

**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

**“FRECUENCIA DE DEPRESION EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 159 DE JESUS MARÍA,
JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN NUÑEZ HERNANDEZ

ASESORES:

DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
DR. JOSÉ LUIS BEAS ZAPATA



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 DEPRESION EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 159 DE JESUS MARIA, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARIA DEL CARMEN NUÑEZ HERNANDEZ.

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



DR. JOSE LUIS BEAS ZAPATA.

ASESOR DE TEMA DE TESIS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.



DRA. ALMA ROCIO DEL PILAR CRUZ LOPEZ.

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.



DR. ALBERTO CHAPARRO TORRES.

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

**“FRECUENCIA DE DEPRESION EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 159 DE JESUS
MARÍA, JALISCO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

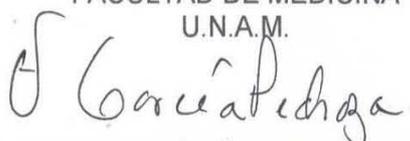
PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN NUNEZ HERNANDEZ

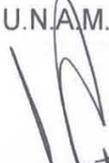
AUTORIZACIONES



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 mis padres:

Por creer en mí en todo momento, por su amor comprensión y apoyo emocional, sin ustedes no hubiera tenido la oportunidad de realizarme en esta profesión, ya que en todo momento han sido mi soporte.

A mis hermanos y sobrinos:

Porque sé que cuento con ellos en todo momento, gracias por su cariño.

Azul gracias por todo.

A mis asesores:

Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López.

Dr. José Luis Beas Zapata.

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

**“FRECUENCIA DE DEPRESION EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 159, DE JESUS MARIA
JALISCO”**

INDICE GENERAL

RESUMEN. -----	-7
MARCO TEORICO. -----	-10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. -----	-23
JUSTIFICACION. -----	-24
OBJETIVOS. -----	-27
OBJETIVO GENERAL. -----	-27
OBJETIVOS ESPECIFICOS. -----	-27
METODOLOGIA. -----	-28
TIPO DE ESTUDIO. -----	-28
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO. -----	-28
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA. -----	-28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN. -----	-28
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. -----	-28
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN. -----	-28
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR). -----	-29
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN. -----	-31
CONSIDERACIONES ÉTICAS. -----	-31
RESULTADOS. -----	-33
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS. -----	-33-38
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS. -----	-33-38
DISCUSIÓN. -----	-39
CONCLUSIONES. -----	-40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. -----	-41
ANEXOS. -----	-45

RESUMEN

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 159 DE JESUS MARIA JALISCO.

Introducción: Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.

La organización mundial de la salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y que se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo apenas superado por las enfermedades cardiovasculares.

La depresión se caracteriza por 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. Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Estudios recientes han sugerido que el 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y solo un 20-25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. Tiene una alta mortalidad: 15% de las y los pacientes con depresión que se suicidan por cada suicidio consumado existen veinte intentos, las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia, además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de la depresión, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.

La experiencia del grupo de investigadores se sustenta en la práctica diaria como médicos familiares, donde hemos observado y encontrado que la depresión es un trastorno frecuente en la consulta de primer nivel, siendo uno de los primeros 10 motivos de consulta en la Unidad de Medicina Familiar No.159, y dentro de una población productiva que al no ser detectada y atendida a tiempo tiene consecuencias biopsicosociales negativas, por lo cual es importante detectar pacientes con depresión y prevenir sus factores de riesgo y detener su evolución, esto nos estimula a investigar acerca de este padecimiento y mejorar en la atención de las pacientes, como médicos de familiares.

Objetivo: Identificar la frecuencia de depresión en mujeres de 20 a 59 años, en la unidad de medicina familiar No. 159 de Jesús María, Jalisco.

Material y Métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se realizó en la sala de espera de la unidad de medicina familiar # 159 de Jesús María, Jalisco, del 15 de Junio al 15 de Julio del 2011, se obtuvo información del cuestionario de la escala de depresión de Beck auto aplicados a pacientes femeninas de 20 a 59 años de edad, previamente se solicitó a la paciente autorización en forma escrita, estos instrumentos están validados. Tomándose una muestra de 269 pacientes correspondiente a lo calculado, en ambos turnos en un lapso de tiempo determinado.

El procesamiento estadístico se realizó en SPSS versión 10 y redacción del mismo. Las variables categóricas..... expresadas con frecuencia simple y porcentaje, la variable numérica..... con media y desviación estándar, para comparación de las variables, de acuerdo a su categoría se utilizó χ^2 . Obteniendo una significancia estadística $p < 0.05$.

Aspectos Éticos: El presente se realizó bajo consentimiento verbal por no tener riesgo 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. Fueron 269 mujeres de 20 a 59 años. Lo que correspondió al 64.3% del total de la muestra calculado. 173 pacientes presentaron depresión y mediante la aplicación de la escala de beck se detecto depresión leve en un 23.8%, depresión moderada en un 32.7% y depresión severa en un 7.8% identificando el grado moderado como el más frecuente. El grupo de edad de 20 a 29 años presento la mayor frecuencia de casos de depresión con 67 mujeres, 89 con escolaridad primaria, 90 dedicadas al hogar y 89 con estado civil casada.

CONCLUSIONES. Lo encontrado en este estudio son concordantes con la literatura médica internacional, especialmente en lo concerniente a la frecuencia y a las características sociodemograficas demostrando que la depresión es un trastorno psiquiátrico Universal que constituye la tercera y cuarta parte de total de consultas realizadas a nivel primario de atención. La elevada frecuencia de depresión observada en este trabajo garantiza un alto rendimiento diagnostico, proporcionando un nuevo argumento para llevarlo a cabo en nuestro medio, evitando un riesgo de evolución hacia la cronicidad del trastorno depresivo e incluso de llegar a consecuencias lamentables.

MARCO TEORICO

La depresión es una alteración del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psiquiátrica. ⁽¹⁾

La primera descripción clínica fue realizada por Hipócrates, quien acuñó el término melancolía; (melanos; negra, cholis; bilis) por considerar el exceso de la bilis negra el cerebro. Se pensaba que la depresión era causada por un exceso de bilis negra. ^(2,3)

En el periodo de la edad de piedra y el renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoniaca, al castigo divino, la influencia de los astros, o el exceso de humores. ⁽⁴⁾

Paracelso: Fue la excepción, afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Robert Burton: Refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos. En forma relativamente simultánea, Abraham y Freud, a comienzos del siglo XX, empiezan a postular que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetar temprana, lo que torna vulnerable a pérdidas posteriores y que desencadenan este cuadro. La depresión es una de las más viejas y persistente formas de sufrimiento, constituye en el mundo actual uno de los principales problemas de salud mental producto de una alta incidencia. Por tal razón se le viene considerando como entidad de mucha importancia en el campo de la psiquiatría. Así lo demuestran las diversas investigaciones que sobre el tema se vienen efectuando desde el punto de vista clínico, terapéutico, aun estudios comparativos entre diferentes culturas y grupos sociales. ⁽⁴⁾

Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, la organización mundial de la salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo. ⁽⁵⁾

EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil. ⁽⁶⁾ Constituye la tercera y cuarta parte de total de consultas realizadas al nivel primario de atención, según los datos de la OMS hay 100 millones de casos nuevos cada año en el mundo con un alto predominio en el adulto, de un 15% hombres y 24% mujeres. 70% de los pacientes están comprometidos entre los 18 y 45 años de edad. ^(7,8) Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre con un porcentaje en mujeres de 3.2% y hombres 1.9%. Y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar intervienen factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. ⁽⁹⁾

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica llevada a cabo en el 2002 entre una población de 18 a 65 años de edad, concluyo que ocupa el tercer lugar de frecuencia, 9.1% cursando 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. ⁽¹⁰⁾.

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%. ⁽¹¹⁾

ETIOLOGÍA:

La depresión puede estar causada por uno o varios factores, es decir, la etiopatogenia de los trastornos depresivos es multifactorial. Entre los factores que están implicados en la etiopatogenia de la depresión se encuentran los siguientes:

Factores bioquímicos: La teoría más popular ha postulado cambios en las monaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). Se ha sugerido que un déficit de serotoninas sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a la disminución de células congénitas que usan dicho neurotransmisor, y que esta secundariamente produciría una disminución, de la monoaminoxidasa, enzima que degrada tanto las catecolaminas como las serótinas. No se relaciona con una actividad marcadamente elevada o reducida de la noradrenalina, sino con una respuesta desigual a factores estresantes que activan los sistemas noradrenergicos basal es excesiva, pero los factores demandan la movilización de la respuesta al estrés provocan inadecuada de mayor transmisión noradrénergica.

Factores genéticos: los resultados de diversos estudios muestran que los familiares de los pacientes con depresión padecen la enfermedad con una frecuencia hasta tres veces superior a la de los familiares de los controles sanos.

Factores psicológicos y/o psicosociales: situaciones estresantes, la muerte de un familiar o amigo, una enfermedad crónica, dificultades financieras, divorcio etc. Personalidad, baja autoestima, falta de control sobre las circunstancias de la vida, él uso de distintos fármacos y por el abuso del alcohol y drogas ⁽¹²⁾.

Formas de inicio de la depresión:

Unos síntomas cardinales del comienzo son las perturbaciones del dormir. El insomnio de conciliación, el despertar temprano, el sueño no reparador puede proceder a energía disminuida, fatiga y al ánimo depresivo que con el correr del tiempo, se van haciendo más ostensibles.

El sujeto percibe una progresiva tendencia al encierro y refiere cada vez dificultades mayores para experimentar placer. El sujeto esta abatido, no sabe por qué se siente de esta manera, no se encuentra razón o desencadenante que justifique su estado.

Las alteraciones en el apetito y peso (disminución o aumento), así como diferentes dificultades en las relaciones sexuales (disminución del deseo, disfunción eréctil en el hombre), se van manifestando. De esta forma la vivencia hipocondriaca estaría relacionada con la proyección del malestar mental en el medio social o en el cuerpo, de manera respectiva. ^(2,13)

Por último, las expresiones somáticas de la depresión pueden comenzar con síntomas vagos, inexplicables y no mejorables por la terapéutica sintomática, en forma particular, las algias. ^(2,13)

La depresión en la mujer:

Se da en la mujer con una frecuencia casi el doble en el hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. El particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo postparto, la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. Muchas mujeres tiene un alto riesgo de deprimirse después del nacimiento del bebe. Debido a los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una

depresión postparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza. El tratamiento por un medico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre supere su bienestar físico y mental. (2, 13,14)

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los trastornos depresivos corresponden a la clasificación según los trastornos afectivos, a su vez se subdividen en 3 grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distimico y trastorno depresivo no especificado. De estos, la depresión mayor y la distimia son las categorías más frecuentes. (15)

Trastorno depresivo mayor:

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes) durante al menos un periodo de 2 semanas y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa. (1, 15,16)

Criterios diagnósticos DSM-IV para depresión mayor.

Síntomas	Criterios diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?. ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnias casi todos los días	¿Cómo ha estado durmiendo?. ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes)	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?

Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo?. ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día	¿Ha tenido problemas para concentrarse? ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada día	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto?. ¿Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morir. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

EPISODIOS LEVES: se caracteriza por síntomas con un grado escasamente superior al mínimo requerido para dar el diagnóstico, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.

EPISODIOS MODERADOS: se caracteriza por la presencia de síntomas que superan con mucho los requerimientos diagnósticos mínimos. La persona presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. (1, 17,18)

Distimia o depresión leve:

La característica esencial este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, de las mayorías de día durante al

menos 2 años. Estos sujetos describen su estado de ánimo como desanimado o triste, suelen quejarse de haberse sentido deprimido durante toda la vida. No es posible identificar una época específica del comienzo, y en todo caso describe que esta ocurrió muy al principio de la infancia o de la adolescencia con una historia subsecuente de muchas intervenciones terapéuticas.

En la duración de este trastorno deben de existir, al menos otros dos síntomas los siguientes: insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de apetito, falta de energía, fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, con pérdida de interés y un aumento de la autocrítica, incluyendo una visión de si mismos como poco interesantes. Como los síntomas depresivos suelen ser leves o moderados, es menos común en estos casos la morbilidad relacionada con la depresión mayor, como el suicidio. (2,18) Los pacientes distimicos son consumidores de los recursos de asistencia médica y salud mental, y a menudo se pueden obtener en ellos antecedentes de participación en organización de autoayuda.

Para el diagnóstico los síntomas deben causar un malestar significativo tanto clínica como socialmente; al igual que ha de haber un deterioro laboral o de otras áreas importantes en el sujeto. El aspecto esencial de este diagnóstico es la naturaleza crónica del estado de ánimo deprimido. (2,19)

Criterios de Diagnósticos de Distimia: Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observados por los demás, durante al menos 2 años.

*Presencia, mientras está deprimido:

- A. Pérdida o aumento del apetito.
- B. Insomnio o hipersomnia.
- C. Falta de energía o fatiga.

- D. Baja autoestima
- E. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- F. Sentimientos de desesperanzas.

Durante el periodo de 2 años (1 año en niño y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios anteriores A y B durante más de 2 meses seguidos.

No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niño y adolescentes).

Nunca ha habido un episodio maniaco; un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia: como una droga, un medicamento o una enfermedad medica.

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (2,19)

Como vemos, la distimia presenta síntomas más o menos similares a la depresión mayor, pero si diferencian entre sí respecto a:

Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.

Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo. (2,19)

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de

un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba. Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y que tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos? ⁽²⁰⁾

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de William Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el test de depresión de goldbert, el test de depresión Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada confiabilidad. ^(20, 21,22)

Escala de depresión de Beck (BDI-II): La primera versión de 1961 fue seguida por la aun más difundida versión desarrollada en 1979, conocida tanto por el acrónimo BDI a secas como BDI-IA, que a su vez sufrió leves modificaciones en el tiempo, hasta ser revisada de modo sustantivo al elaborarse el BDI-II actual. ⁽¹⁸⁾ 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). (22)

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. (18,22)

TRATAMIENTO

Debido al fuerte impacto negativo en el funcionamiento, morbilidad y calidad de vida de los pacientes afectados con depresión, una vez que el diagnóstico sea establecido se vuelve de suma importancia iniciar el tratamiento de manera temprana y adecuada. Con este fin, un número de modalidades terapéuticas han sido propuestas, incluyendo el uso de intervenciones farmacológicas, educativas, psicológicas, físicas y espirituales. Debe conceptualizarse como un proceso a largo plazo, por esta razón, el paciente deberá ser educado de manera rutinaria acerca del curso natural de la enfermedad y la necesidad de adherencia al tratamiento quedando a cargo del clínico la interpretación y cuantificación de los síntomas, fundamentalmente síntomas de alarma (riesgo de suicidio, violencia). (2,23)

Es de suma importancia reconocer que después de la educación, el rol del clínico en el tratamiento es de consultoría al paciente y la familia. Al iniciar, discontinuar o modificar el uso de los medicamentos se debe obtener el consentimiento informado del paciente.

El objetivo primordial del tratamiento antidepresivo deberá ser promover la remisión del cuadro clínico ya que es la resolución de los síntomas lo que al final favorece la

reintegración funcional del individuo y disminuye de manera dramática la calidad recidivante del proceso depresivo.

Si lo anterior se logra, la decisión de extender el tratamiento a una fase de continuación entre 6 a 9 meses, y lo mantenimiento (1 a 2 años o indefinidamente) será necesaria sobre la base de la historia personal y familiar del paciente. (23)

La terapia del mantenimiento se recomienda en paciente con alto grado de recidiva, pacientes con varios episodios recurrentes, mejorías parciales, presentación clínica de gravedad (tendencia suicida, disfunción severa, abuso de sustancias durante los episodios depresivos). (23)

Farmacológico:

Los principales grupos de fármacos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados, debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.(23,24)

Psicoterapia

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

(2, 23,24)

Estudios de investigación han comprobado que dos tipos de psicoterapia a corto plazo son muy útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la terapia cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión. (24,24)

***Psicoterapias psicodinámicas breves**

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones. (25)

***Psicoterapia interpersonal**

En este caso, el psicoterapeuta analiza los síntomas en cuanto surgen desde una perspectiva de comportamientos elaborados por el paciente a través de sus relaciones interpersonales. (2, 23, 24,25)

***Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual**

Esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad. (25)

OTROS TRATAMIENTOS:

***Terapia electroconvulsiva (TEC)**

Utilizada en el trastorno depresivo grave y depresión resistente, su efecto antidepresivo se mas rápido y más eficaz al cabo de 4 semanas. (6a 10 sesiones) con un promedio de 70% de mejoría. Su tasa de mortalidad es de 4 casos por 100000 tratamientos. (26)

***Ejercicio físico:**

El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue mejorar su autoestima y lo que favorece su relación con el entorno. Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve a moderado un programa de ejercicios estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas podrían mejorar los síntomas depresivos. (23,26)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, se calcula que más de un 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.

Básicamente, la depresión se caracteriza por 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.

En la unidad de medicina familiar 159 de Jesús María, Jalisco, la depresión ocupa el quinto lugar dentro de los 10 primeros motivos de consulta, afectando con mayor frecuencia a mujeres en edad productiva.

El beneficio esperado al final del presente estudio, sería conocer la frecuencia de este padecimiento, otorgar un diagnóstico y tratamiento oportuno como médicos de primer contacto, evitando altos costos e impacto económico en medicamentos, días hospitalizados e incapacidad para laborar, cuando la mayoría de las pacientes se encuentran en edad productiva y realizar futuras investigaciones que determinen los factores que influyen en la enfermedad, así mismo evitar que se desarrolle un trastorno mayor e inclusive desenlaces fatales que lleguen a un suicidio.

La pregunta de investigación que pretende contestar esta investigación es;

¿Cuál es la frecuencia de depresión en mujeres de 20 a 59 años de edad, en la Unidad de Medicina Familiar 159 de Jesús María, Jalisco?

JUSTIFICACIÓN

***Magnitud**

La organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión unipolar ocupa el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo. (7, 8,11)

En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. (9)

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales.

Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. (9)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). (10)

Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar. (11)

En la unidad de medicina familiar 159 de Jesús María, Jalisco. El trastorno depresivo se encuentra dentro de las 10 primeras causas de motivo de consulta, afectando principalmente a mujeres de edad reproductiva. ⁽²⁷⁾

***Trascendencia**

Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representa a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). ⁽²⁸⁾

La depresión es más que una tristeza profunda, afecta principalmente todas las aéreas y el proceso de la vida de una persona, desgraciadamente muchas veces no es detectada y la persona continúa sufriendo. Por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas considerando en ello los factores que influyen para su presentación.

Gran número de mujeres en edad reproductiva que acuden a los servicios de medicina familiar, presentan un cuadro clínico de síntomas depresivos, ocasionando alteración del funcionamiento familiar y social, por lo anterior y debido al alto impacto de costos económicos en medicamentos, días de incapacitación, es importante concluir en la importancia del diagnóstico en forma temprana de este tipo de padecimiento, la necesidad de un tratamiento adecuado, seguro, confiable y eficaz y sobre todo lo más importante es la difusión e información de esta enfermedad, tanto para la población en general como para el personal de salud, que puede detectarlo y tratarlo oportunamente.

En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4%.

La depresión es un problema de salud mental más común y por lo tanto más importante en la población femenina los datos epidemiológicos coinciden en señalar

una razón de 2:1 en la prevalencia de depresión de hombres y mujeres, la prevalencia actual en México es de 4.1% en las primeras y 1.6% en los segundos. (28)

***Vulnerabilidad**

La depresión es tratable y curable, con un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado, seguro, confiable y eficaz, iniciando precozmente disminuye las probabilidades de recaídas, recidivas y tendencia a la cronicidad, incluso la muerte. Los médicos de primer contacto detectan e inician su manejo farmacológico, respondiendo a este en un 70% de los pacientes. La psicoterapia es preferible a los tratamientos psicofarmacológicos, las terapias cognitivas son más eficaces que otros métodos genéricos como relajación o psicoterapia no directiva. De comprobar la morbilidad que tiene la depresión en la mujer, esto implicaría establecer la mejoría de las condiciones de los procesos sociales, familiares y laborales, considerando con ello los distintos factores que influyen.

Factibilidad

El estudio es factible, no riesgoso, se cuenta con los recursos humanos y económicos necesarios para su aplicación, solo se necesitaran encuestas para obtener la información.

OBJETIVOS

***OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar la frecuencia de depresión en mujeres de 20 a 59 años de edad, en la unidad de medicina familiar 159 de Jesús María Jalisco.

***OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar la frecuencia de mujeres con depresión mediante la escala de depresión de Beck.
- .Identificar las características socioeconómicas de mujeres con depresión
- Demostrar las características sociodemográficas de mujeres con depresión.
- .Identificar qué tipo de depresión es más frecuente en estas mujeres con la escala de Beck.

HIPÓTESIS:

No requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal y descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se consideró como universo de estudio el total de pacientes de género femenino de 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa del turno matutino y vespertino de la unidad de medicina familiar 159 de Jesús María, Jalisco. En el tiempo estimado del 15 de junio al 15 de julio del 2011.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se hizo el cálculo del tamaño de muestra con fórmula STAR CAL, teniendo en cuenta, un universo de 888 mujeres de 20 a 59 años de edad, de acuerdo a la pirámide poblacional ⁽²⁷⁾ y una prevalencia esperada del 11.2% ⁽¹⁰⁾, se dio un margen de error del 5% y se obtuvo un resultado de 269 pacientes a encuestar, en ambos turnos, previa autorización verbal y reunión de los criterios de inclusión ⁽²⁹⁾

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres de 20 a 59 años de edad, que acudan a consulta externa en la unidad de medicina familiar 159 en ambos turnos y acepten participar.
- Autorización mediante consentimiento bajo información verbal y escrita.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con alteraciones; psiquiátricas o psicológicas que dificulten realizar la encuesta

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Instrumentos con información incompleta.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR)

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESTADISTICO
DEPRESIÓN	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.	Catógica	Con Depresión Sin Depresión	Frecuencia simple y %
ESCALA PARA DEPRESIÓN DE BECK	Explora el estado depresivo, consta de 21 enunciados	Catógica	Ausencia Leve Moderada Severa	Frecuencia simple y %
EDAD	Edad en años cumplidos	Numérica	Años	Media, rango y D.E
ESCOLARIDAD	Estudios que alcanzo el individuo de manera oficial	Catógica	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Licenciatura	Frecuencia simple y %
ESTADO CIVIL	Se definirá con relación a la situación legal	Catógica	Soltera Casada Viuda Divorciado Unión libre	Frecuencia simple y %
OCUPACION	Define como la actividad laboral, en el hogar o fuera de este.	Catógica	Hogar Fuera del Hogar	Frecuencia simple y %

DEFINICIÓN DE VARIABLES

ESCALA PARA DEPRESIÓN DE BECK.

- 1.-TRISTE: Estado de ánimo, en el cual 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 realizada.
- 7.-SENTIMIENTO DE IGUAL: Del mismo valor y aprecio.
- 8.-CRITICO: Aquel que todo lo censura, sin perdonar ligeras faltas.
- 9.-PENSAMIENTO: 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 INTERÉS: Ausencia de cautivar la atención y el ánimo de realizar actividades de provecho o utilidad.
- 13.- TOMA DE DESICIONES: Capacidad de determinar o resolver una cosa dudosa.
- 14.-DEVALUADO: Acción de restarle valor: utilidad y actitud de las cosas, para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite.
- 15.-ENERGÍA: 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.-IRRITALE: Sensación de ira, anulación o invalidar.
- 18.-APETITO: Impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades, ganas de comer.
- 19.-CONCENTRACIÓN: Acción de estar atento o pendiente de una actividad.
- 20.-CANSADO: Falta de fuerzas que resulta de estar fatigado: molestia ocasionada por un esfuerzo más o menos prolongado.
- 21.-INTERES POR EL SEXO: Inclinação del ánimo hacia un placer venéreo. (30)

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se realizó posterior a ser autorizado por el CLIS No. 1306 correspondiente. Iniciando el 15 de Junio al 15 de Julio 2011, el estudio se realizó en la sala de espera de la unidad de medicina familiar # 159 de Jesús María, Jalisco. La tesista entrevistó a las mujeres que acudieron a la consulta externa y recolectó la información de los cuestionarios de la escala de medición para la depresión de Beck auto aplicados a pacientes femeninas de 20 a 59 años de edad, previo consentimiento bajo información verbal y escrita; en el caso de las pacientes analfabeta se aplicó personalmente por la tesista. Tomándose una muestra de 269 mujeres, correspondiente a lo calculado, en el lapso de tiempo indicado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La descripción de las variables categóricas de depresivo, escala para depresión de Beck, escolaridad, estado civil y ocupación, se expresarán 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 utilizará la ayuda del programa estadístico SPSS versión 10. Los resultados se expresarán en tablas de contingencia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación se clasifica como un estudio clase I en la Ley General de Salud de México y con base en los lineamientos de dicha clasificación se consideraran los siguientes: Los procedimientos de este estudio estuvieron 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.

- Título 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 respetaron aspectos de

confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio de paciente. En este estudio se contemplaron los siguientes aspectos:

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

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

Confidencialidad: La información recolectada se manejo en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio. Los nombres, cédulas y otros identificadores de las pacientes fueron borrados de la base de datos y no serán mencionados en los resultados o comunicaciones científicas.

Derecho a la no subsiguiente participación: La paciente tuvo de su conocimiento que tenía el derecho, una vez incluido en el estudio a no continuar y retirarse si la paciente lo estimaba conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derivara para ella responsabilidad ni perjuicio alguno.

Beneficio obtenido: La paciente obtuvo el beneficio de conocer si presento algún tipo de Depresión en alguno de sus grados clínicos y en forma voluntaria iniciar manejo y seguimiento en la unidad de medicina familiar No. 159, Jesús María.

RESULTADOS

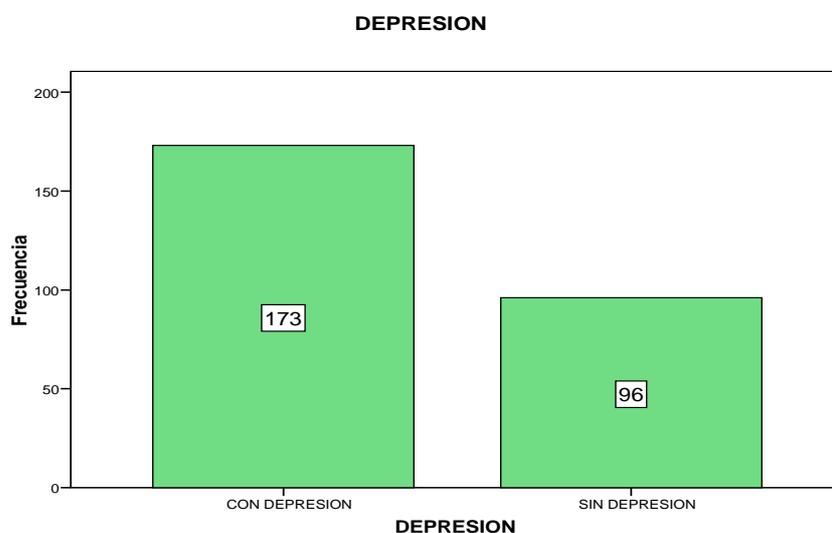
Este estudio incluyó 269 pacientes del género femenino de 20 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF 159 de Jesús María, Jalisco. Lo que correspondió al 64.3% del total de la muestra calculado.

TABLA 1. Frecuencia de depresión de acuerdo a la escala de Beck.

		DEPRESION	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	CON DEPRESION	173	64.3
	SIN DEPRESION	96	35.7
	Total	269	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICO 1. Frecuencia de depresion de acuerdo a la Escala de Beck



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Los resultados obtenidos en relación a la frecuencia de presencia de la depresión en el grupo estudiado fue de 64.3% versus 35.7% sin depresión. **(Tabla 1), (Grafico 1).**

TABLA 2. Frecuencia de depresión de acuerdo a la Escala de Beck

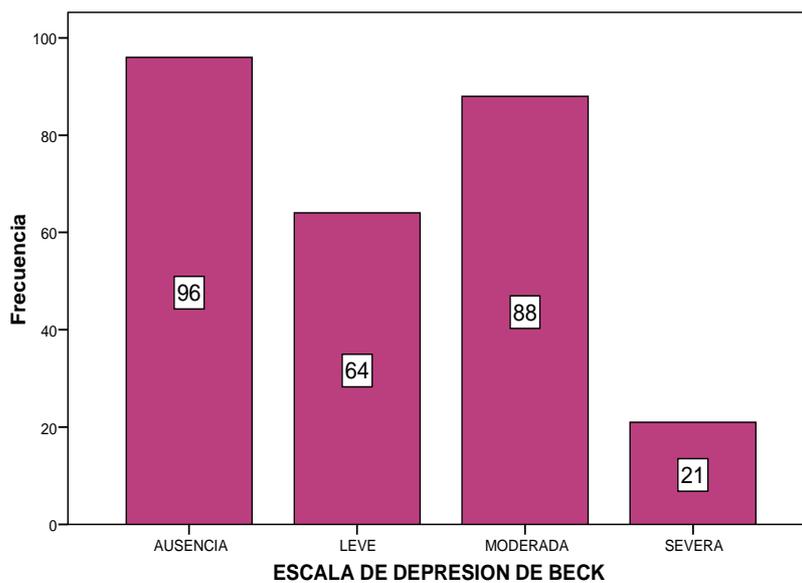
ESCALA DE DEPRESION DE BECK

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AUSENCIA	96	35.7
	LEVE	64	23.8
	MODERADA	88	32.7
	SEVERA	21	7.8
	Total	269	100.0

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

GRAFICO 2. Frecuencia de depresión de acuerdo a la Escala de Beck

ESCALA DE DEPRESION DE BECK



FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

La frecuencia de depresión de acuerdo a la escala de beck muestra depresión leve en un 23.8%, depresión moderada en un 32.7% y depresión severa en un 7.8% identificando el grado moderado como el más frecuente (**tabla 2**), (**Grafico 2**).

TABLA 3. Depresión – Edad

Tabla de contingencia DEPRESION * EDAD

Recuento		EDAD				Total
		20 A 29 AÑOS	30 A 39 AÑOS	40 A 49 AÑOS	50 A 59 AÑOS	
DEPRESION	CON DEPRESION	67	56	24	26	173
	SIN DEPRESION	53	23	10	10	96
Total		120	79	34	36	269

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.811	3	.078

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

La relación edad con depresión muestra que de 20 a 29 años presento la mayor frecuencia casos de depresión con 67 mujeres, seguido de 30 a 39 años con 56 casos, siendo menor la frecuencia en las edades de 40 a 59 años. Con una significancia estadística de $X^2= 6.811$, $gl=3$, $p=0.078$. (**Tabla 3**).

TABLA 4. Depresión-Escolaridad.

Tabla de contingencia DEPRESION * ESCOLARIDAD

Recuento		ESCOLARIDAD						Total
		ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	TECNICA	LICENCIATURA	
DEPRESION	CON DEPRESION	12	89	49	13	1	9	173
	SIN DEPRESION	3	39	27	22	4	1	96
Total		15	128	76	35	5	10	269

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.538	5	.001

FUENTE: Instrumento de recoleccion de datos.

En relación a las variables depresión y escolaridad muestra que las mujeres con educación primaria presentan 89 casos, y educación Secundaria 49 casos, son los más frecuentes sin omitir que a nivel licenciatura 9 de cada 10 entrevistadas presentan depresión. Con una significativa estadística de $X^2= 21.538$, $gl=5$, $p=0.001$. **(Tabla 4).**

TABLA 5. Depresión-Estado civil.

Tabla de contingencia DEPRESION * ESTADO CIVIL

Recuento

		ESTADO CIVIL					Total
		SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	
DEPRESION	CON DEPRESION	50	89	11	5	18	173
	SIN DEPRESION	32	52	5	0	7	96
Total		82	141	16	5	25	269

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.041	4	.401

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

El estado civil que predominó en las pacientes con depresión fue el de casada con 89 casos, 50 pacientes solteras, 18 pacientes en unión libre, 11 pacientes viudas y el estado civil menos frecuente fue el de divorciada con 5 casos, con una significativa estadística de $\chi^2 = 4.041$, $gl=4$, $p=0.401$. **(Tabla 5)**.

TABLA 6. Depresión-Ocupación.

Tabla de contingencia DEPRESION * OCUPACION

Recuento

		OCUPACION		Total
		HOGAR	FUERA DEL HOGAR	
DEPRESION	CON DEPRESION	90	83	173
	SIN DEPRESION	37	59	96
Total		127	142	269

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.502	1	.034

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

Al relacionar la depresión con la ocupación se encontró que 90 casos son dedicadas al hogar y 83 mujeres trabajan fuera del hogar, con una significativa estadística de $X^2= 4.502$, $gl=1$, $p=0.034$. (**Tabla 6**).

DISCUSIÓN

Lo mencionado en algunos estudios que sugieren una elevada frecuencia del síndrome depresivo en la práctica médica ^(7,8). La estimación de la frecuencia de depresión se llevo a cabo mediante la utilización de la escala de Beck para depresión, que de acuerdo a otras investigaciones ^(20, 21,22) tiene un alto grado de fiabilidad y validez.

La investigación realizada en la U.M.F No. 159 de Jesús María, Jalisco, la frecuencia de depresión fue de 64.3%, en 173 pacientes de las 269 de la muestra, observando depresión leve en un 23.8%, depresión moderada en un 32.7% y depresión severa en 7.8%, identificando el grado moderado como el más frecuente.

Gran número de mujeres en edad reproductiva que acuden a los servicios de medicina familiar, presentan un cuadro clínico de síntomas depresivos, ocasionando alteración del funcionamiento familiar y social ⁽²⁸⁾, debido a esta muestra se estratifico en forma cronológica 4 grupos , de las 173 pacientes que presentaron depresión el grupo con mayor frecuencia fue de los 20 a 29 años de edad con 67 pacientes, otros estudios ^(29,13,14) coinciden que algunos factores sociodemograficos y socioculturales como el estado civil, nacimiento de un hijo, las crisis en pareja, baja escolaridad ocupación y la edad ^(9,12), tienen un riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor, en las pacientes que se detectó depresión, los resultados de la investigación fueron coherentes con lo anterior, ya que se identificó que la mayoría de las pacientes eran casadas, dedicadas al hogar y contaban con educación primaria .

CONCLUSIONES

Los datos encontrados en este estudio son concordantes con la literatura médica internacional, especialmente en lo concerniente a la frecuencia y a las características sociodemográficas demostrando que la depresión es un trastorno psiquiátrico Universal que constituye la tercera y cuarta parte de total de consultas realizadas a nivel primario de atención.

La elevada frecuencia de depresión observada en este trabajo garantiza un alto rendimiento diagnóstico, proporcionando un nuevo argumento para llevarlo a cabo en nuestro medio, evitando un riesgo de evolución hacia la cronicidad del trastorno depresivo e incluso llegar al suicidio.

De todo lo anterior el Médico Familiar debe llevar a cabo una labor preventiva, familiarizándose con los instrumentos diagnósticos, afrontando la necesidad de contar con capacitación en salud mental que le permita establecer una relación de apoyo con las pacientes y sus familiares, brindándoles orientación sobre su padecimiento, así como alternativas de tratamiento, ya que en la mayoría de los casos el primer contacto se realiza en las unidades de medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de prestaciones médicas, Unidad de atención Médica, Coordinación de unidades médicas de alta especialidad, División de Excelencia clínica. **Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo**, 2009.
2. Gutiérrez Castillo AJ, Barrera Parraga J, Cuevas A, Serdán Sánchez L. **Formas clínicas de depresión**. Programa de actualización continua en medicina familiar 2000; cap. (3).p.5-24.
3. Jackson, Stanley W.**Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos de hipocráticos a la época moderna**. Madrid Ed. Turner. 1986, cap. (1).p.58
4. Aldo Cont N .**Historia de la depresión. La melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX**. Buenos Aires. Ed. Polemos 2007, cap. (2).p.32-44.
5. Bello M, Puentes E, Medina ME, Lozano R.**Prevalencia y diagnostico de depresión en la población adulta en México**. Salud pública Mex. 2005., 47 (1).p. 4-11.
6. Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de sus servicios: resultados de la Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México**. Salud Ment 2003; 26(4).p.1-16.
7. Josué Díaz L, Torres Lio CV, Font Darías I, Cardona Monteagudo M, Sánchez Arrastia D.**Depresión oculta en consulta externa**.Rev.Cubana de Med-Militar 2006:35 (4).p.68-71.

8. Josué Díaz L, Torres Lio CV, Urrutia Zerquera E, Moreno Puebla R, Font Darías I, Cardona Monteagudo M. **Factores psicosociales de la depresión.** Rev. Cubana Med.Militar 2006: 35 (3).p. 57-64.
9. Abreu AC, Filips Jk .**Psiquiatría.** En: Graber MA, Lanternier ML, Editores Manual práctico de Mosby: **Manual de medicina de familia** 4 ed. España Elsevier Science; 2002.p.753-766.
- 10.Leyva Jiménez R, Hernandez Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. **Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar.**Rev. Med inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(3).p. 225-32.
- 11.Gren JF. (2001) **The burden of Recurrent depression: Causes, consequences, and Future prospects.** J clin psychiatry 2001; 62 (22 supl).p.5-14.
- 12.Fauci AS,Kasper DL,Braunwald E,Hauser SL,Longo DL,Jameson JL.**Principios de Medicina Interna Harrison,**México.McGraw.Hill,2009,17ava Ed.Vol.2,Parte XVI,Sec.5,Cap.386:p.2716-17.
13. Bcechman. **Habilidades de Salud Mental para médicos generales.**Madrid.Smithkline 1996.2dra.Ed.Cap.11:p150-168, Cap 33.p.406-420.
14. Margaret B, Ravelo C. **Diagnostico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de 20 a 60 años a la consulta de la unidad de atención primaria de Paya provincia Peravia.** (Tesis doctoral).Santo Domingo: Instituto tecnológico de Santo Domingo; 2007.
- 15.Kohn R, Levau I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Andagua J.**Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, asunto prioritario para la salud publica.**rev panam salud publica 2005,18 (4/5).p. 229-40.

16. Sainz Ruiz J, Hidalgo Rodrigo I, Santos Gómez JL. **Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria en Barcelona España**: Ediciones Ars Medica; 2005.p.4
17. Charles O, Pb D. Major **depression: revisiting the concept and diagnosis**. *Adv. Psychiatr treat*, 2009. July 1.15 (4).p. 279-275.
18. Ruiz M. Cirera Suarez LI, Pérez G, Borell G, Audica C, Moreno C, Grupo compara. **Comparabilidad entre la novena y decima revisión de la clasificación internacional de enfermedades aplicadas a la codificación de la causa de muerte en España**. *Gac.Sanit* 2002., 16 (6).p. 226-532.
19. Alberdi Sepude J, Taboada O, Castro Dono C. **Depresión**. En: Guías para la consulta de atención primaria.3ra, Ed.A Coruña: Casiterides; 2008.
20. Gelden M, Mayour R, Gedders J. **Trastornos afectivos**. España 2000. Editores Oxford psiquiatría. 2da.Ed. Cap.11.p.127-151.
21. 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).p.257-70.
22. Melillipán 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).p.59-69.
23. Guiovann Lizondo R, Llanque V. **Depresión**. *Rev. Pacea Med.Fam.*2008; 5(7).p. 24-31.
24. De la Grecca R, Zapata VM, Vega DG, Mazotti G. **Patterns of treatment of patients With depression in the ambulatory of general medicine**. *Rev. De Neuro-psiquiatria*. 2005, 68.p. 3-4.

25. Tierney L, McPee S, Ppidakis M. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Trastornos psiquiátricos.** México, D.F. El manual moderno. 2000, cap, 25.p. 1021-22.
26. Bhatia SC, Baldwin S, **Electroconvulsive therapy during the third trimester of pregnancy.** J ECT 1999;15(4).p.270-4.
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Pirámide poblacional.** Jesús María, Jalisco: Archivo clínico UMF. 159,2010.
28. Benjet C, Borges G, Medina Mora ME. **La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento.** Salud pública Méx. 2004., 46 (5).p.4-11.
29. Sampieri Hernández R, Fernández Collado C, Baptista LP. **Metodología de la investigación.** 4ta ed. Mc Graw-Hill. Cap. 8.p. 243-247.
30. Cella Y, Trulock CJ, De Requier Morera M, Marías J, Zamora Vicent A, 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

“HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO”

1).- TITULO DEL ESTUDIO:” **Frecuencia de depresión en mujeres de 20 a 59 años en la unidad de medicina familiar No. 159, de Jesús María, Jalisco”**

2).- **INVESTIGADOR RESPONSABLE:** Dra. Alma Rocío del Pilar Cruz López. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 11161728. Teléfono: 36088667 Correo Electrónico: almacruz@hotmail.com

3).-**Domicilio Institución:** Unidad Medicina Familiar # 159 Jesús María, Jalisco. Calle: Carretera a Arandas. Teléfono: (348) 70 40 110.

4).- El propósito de este estudio es: Identificar la prevalencia de depresión en mujeres de 20 a 59 años, en UMF 159. Por medio de la aplicación de la Escala de Beck (cuestionario).

5).-El beneficio es que la mujer se dé cuenta que ella puede estar iniciando o ya presenta depresión y que puede solicitar apoyo y orientación confidencial en lugares especiales para este problema. El riesgo es mínimo ya que es solo una encuesta.

6).-Tengo Derecho a Conocer el resultados de la encuesta en forma personal y confidencial y a solicitar en forma voluntaria apoyo y Orientación si soy una paciente con depresión.

7).- Autorizo al investigador mencionado y a quienes ellos indiquen, a realizarme la encuesta conveniente al estudio. Así también hacer uso de la información 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.

8).- Acepto Participar voluntariamente, aportando información verdadera, a la encuesta. Sin recibir compensación o pago alguno por ello. En caso de incomodidad a mi persona puedo terminar mi participación en el estudio en el momento que yo lo exprese al investigador responsable, sin afectar en nada mi seguimiento clínico.

Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio Titulado:

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 159, DE JESÚS MARÍA, JALISCO”

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____

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

Firma del Investigador: _____

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____

ESCOLARIDAD:

- a) ANALFABETA
- b) PRIMARIA
- c) SECUNDARIA
- d) PREPARATORIA
- e) TÉCNICA
- f) LICENCIATURA

ESTADO CIVIL:

- a) SOLTERA
- b) CASADA
- c) VIUDA
- d) DIVORCIADA
- e) UNIÓN LIBRE

OCUPACIÓN:

- A .HOGAR
- B. FUERA DEL HOGAR

Escala de Depresión de Beck

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados, de los cuales cada grupo menciona 4 enunciados enumerados como 0, 1, 2, y 3. Lea cuidadosamente cada enunciado correspondiente a cada grupo, y subraye el enunciado con el cual usted se ha identificado ó describa la manera como se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

1. -	0	No me siento triste.
	1	Me siento triste.
	2	Me siento triste todo el tiempo
	3	Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
2. -	0	No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro
	1	Me siento más desanimado con respecto a mi futuro.
	2	No espero que las cosas me resulten bien.
	3	Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.
3. -	0	No me siento como un fracaso.
	1	Siento que he fracasado más de lo que debería.
	2	Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
	3	Siento que como persona soy un fracaso total
4. -	0	Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
	1	No disfruto tanto las cosas como antes.
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
	3	Siento que como persona soy un fracaso total.
5. -	0	No me siento particularmente culpable.
	1	Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.
	2	Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
	3	Me siento culpable todo el tiempo.
6. -	0	No siento que este siendo castigado
	1	Siento que tal vez seré castigado.
	2	Espero ser castigado
	3	Creo que estoy siendo castigado
7. -	0	Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.
	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.
	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.
2	Me gustaría matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad
10. - 0	No lloro más que de lo usual
1	Ahora lloro más que antes.
2	Ahora lloro por cualquier cosa
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. - 0	No me siento más tenso de lo usual.
1	Me siento más inquieto o tenso que lo usual.
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.
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.
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.
2	Me siento menos valioso comparado con otros.
3	Me siento francamente devaluado
15. - 0	Tengo tanta energía como antes.
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
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.
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
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.
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.
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.

CALIFICACION SEGÚN PUNTAJE:

0-9 puntos ausencia de depresión

10-16 puntos depresión media

17-29 puntos depresión moderada

30-63 puntos depresión severa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1306
H GRAL REGIONAL NUM 46, JALISCO

FECHA 25/08/2011

DRA. ALMA ROCIO DEL PILAR CRUZ LOPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"PREVALENCIA DE DEPRESION EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 159, DE JESUS MARIA JALISCO"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-1306-8

ATENTAMENTE

DR.(A). XAVIER CALDERON ALCARAZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1306

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL