento del entrevistador y excesiva relevancia de los síntomas somáticos en la puntuación total (20%) A pesar de estas desventajas, la escala puede detectar el trastorno depresivo, valora su gravedad y cambia con la evolución (34).

La escala de Zung, es la más utilizada para detectar a los pacientes depresivos y también se ha utilizado para los estudios de los ensayos de fármacos. La escala de auto evaluación de Zung es útil en investigaciones epidemiológicas. Presenta 20 preguntas que son frases relacionadas con la depresión, que se evalúan en cuatro grados de gravedad según la frecuencia con que se presentan.

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) está diseñada para la detección de ansiedad y depresión para ayudar al médico no psiquiatra. Se evalúa a través de una entrevista corta con una serie de preguntas obligatorias que indican la probabilidad de que

el individuo tenga un trastorno. Las preguntas optativas se harán solo si se obtienen respuestas afirmativas a las primeras (34).

TRATAMIENTO

En el 40 % de las depresiones debe de indicarse un tratamiento combinado tanto farmacológico como psicológico.

En el tratamiento farmacológico están los **antidepresivos tricíclicos**, su eficacia se sitúa alrededor del 60-70 % en las depresiones endógenas. Dentro de este grupo la imipramina y la amitriptilina son los fármacos modelos (dosis de referencia 150 – 300 mg/día). La duración mínima para valorar la respuesta terapéutica es de 6 semanas y el tiempo de mantenimiento en la medicación no inferior a 6 meses.

Nuevos antidepresivos. Los antidepresivos aparecidos en los últimos años coinciden en ser más selectivos sobre la inhibición de la recaptación de monoaminas, ser mejor tolerados y producir menos efectos adversos, sobre todo de tipo anticolinérgico, que los imipramínicos, si bien su eficacia no es superior a la de éstos. Destacan los tetracíclicos (maprotilina, mianserina) y los recientes inhibidores de la recaptación de serotonina (fluxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina)

Inhibidores de la monoaminoxidasa Aunque estuvieron marginados hasta no hace muchos años por una serie de errores metodológicos, los IMAO están especialmente indicados en las depresiones atípicas nutridas por cuadros neuróticos y reactivos, y en cualquier caso cargado con síntomas diferentes (ansiedad, somatizaciones, dispersonalización, bulimia, hipersomnias, fobia, hipocondría, rasgos histeroideos). Algunas depresiones endógenas que no responden a los antidepresivos tricíclicos lo hacen favorablemente a los IMAO. La fenelzina (45 – 75mg/día) y la tranilcipromina (20-50

mg/día) son los antidepresivos más acreditados de este grupo. La latencia antes de conseguir la máxima eficacia (4-6 semanas) y la duración mínima del tratamiento (6 meses).

Inhibidores reversibles y selectivos de la monoaminoxidasa A. Entre los representantes de este grupo (brofaromina, toloxatona, moclobemida) la dosis 150-600 mg/día. La posibilidad de asociarlos a antidepresivos tricíclicos y a otros IMAO, abre expectativas respecto a su utilización en depresiones resistentes.

Litio Si bien su efecto antidepresivo es polémico, parece indudable que los pacientes con depresiones bipolares y algunos con unipolares responden cuando se añade a la medicación antidepresiva de base.

Como parte de la atención integral, la atención en el diagnóstico de primer nivel es un desafío: identificar las múltiples complejidades y factores de riesgo para el control de los problemas de salud que no conocemos, la causa de depresión en pacientes con enfermedades crónicas, y en muchos casos es poco estudiado y no contamos con estudios que hablen de manera concluyente. Por lo tanto el próximo estudio es para conocer:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el diagnóstico de primer nivel de la atención de Medicina

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una afección en el estado de ánimo que de alguna u otra manera se relaciona con otros eventos que pueden afectar la calidad de vida del sujeto en el ámbito familiar, laboral y cotidiano, así se ha demostrado que la depresión se asocia estrechamente a eventos de suicidio sobre todo en la adolescencia y en la población adulta mayor, por otra parte puede tener una relación estrecha con el descontrol metabólico en pacientes diabéticos e hipertensos y esto explique la alta prevalencia de descontrol glucémico de los pacientes de la unidad de salud en dónde laboro, hasta en un 40% y estos pacientes son identificados por su frecuencia en los servicios de salud. (Diagnóstico de Salud del HGZ No. 32, 2003).

Como parte de la atención integral que se otorga en los servicios de primer nivel es importante identificar las múltiples enfermedades y factores de riesgo para el control de las mismas debido a que no conocemos la causa de depresión en pacientes con enfermedades crónicas, y en nuestro medio es poco estudiado y no contamos con estudios que hallan determinado su frecuencia. Por tal motivo el presente estudio es para conocer:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en derechohabientes de la unidad de Medicina Familiar No. 32 de Minatitlán, Ver., del IMSS?

JUSTIFICACION

Dada la frecuencia con que se presenta la depresión en la población general y en los jóvenes es indispensable que se realicen estudios clínicos y epidemiológicos para conocer los factores que desencadenan este padecimiento y que se presentan en nuestro medio.

Los problemas de salud mental están representando en la actualidad un gran problema de salud pública debido a la magnitud con que se están reportando, así como la alta prevalencia que se presenta en determinadas poblaciones y su trascendencia ligada al suicidio.

En los registros estadísticos del la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del consultorio 2 turno matutino en Minatitlán se han encontrado como causa de consulta mas o menos 10 casos de depresión en derechohabientes lo que explica de alguna forma que los problemas del afecto se perciben en menor medida por el médico familiar, por tal motivo es necesario identificar la presencia de depresión en la población que acude a la unidad ya que podría estar coexistiendo con la continua asistencia a la consulta de algunos pacientes sin tener un problema orgánico significativo.

Estudios realizados han demostrado que la depresión repercute en la productividad laboral y en la calidad de vida de los pacientes en el momento actual se cuenta con tratamientos específicos, por lo que es importante detectar a los pacientes que la padecen.

En nuestro medio no contamos con información de la frecuencia del problema.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de los síntomas de depresión en hombres y mujeres mayores de 20 años en la UMF 32 de Minatitlán Ver, del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar la edad y la presencia de depresión, mediante el cuestionario clínico: Diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez.
- 2.- Identificar si la depresión es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.
- 3.- Identificar si el tipo de ocupación se relaciona con la depresión mediante el cuestionario clínico: Diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez.
- 4.- Identificar si la depresión es más frecuente en personas con baja escolaridad
- 5.- Identificar si la depresión es más frecuente en personas con estado civil que determine la falta de pareja (solas)

METODOLOGIA

DISEÑO DE ESTUDIO: Observacional, transversal descriptivo, tipo encuesta y prolectivo.

POBLACION Y LUGAR: Pacientes mayores de 20 años derechohabientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar No. 32 del IMSS de Minatitlán, Veracruz

PERIODO DE ESTUDIO: Abril y Mayo del 2004

TIPO DE MUESTRA: Aleatoria, secuencial y un tamaño de muestra de 101 pacientes.

CRITERIO DE SELECCIÓN: Todo paciente mayor de 20 años que acude a la consulta de medicina familiar de la UMF 32

Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Todo paciente con patología auditiva, verbal o que ya esté en control con Psiquiatria .

Pacientes que no aceptan participar

VARIABLES A RECOLECTAR:

Variable dependiente

Depresión

Definición. Puntaje obtenido de la escala de Calderón de síntomas de trastorno del ánimo.

Categoría. Se conformaron dos grupos: con depresión y sin depresión para fines del análisis estadístico.

Escala de medición. Cualitativa nominal.

Variables Independientes

Edad

Sexo

Ocupación

Estado civil

Escolaridad.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:

Este estudio se llevó a cabo en un periodo de dos meses, por medio de una hoja de datos previamente elaborada con los siguientes datos personales: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad. Y se les aplicó el cuestionario del Dr. Calderón a los pacientes mayores de 20 años que acudieron a la consulta externa del consultorio No. 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 32 de Minatitlán. (Ver anexos)

En la consulta diaria del consultorio No. 2 turno matutino de la UMF 32 IMSS de Minatitlán Veracruz, se escogió a los pacientes con la ficha asignada 10, 11, 12, 13, y 14 y se aplicó el cuestionario clínico diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez (17, 18) De manera continua los datos fueron capturados en una base de datos del programa Excel de Microsoft office.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa EPI-INFO versión 6.02. con la utilización de pruebas estadísticas como la media y desviación estándar para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas. El análisis divariado se realizo utilizando t de student y chi cuadrada.

INSTRUMENTO DE MEDICION: Cuestionario clínico de diagnóstico de Síndrome

depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez.

El cual se calificó así:

Preguntas contestadas en la primera columna (NO)

$$\underline{\hspace{2cm}} \times 1 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO)

$$\underline{\hspace{2cm}} \times 2 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR)

$$\underline{\hspace{2cm}} \times 3 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO)

$$\underline{\hspace{2cm}} \times 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

TOTAL =

Equivalente puntaje:

20 a 35: normal

36 a 45: reacción de ansiedad

46 a 65: depresión media

66 a 80: depresión severa

CRITERIOS ETICOS

La presente investigación cumplió los criterios normativos en la Ley General de Salud y los establecidos por la Coordinación normativa, de Investigación en salud del IMSS. En relación a la investigación en sujetos. Sin embargo consideramos que el presente trabajo es de riesgo mínimo ya que se trata de un estudio observacional y se incluyeron a sujetos que aceptaron mediante consentimiento informado participar en el estudio, donde además se les informó que su nombre, y su número de afiliación nunca aparecerían en sesiones, publicaciones, revistas etc.

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales en materia de investigación en seres humanos, y así como a la declaración de Helsinki de 1975, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983.

Ver anexo de carta de consentimiento Informado.

RESULTADOS

Se aplicaron 101 encuestas. La media de edad de la población evaluada fue de 50.1 ± 16.4 años, rango mínimo de 20 y máximo de 85 años. Tomando en cuenta intervalos de edad, 20 personas (19.8%) entre 20 a 34 años; 52 (51.5%) entre 35 y 59 años; y 29 (28.7%) de 60 años y mas. (Tabla I)

La distribución del sexo fue de 73 mujeres (72.3%) y 28 hombres (27.7%) (Tabla II)

El estado civil predominante fué las personas casadas 70 (69.30 %) en unión libre 7 (6.94 %), siguiendo las personas solteras 12(11.88 %) y viudas 12 (11.88%). Con relación a la ocupación la mayoría fue ama de casa 60 (59.4%), siguiendo en frecuencia quienes tenían trabajo activo no profesional 24 (23.8%). Con relación a la escolaridad la mayor distribución fue para quienes cursaron secundaria 35 (34.7%), siguiendo la primaria con 34 (33.7%) y el bachillerato 14 (13.9%), 11 (10.9%) personas analfabetas y 7 (6.9%) con algún año de profesional. (Tabla III)

La frecuencia de depresión se identifico en 13 personas (12.9%) de los cuales 11 (84.6%) mujeres y 2 (15.4%) hombres. (Tabla IV).

En la distribución por tipo de depresión un total de 29 (28.7%) no tenían depresión calificación obtenida en la encuesta de 20 a 35 puntos; 59 (58.4%) se identifico ansiedad calificación obtenida en la encuesta de 36 a 45 puntos; 9 (8.9%) tuvieron depresión media calificación obtenida en la encuesta 46 a 65 puntos; y 4 (3.96%) con depresión severa calificación obtenida en la encuesta 66 a 80 puntos. (Tabla V)

En la evaluación de la distribución de las características asociadas a depresión la mediana de edad del grupo con depresión fue de 69 años (rangos 63 a 80) en comparación con el

grupo sin depresión en donde se obtuvo una mediana de 49 años (rangos 20 a 85 años), encontrándose una diferencia estadísticamente significativa que establece que ha mayor edad, mayor es la probabilidad de presentar depresión ($p < 0.001$). En el grupo con depresión fueron 11 (84.6%) mujeres y 2 (15.4%) hombres, en comparación con el segundo grupo sin depresión en dónde fueron 62 (70.5%) mujeres y 26 (29.5%) hombres, lo cual marca que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución del sexo entre ambos grupos de depresión ($p = 0.2$). La distribución del estado civil en el contexto de estar solo al tomar en cuenta la viudez en el grupo con depresión 3 (23.1%) presentaron depresión y en el grupo sin depresión 9 (10.2%) presentaron el antecedente de viudez, sin embargo no hubo una diferencia estadísticamente significativa ya que también hubo una distribución similar de personas casadas 9 (69.2%) y en unión libre 1 (7.7%) ($p = 0.1$) Y en el grupo sin depresión, casados 61 (69.39%) y en unión libre 6 (6.9%) Aunque hubo una mayor distribución de amas de casa en el grupo con depresión 11 (84.6%) en comparación con el grupo sin depresión 49 (55.7%) no se demostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.08$). Con relación a la escolaridad si hubo una mayor distribución de analfabetas en el grupo con depresión 6 (46.2%) en comparación con 5 (5.7%) del grupo sin depresión ($p = 0.0002$). En el grupo con depresión fueron 5 (38.5%) personas con escolaridad primaria; 1 (7.7%) con escolaridad secundaria; 1 (7.7%) con escolaridad de bachillerato y ninguna persona con estudios profesionales. En el grupo sin depresión fueron 29 (33%) con escolaridad primaria; 34 (38.6%) con escolaridad secundaria; 13 (14.8%) con escolaridad de bachillerato; y 7 (8%) con estudios profesionales. (Tabla VI)

Tabla I. Distribución de intervalos de edad en derechohabientes del HGZ No. 32, de Minatitlán, del consultorio No. 2.

INTERVALO DE EDAD	No. DE PACIENTES	%
20 a 34 años	20	19.8
35 a 39 años	52	51.5
60 y más	29	28.7

Tomado de las encuestas realizadas.

Tomado de las encuestas realizadas.

Tabla II. Distribución del sexo de los derechohabientes del HGZ No. 32 de Minatitlán, del consultorio No. 2

CATEGORIA	No. DE PACIENTES	%
FEMENINO	73	72.3
MASCULINO	28	27.7

Unidad administrativa	No. DE PACIENTES	%
Unidad administrativa	3	2.94
Unidad administrativa	11	10.8
Tomado de las encuestas realizadas		
Unidad administrativa	60	59.2
Trabajo activo profesional	7	6.8
Trabajo activo no profesional	24	23.5
Jubilados	10	9.8
Reservistas		
Analistas	11	10.9
Primaria	34	33.3
Secundaria	30	29.7
Medio Superior	14	13.8
Profesional	7	6.8

Tabla III. Distribución de variables sociodemográficas en derechohabientes al HGZ NO. 32 de Minatitlán, Ver,

Variable	n	%
Estado civil		
Soltero	12	11.9
Casado	70	69.30
Unión libre	7	6.94
Viudez	12	11.9
Ocupación		
Ama de casa	60	59.4
Trabajo activo profesional	7	6.9
Trabajo activo no profesional	24	23.8
Jubilado	10	9.9
Escolaridad		
Analfabeta	11	10.9
Primaria	34	33.7
Secundaria	35	34.7
Bachillerato	14	13.9
Profesional	7	6.9

Tomado de la encuesta realizada

Tabla IV. Frecuencia de depresión general en derechohabientes al HGZ No. 32 de Minatitlán del consultorio No 2.

CATEGORIA	No. DE PACIENTES	%
CON DEPRESION	13	12.87
SIN DEPRESION	88	87.13

Tomado de la encuesta realizada

Tabla V. Distribución de los grados de depresión en derechohabientes al HGZ No. 32 de Minatitlán del consultorio No 2 .

VARIABLE	No. DE PACIENTES	%
SIN DEPRESION	29	28.7
ANSIEDAD	59	58.4
DEPRESION MEDIA	9	8.9
DEPRESION SEVERA	4	4.0

Variable	Grado sin depresión	Grado con depresión	Valor de p
Tomado de las encuestas realizada	20 (15%)	3 (10.3%)	
Depresión			
Area de cost	11 (55.4%)	49 (51.7%)	0.04
Trabajador activo (Profesional)	0 (0.0%)	7 (8.0%)	
Trabajador activo (no Profesional)	4 (20.0%)	24 (27.4%)	
Jubilado	2 (10.4%)	8 (9.1%)	
Escolaridad			
Analífera	2 (46.2%)	5 (5.7%)	0.0002
Primaria	3 (28.2%)	21 (27.0%)	
Secundaria	1 (7.7%)	24 (28.0%)	
Bachillerato	3 (27.3%)	15 (14.8%)	
Profesional	2 (19.0%)	7 (6.5%)	

Tabla VI. Distribución de las variables independientes de estudio en el grupo de pacientes con y sin depresión

Variable de investigación	Grupo con depresión	Grupo sin depresión	Valor de p
Edad, mediana y (rangos)	69 (63-80)	49 (20-85)	<0.001
Sexo			
Femenino	11 (86.4%)	62 (70.5%)	0.2
Masculino	2 (15.4%)	26 (29.5%)	
Estado civil			
Soltero	0 (0.0%)	12 (13.6%)	0.1
Casado	10 (76.9%)	61 (69.30%)	
Unión libre	0 (0.0%)	6 (6.9%)	
Viudez	3 (23.1%)	9 (10.2%)	
Ocupación			
Ama de casa	11 (86.4%)	49 (55.7%)	0.08
Trabajador activo Profesional.	0 (0.0%)	7 (8.0%)	
Trabajador activo no Profesional	0 (0.0%)	24 (27.4%)	
Jubilado	2 (15.4%)	8 (9.1%)	
Escolaridad			
Analfabeta	6 (46.2%)	5 (5.7%)	0.0002
Primaria	5 (38.5%)	29 (33.0%)	
Secundaria	1 (7.7%)	34 (38.6%)	
Bachillerato	1 (7.7%)	13 (14.8%)	
Profesional	0 (0.0%)	7 (8.0%)	

Tomado de las encuestas realizadas

DISCUSIÓN

La frecuencia de depresión en general, en el presente estudio coincide con los múltiples estudios de investigación que se han realizado en México en donde se describe una variación de frecuencia que oscila del 5% hasta el 40%. Como un problema de salud pública la frecuencia reportada es alta, ya que afecta a más del 5% de la población del estudio, según estimadores epidemiológicos para la población general. (17).

Actualmente a la depresión y sus diferentes grados, se le considera como problema de salud pública y de continuar con esta tendencia en el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. (16,25).

En este estudio identificamos a 13 pacientes con depresión y a 88 que no la presentaron, de los cuales el rango de edad fue de 69 años en los pacientes deprimidos igual que la reportada en los artículos donde indican que la mayor frecuencia de este trastorno afectivo se presenta en el grupo etario considerado como adulto mayor (1,10,24). La relación entre edad y depresión puede estar condicionada o se debe con alta probabilidad a que nuestros participantes presentan alguna patología y algunos medicamentos como antihipertensivos o hipoglucemiantes condicionan depresión, así mismo algunas enfermedades crónicas condicionan depresión. (8,11)

Según la pirámide de necesidades básicas de Abraham Maslow el ser humano se autorrealiza a los 65 años, si no llega a esta autorrealización se pueden presentar conductas como melancolía y depresión, esto puede explicar las diferencias encontradas, ya que podríamos contextualizar que las personas con depresión no se autorrealizaron socialmente. La teoría Humanista –refiere que una persona que no vive de manera completa y autentica se puede sentir deprimida. Esa persona no solo siente culpa sino que es culpable- culpable

de equivocarse, al hacer elecciones, asumir responsabilidad y satisfacer su propio potencial.

(35) *relacionada con la presencia de trastornos afectivos, en particular la depresión. (1)*

El sexo aunque no fue significativo en los pacientes que participaron, la depresión en la mujer estuvo presente en un 84.6% así como se reporta en la literatura una razón de la presencia de depresión entre mujeres y hombres de 2:1, lo que establece que por cada varón que presente depresión existirán dos mujeres con dicho trastorno, (1)

Hoy se sabe que la tendencia a la depresión en las mujeres adultas tiene en gran medida un origen genético, y que el efecto de los factores ambientales es transitorio y no influye en la prevalencia vital, otra situación que ha estado ligada de manera etiológica con el sexo femenino es la disminución de algunas hormonas o incremento de ellas como son la serotonina, estrógenos y progesteronas, en otros casos se ha documentado la alteración de la hormona prolactina como causante del fenómeno. (7)

El estado civil no fue significativo aunque podemos ver en este estudio que de los 13 pacientes que mostraban depresión 11 eran amas de casa, 10 casadas y una vivía en unión libre, a diferencia de la literatura encontramos que la depresión es más frecuente en divorciados, solteros y viudos. Probablemente la explicación esté relacionada con su medio ambiente. Se ha mencionado la dependencia económica como causa de depresión, situación que no fue corroborada en el presente estudio (1.24).

En cuanto a la ocupación no hubo una mayor distribución debido a que incluso fue difícil evaluar esta variable ya que la mayor parte de la muestra fueron mujeres y por lo tanto tenían una mayor distribución de labores inherentes a dicho género.

La escolaridad fue significativa ya que pudimos ver que de los 13 deprimidos 6 eran analfabetas. (1) Al tener escaso nivel escolar repercute en las oportunidades de trabajo, a menor preparación mayores son las carencias que prevalecen en los habitantes de una

población, y estas condiciones adversas de la vida se han encontrado estrechamente relacionadas con la presencia de trastornos afectivos, en particular la depresión. (10)

Definir los factores de riesgo y diagnosticar los cuadros clínicos de depresión.

La frecuencia de depresión en esta población se considera alta tomando en cuenta su trascendencia y es similar a la reportada en porcentaje de depresión en ciudades nacionales e internacionales.

Se comprobó que a mayor edad mayor es la probabilidad de depresión.

El sexo no fue significativo ya que se presentó una distribución similar del sexo femenino en el grupo con y sin depresión, estadísticamente hablando.

El estado de civilidad fue estadísticamente significativo en la frecuencia de depresión.

La ocupación siempre fue significativa, pero de los pacientes deprimidos pudimos ver que el número mayor fue los amas de casa.

La escolaridad en este estudio pudimos notar que fue significativa en el grupo de analistas ya que presentó mayor depresión.

El médico familiar debe de reconocer y buscar intencionalmente la sintomatología de depresión en todos sus pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar, ya que como pudimos observar en este trabajo la depresión está presente en muchos de los pacientes que acuden a la consulta.

Identificar y atender la depresión entre los pacientes que acuden sin consulta de medicina

familiar puede contribuir significativamente a reducir otros indicadores de salud

adversos en la población y relacionado también a costos de atención en salud, así como

disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad.

CONCLUSIONES

En el primer nivel de atención es importante contar con guías clínicas y criterios para detectar los factores de riesgo y diagnosticar los cuadros clínicos de depresión.

La frecuencia de depresión en esta población se considera alta tomando en cuenta su trascendencia y es similar a lo reportado en porcentaje de depresión en estudios nacionales e internacionales.

Se comprueba que a mayor edad mayor es la probabilidad de depresión.

El sexo no fué significativo ya que se presentó una distribución similar del sexo femenino en el grupo con y sin depresión, estadísticamente hablando.

El estado de civil no fue estadísticamente significativo en la frecuencia de depresión

La ocupación tampoco fue significativa, pero de los pacientes deprimidos pudimos ver que el número mayor fué las amas de casas.

La escolaridad en este estudio pudimos notar que fué significativa en el grupo de analfabetas ya que presentó mayor depresión.

El médico familiar debe de reconocer y buscar intencionadamente la sintomatología de depresión en todos sus pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar, ya que como pudimos observar en este trabajo la depresión está presente en muchos de los pacientes que acuden a la consulta.

Identificar y atender la depresión entre los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar puede contribuir significativamente a reducir otros fenómenos de salud directamente en la población y relacionado también a costos de atención en salud, asimismo disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad.

Esto generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud.

1.- Taylor M, M. S. Depressive en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Rev Colomb IMSS* 2000; 3(2): 87-90.

2.- Espejo Toledo A. J. Inmersión social asociada a depresión: descripción en el servicio de urgencias del Centro Médico Nacional Venustiano Carrón de la Secretaría de Salud en los meses de Febrero a Septiembre de 1993. *Rev Colomb IMSS* 1995; 1(1): 1-5.

3.- Carrozo-Arango J y cols. Estudio clínico-epidemiológico de un trastorno depresivo. *Salud Mental* 2002; No 2, abril de 1997. 3, 6.

4.- Salgado Snyder W. Nally. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, número especial 1995; 6: 73.

5.- Morales R, Ramirez M, Gómez-Alcalá V, De la Mora L, Alvarado-Alvarado C, Villa R. Validez y confiabilidad del cuestionario del Síndrome depresivo. *Arch Neurol* 1996; 1, (1): 11 - 15.

6.- Carrozo-Arango J, Martínez-Velaz N, Rivera-Buenos RG, Coto-Díaz A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y satisfacción de servicios especializados. *Salud Mental*, México, 1997, V.26: 15 - 23.

7.- Brancati T, Molina - Mora A, López E, González J. Prevalencia de trastornos mentales y trastornos afectivos en grupos comunitarios del Sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología* 1998; 15, (2): 87-103.

8.- Keller MC, Hudson CS, McGee RL, Liu J, Swift M, Bluff DG. Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169: suppl. 50: 1-7.

REFERENCIAS

- 1.- Tapia – Mejía M S. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Enferm. IMSS 2000; 8(2): 87-90.
- 2.- Espejo Toledo A. I. Intento suicida asociado a depresión; detección en el servicio de urgencias del Centro Médico Nacional Veracruz “Adolfo Ruiz Cortines IMSS” en los meses de Febrero a Septiembre de 1992. Tesis
- 3.-Caraveo- Anduaga J y cols. Estudio clínico – epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental v.22, No 2, abril de 1997: 7-,6.
- 4.- Salgado Snyder V Nelly .Los trastornos afectivos en la población rural. Salud Mental, número especial 1999:68-73.
- 5.- Morales R. Ramírez M, Ocampo – Abdrèyeva V. De la Mora L, Alvarado Alvarado- Calvillo R. Validez y confiabilidad del cuestionario del Síndrome depresivo. Arch Neurocienc, 1996, 1, (1): 11 – 15.
- 6.- Caraveo – Anduaga J, Martínez – Vélez Na, Rivera – Guevara BE, Polo – Dayan A: Prevalencia en la vida de Episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental, México, 1997, V.20. 15 – 23.
- 7.- Berenzon S, Medina – Mora ME López E, Gonzàlez J: Prevalencia de trastornos Mentales y Variables Asociadas en Cuatro Comunidades del Sur de la Ciudad de México. Revista Mexicana de Psicología 1998,15, (2): 177-185.
- 8.- Kessler RC, Nelson CB, Mcgonagle KA, Liu J, Swart M Blazer DG: Comorbidity of DSM – III – R Mayor Depressive Disorder in the General Population :Results from the us National Comorbidity Survey . British Journal of Psichiary , 1996, 168 (suppl. 30) : 17-30.

- 9.- Angst J: Comorbidity of Mood Disorders: A Longitudinal Prospective Study. British Journal of Psychiatry, 1996,168 (suppl, 30): 31 – 37.
- 10.- Vega W, Kolody B, Aguilar – Gaxiola S, Alderete E, Catalana R, Caraveo – Anduaga J: Life of -DSM III – R Psychiatric Disorders Among Urban and Rural Mexican Americans in California. Archives of General Psychiatry, 1998, 55:771- 778.
1998:2231-2236.
- 11.- Caraveo Anduaga J y col. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la Ciudad de México. Salud Mental V. 23, No. 5, Octubre 2000:10 -19.
- 12.- Borja – Aburto V H, MC y cols. ¿Aumenta la depresión clínica el riesgo de muertes por causas no violentas ? Salud Pública de México. Vol. 36, No.1, Enero-Febrero 1994: 51 – 59.
- 13.- Halabé J y cols. Depresión. El Internista M. Romero. Edit. Mc. Graw Hill, Interamericana 1997: 779 – 785.
- 14.- Harrison y col. Trastornos Mentales. Principio de Medicina Interna Harrison .Edit Mc Graw – Hill, interamericana; 1998 Vol. 1:2831-2850.
- 15.- Padilla P, Mas C, Ezbán M, Medina – Mora ME, Peláez O: Frecuencia de Trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud, Salud Mental, 1984, 7 (3):72-78.
- 16.- Medina – Mora ME, Padilla P, Mas C, Ezbán M, Caraveo – Anduaga J, Campillo C, Corona J: Prevalencia de los trastornos mentales y factores de riesgo de una población de práctica médica general. Acta Psiquiatría y Psicología de América Latina, 1985, 31: 53-61.
- 17.- Ezbán BM, Padilla GP, Medina – Mora ME, Gutiérrez CE: Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. Salud Pública de Méx., 1985,27, (5):384 – 390.

- 18.- Padilla P, Peláez O: Detección de Trastornos Mentales en el Primer Nivel de Atención Médica. Salud Mental, 1985,8 (3):66-72.
- 19.- García – Alcatraz A, Caraveo – Anduaga J: Somatización y diagnóstico psiquiátricos en el primer nivel de atención Médica. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993:102-110
- 20.- R.Goetz Rupert y col. Depresión Medicina de la Familia, principios y práctica .Robert B.Taylor .Edit.Springer – Verlag Ibérica; 2001:300-307.
- 21.- Rodás Teixidor J y cols. Depresión.Medicina Interna tomo 2 .Edit Masson SA 1998:2231-2236.
- 22.- Sharp Lisa K y cols. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use primary care settings. American Family Physician. Vol. 66, number 6; September 15 2002: 1001 – 1007.
- 23.- Dörr – Zegers O. Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante. Salud Mental, Vol. 25, No. 4: Agosto 2002: 1 – 9.
- 24.- Colin Piana R. Evaluación del paciente con depresión resistente al tratamiento. PAC Psiquiatría – 2 libro 3, Edit Intersistemas, SA de CV, primera edición 1999 – 2000: 7 – 28.
- 25.- X – Sandoval Luis y cols. La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. Salud Mental, V. 22, No. 3: Junio 1999: 34 -39.
- 26.- Calderón-Narváez G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. Rev Med IMSS 1992; 30:377-380.
27. Calderón-Narváez G. A questionnaire for diagnosing depresión. Arch Neurocién (Mex) 1996; 1:216-221.

- 28.- González – MICIP S y cols. Características psicométrías de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Salud Mental, V. 23, No. 2: Abril 2000: 21 – 30.
- 29.- Caraveo – Anduaga J, y cols. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico. Salud Mental, Vol. 25, No. 2; Abril 2002: 9 – 14.
- 30.- Vázquez – Barquero J.L. Psiquiatría en Atención Primaria. Libros Princeps Biblioteca Aula Médica 1999.139- 144.
- 31.-E. Jerry Phares Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica. Edit.El manual moderno, SA de CV; 1996 primera edición en español. 36, 347,348

QUESTIONARIO CLINICO: DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO

Dr. Guillermo Cárdena Navarro

Sexo: _____ Edad: _____ Sexo civil: _____

Ciudad: _____

Tratamiento: _____

Pregunta	ANEXOS			
	NO	SI (POCO)	SI REGULAR	SI MUCHO
1.- ¿Se siente triste o melancólico?				
2.- ¿Llora a veces sin motivo?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente cansado?				
5.- ¿Se cansa con facilidad?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?				
7.- ¿Se siente absorto o apático?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento es menor?				
10.- ¿Siente pensamientos o acciones en el pasado?				

CUESTIONARIO CLINICO: DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO

Dr. Guillermo Calderón Narváez

Sexo : _____ Edad _____ Edo. civil _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

Toxicomanías _____

Pregunta	NO	SI POCO	SI REGULAR	SI MUCHO
1.- ¿Se siente triste o afligido?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar ?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?				
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento es menor?				
10.- ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				

12.- ¿Se siente cansado o decaído?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.- ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.- ¿Se siente que le es menos útil a su familia ?				
18.- ¿Siente miedo de alguna cosa?				
19.- ¿Ha sentido deseos de morirse?				
20.- ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaran ahora le fueran indiferentes?				
RESULTADOS				
EQUIVALENTE :PUNTAJE				

Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____ x 1 = _____

Investigación

Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) _____ x 2 = _____

Responde a preguntas que realiza el investigador

Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) _____ x 3 = _____

Comentarios:

Contesta en forma puntual, ordenada y se refiere con claridad a este aspecto y los demás

Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) _____ x 4 = _____

Comentarios:

En pocas palabras y sin rodeos, responde con claridad y precisión a las preguntas de la

Dependencia de personas que vive con él, familia de Matilde Espinoza en el 1972, 21 de

Ministerio Nacional. Que se encuentra en el 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972,

21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972, 21 de 1972,

TOTAL = _____

Este cuestionario de auto-evaluación permite y estimula, para lograr los

objetivos propuestos, evaluar el nivel de la actividad intelectual del participante.

Equivalente puntaje:

La de los participantes que han sido de categoría de la siguiente manera: 20 a 35:

normal. 36 a 45: reacción de ansiedad. 46 a 65: depresión media. 66 a 80: depresión severa.

20 a 35: normal

36 a 45: reacción de ansiedad

46 a 65: depresión media

66 a 80: depresión severa

36 a 45: reacción de ansiedad

Clasificación

Firma

46 a 65: depresión media

66 a 80: depresión severa

Fecha

Fecha

Consentimiento Informado para participar en un estudio de Investigación

Procedimiento:

Si consiento participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas que realice el investigador
2. Derecho a rehusar. Mi participación en el estudio es enteramente voluntario (a) y soy libre de rehusar a tomar parte sin afectar ni poner en peligro mi atención médica futura.

Consentimiento:

Consiento en participar en este estudio y he recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo.

A quien corresponda:

Yo declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio Prevalencia de la Depresión en pacientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar en el HGZ 32 de Minatitlán Veracruz. Que se realiza en el HGZ C/MF No. 32 de I.M.S.S., cuyos objetivos consisten en conocer si existe depresión en los pacientes que acuden a la consulta de Medicina familiar.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos, para lograr los objetivos mencionados consistirán en contestar con la verdad y honestidad el cuestionario que me apliquen.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre _____
N° de afiliación _____
Dirección _____
Firma _____
Fecha _____

Investigador : Dra. Ana Isabel Espejo Toledo.

Testigo _____

Testigo _____