



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33



COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #13

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Jesús Cristo Hernández Ibarra

Asesores de tesis:

Dra. Cervantes Aldaz Érica

Dr. Chávez Ávila Juan Carlos



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



"2015. Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 02/09/2015

DR. JESUS CRISTO HERNANDEZ IBARRA

PRESENTE

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

Comorbilidades en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina familiar #13

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2015-802-18

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33



COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #13
TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Jesús Cristo Hernández Ibarra

AUTORIZACIONES



Dr. Humberto Campos Favela

Coordinación de Planeación y Enlace institucional



Dr. René Alberto Gameros Gardea

Coordinador Auxiliar Medico de investigación en Salud



Dra. Alma Aceves García

Coordinador auxiliar medico de educación en salud delegación chihuahua



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33



COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #13
TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Jesús Cristo Hernández Ibarra

AUTORIZACIONES

Dra. Ana Marlene Rivas Gómez

Coordinador Clínico de Educación e investigación en salud de UMF 33

Dra. Nayeli Limón García

Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33



COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #13
TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Jesús Cristo Hernández Ibarra

AUTORIZACIONES

Dra. Érica Cervantes Aldaz

Asesor

Dr. Chávez Ávila Juan Carlos

Asesor

INDICE

Página

1.- Resumen.....	8
2.- Marco teórico.....	10
3.- Justificación.....	19
4.- Planteamiento del problema.....	20
5.- Pregunta de Investigación.....	21
6.- Hipótesis.....	21
7.- Objetivo.....	22
7.1.-General.....	22
7.2.-Específico.....	22
8.- Material y métodos.....	23
8.1.- Tipo de estudio.....	23
8.2.- Población, Lugar y tiempo de estudio.....	23
8.3 Criterios de Selección.....	23
8.3.1.- Criterios de Inclusión.....	23
8.3.2.- Criterios de Exclusión.....	23
8.4- Variables.....	24
8.5- Tipo y tamaño de muestra.....	28
8.6.- Determinación de la muestra.....	28
9.- Análisis estadístico.....	29
10.- Técnicas y procedimientos.....	29
11.- Factibilidad y aspectos éticos.....	29
12.- Resultados.....	31
13.- Discusión.....	36
14.- Conclusiones.....	37
15.- Referencias bibliográficas.....	38
16.- Anexos.....	40
16.1 Cronograma de actividades.....	40
16.2.- Consentimiento informado.....	41
16.3.- Hoja de recolección de datos.....	42
16.4.- Cuestionario para diagnosticar depresión.....	44

COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN UMF #13 IMSS SAUCILLO CHIHUAHUA.

Autores: Hernández Ibarra Jesús Cristo Alumno; Cervantes Aldaz Érica, Chávez Ávila Juan Carlos, Asesores.

1. Resumen:

Introducción. La depresión es un trastorno mental frecuente, Se calcula que afecta a unos 450 millones de personas en el mundo. Los pacientes con depresión presentan en la mayoría de las ocasiones enfermedades agregadas como por ejemplo: enfermedad cerebrovascular, diabetes, Alzheimer y parkinsonismo, con sintomatología similar a la depresión debido al deterioro que provocan. Por lo que es posible que estas enfermedades puedan anteceder a la depresión, sin necesidad de un vínculo anatómico funcional directo, por las implicaciones psicosociales que conllevan. **Objetivo.** Identificar comorbilidades en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión en umf #13 Imss Saucillo Chihuahua. **Material y métodos.** Se identificaron a pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión de acuerdo al programa CIE 10, adscritos a la unidad de medicina familiar #13 Ciudad Saucillo Chihuahua, que acudieron al servicio de medicina familiar en el periodo comprendido de julio a diciembre 2015. Se llevó a cabo un análisis informativo, descriptivo, Se considera una diferencia significativa cuando el valor de p es <0.05 . El análisis estadístico se realizó con el programa de procesamiento estadístico SPSS versión 21. Se revisó el expediente clínico para conocer las diferentes enfermedades agregadas, se elaboró una base de datos y se procedió al análisis estadístico mediante la aplicación del programa SPSS. **Resultados:** Se estudiaron un total de 94 pacientes de los cuales 40 pacientes (42.6%) tenían entre 51 a 60 años, 87 de ellos (92.6%) pertenecen al género femenino, 53 pacientes (56.4%) padecen de hipertensión arterial sistémica, 29 pacientes (30.9%) padecen de diabetes mellitus, 2 (2.2%) padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 1 (1.1%) padece insuficiencia renal, 9 (9.6%) padecen enfermedad degenerativa, 4 (4.3%) padecen osteoartritis y artritis reumatoide, 42 (44.7%) padecen obesidad, 4

(4.3%) padecen enfermedad auditiva, 8(8.5%) padecen enfermedades oftalmológicas, 5 (5.3%) padecen enfermedades cardiacas, 4(4.3%) padece de neuropatía, 5 (5.3%) padecen de hernia hiatal, 9 (9.6%) padecen de migraña, 2 (2.1%) epilepsia e hipotiroidismo y 4 (4.3%) padecen litiasis renal.

Conclusiones: las comorbilidades más frecuentes encontradas en nuestro estudio fueron hipertensión, diabetes y obesidad.

Palabras clave: Comorbilidades, depresión.

2. Marco Teórico

La OMS informa que, en promedio, 450 millones de personas a nivel mundial sufren problemas mentales, neurológicos o conductuales en cualquier momento particular y que cada año aproximadamente 873 000 personas se suicidan. Se ha sabido que uno de cada cuatro pacientes que acude a un servicio de salud padece, cuando menos, una enfermedad mental, neurológica o conductual, pero muchas de ellas no son diagnosticadas ni tratadas. Muchos países con niveles bajos y medios de ingresos destinan menos del 1% de sus gastos de salud, de por sí depauperados, a la salud mental. Existe un número cada vez mayor de terapias eficaces contra muchas de las causas principales de trastornos mentales. Desde hace mucho se cuenta con tratamientos eficaces de varias enfermedades neurológicas, incluidos los cuadros convulsivos. Muchas de las barreras infranqueables para la realización de las terapias es la escasez de personal experto; por ejemplo, varios de los países subdesarrollados solamente cuentan con unos cuantos psiquiatras; muchos practican en ciudades y no prestan sus servicios al sector público ni a pacientes pobres. De los escasos enfermos que tienen la suficiente fortuna de ser atendidos por un psiquiatra o un neurólogo, pocos tienen la capacidad de someterse a regímenes terapéuticos: algunas encuestas de pacientes ya diagnosticados que recibían ostensiblemente terapia diaria han indicado que entre los pobres pocos pueden recibir sus medicamentos tal como se les prescriben. Las mismas barreras que se interponen entre los pobres y su acceso fiable a la insulino-terapia o ART, también les impiden beneficiarse de la utilidad de antidepresivos, antipsicóticos y antiepilépticos. Para paliar el problema, algunas autoridades han planteado la capacitación de trabajadores asistenciales en el suministro de apoyo en el cumplimiento (de terapias) de tipo comunitario, servicios de orientación y envío de sujetos que necesitan servicios de salud mental.

Los textos World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries hacen análisis integral de la carga que imponen los problemas mentales, conductuales y sociales a países de bajos ingresos y vincula las consecuencias de

salud mental, de fuerzas sociales como violencia, transgresión de normas, pobreza y falta de emancipación de mujeres a problemas económicos, políticos y ambientales corrientes.¹

En 1948 la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social. Para poder evaluar la calidad de vida, que abarca distintas dimensiones, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye: salud, expectativas de vida, estado funcional, oportunidades de superación personal y profesional, estilo de vida, vivienda, satisfacción académica, ambiente laboral y situación económica; por tanto, la calidad de vida consiste en la “sensación de bienestar” que puede experimentarse por las personas involucradas. La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el control clínico de los enfermos radica en la estrecha relación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad.²

La revisión sistemática de 51 artículos en inglés publicados a partir del año 2000 en las bases de datos PsycNet, Ebsco y Science Direct, revela una alta comorbilidad de depresión en adultos mayores. Asimismo, se observa que los adultos mayores presentaban también enfermedad cerebrovascular, diabetes, Alzheimer y parkinsonismo, con sintomatología similar a la depresión debido al deterioro que provocan. El análisis permitió observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico funcional directo, por cuanto a las implicaciones psicosociales que conllevan. La depresión es también un factor de riesgo para la incidencia de enfermedad cerebrovascular y diabetes. Se recomienda la realización de más estudios longitudinales, con el fin de caracterizar pormenorizadamente el curso etiológico de la depresión.³

Las personas afectadas de hipertensión tienen un riesgo mayor de padecer depresión, de acuerdo a los hallazgos observados en esta experiencia, confirmando la H1. Debería tenerse en cuenta esta comorbilidad ya que ello

brindaría un abordaje integral en ambas patologías, otorgando al paciente un mejor estilo de vida, una mayor adherencia al tratamiento y consecuencia de ello un mejor control de su enfermedad de base.⁴

Muchos pacientes no se quejan inicialmente de anhedonia o estado de ánimo deprimido y las presentaciones más comunes en pacientes con depresión incluyen:

- Fatiga crónica (aproximadamente el 39 % de los pacientes que se presentan con la fatiga crónica tienen depresión)
- Múltiples visitas médicas (≥ 5 por año)
- Múltiples síntomas idiopáticos
- El síndrome del intestino irritable
- Alteraciones del sueño, memoria, quejas cognitivas (dificultad para concentrarse o tomar decisiones)⁵

Presentación clínica:

Los factores étnicos, religiosos y culturales pueden influir en la presentación, interpretación, o la descripción de la sintomatología depresiva.

Las presentaciones más comunes incluyen:

- La disfunción en el trabajo o en las relaciones.
- Cambios en las relaciones interpersonales.
- Pobre desempeño en las actividades de la vida diaria o las recomendaciones de tratamiento previo.
- Ganancia o pérdida de peso
- Quejas de estrés o estado de ánimo perturbación
- Episodios depresivos previos o condiciones psiquiátricas concurrentes
- Síndrome del intestino irritable
- Fatiga
- Trastornos del sueño
- Manifestaciones de los problemas de memoria, dificultad para concentrarse, o dificultad para tomar decisiones.

Al inicio puede ser gradual (meses o años) o brusco; del 40 al 60 % de los pacientes experimentan un evento mayor de la vida, antes de la aparición de depresión.⁶

Epidemiología

Incidencia / prevalencia

Estimada del 6,6% de la población de Estados Unidos experimentará la depresión en un período de 1 año, y el 16,6 % en su vida. La depresión mayor es muy común entre los adultos en Estados Unidos El 9 % de los adultos en Estados Unidos cumplen los criterios para la depresión subumbral actual, incluyendo 3.4 % de los que cumplen con los criterios para la depresión mayor, basado en la encuesta de 235.067 adultos (en 45 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) en el período 2006-2008⁷

La Organización Mundial de la Salud reporta una cifra ponderada de depresión del 10,4%. La prevalencia de los síntomas depresivos en los pacientes adultos varía entre el 8 y 16% en los diferentes estudios. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1 y 4%. La prevalencia de la depresión mayor varía ampliamente en rangos 2,3% a 25% en países como España, Estados Unidos y Australia. La prevalencia de cualquier tipo de episodio depresivo en la india fue de 12,7%. La prevalencia global de depresión en Estados Unidos fue de 11,1%. En México la prevalencia fue de 21.7 %.^{8,9}

Patogénesis.

El déficit de neurotransmisores asociados con la depresión incluyen: serotonina, triptófano (precursor de la serotonina) la noradrenalina y la dopamina; popularmente conocido como "desequilibrio químico". Hay algunas observaciones de que el aumento de la disponibilidad de neurotransmisores monoamina incluyendo la serotonina, dopamina y norepinefrina puede mejorar la depresión.

La disponibilidad de la monoamino se incrementa a través de la acción farmacológica (mediante el bloqueo de la receptación de la neurona pre sináptica dejando más monoaminas dentro de la hendidura sináptica o inhibiendo la enzima monoamina oxidasa que evita el catabolismo de monoaminas).¹⁰

Diagnostico

El diagnóstico es clínico basado en el estado de ánimo deprimido o la anhedonia y síntomas asociados, por lo general se define por cualquiera según la DSM-5 o la CIE-10.

De acuerdo a la DSM-5 la presencia de ≥ 5 de los siguientes síntomas durante ≥ 2 semanas que es el cambio de funcionamiento habitual y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral o de otras actividades de la vida.

El estado de ánimo deprimido (o estado de ánimo irritable en niños y adolescentes) disminuyó significativamente el interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia), cambio significativo en el peso o el apetito insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores gradualmente cada día, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, indecisión o disminución de la capacidad de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Criterios CIE-10

Síntomas que deben estar presentes al menos durante 2 semanas o más:

- Estado de ánimo deprimido.
- Pérdida de interés y el disfrute
- Disminución de energía y de la actividad física y mental.
- Visiones pesimistas del futuro.
- Disminución de la concentración y la atención.
- Disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo.
- Sentimientos de culpa e indignidad.

- Pensamientos o actos de autolesión o suicidio.
- Trastornos del sueño.
- Disminución del apetito.¹¹

Diagnóstico diferencial:

En la población de edad avanzada, la depresión puede ser atribuida por error a la enfermedad física, la demencia, o proceso de envejecimiento.

Las condiciones que imitan los síntomas depresivos incluyen:

- Delirio
- Demencia
- Hipotiroidismo
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedades del tejido conectivo
- El consumo de sustancias
- Esquizoafectivo u otro trastorno psicótico
- Trastorno bipolar (ausencia de episodio hipomaníaco o maníaco en la historia del paciente)
- Reacción duelo en donde por el dolor se incluyen ausencia de estado de ánimo, depresión persistente, la infelicidad generalizada, autocrítica o rumiación, pesimistas, ideas de suicidio, o sentimientos de inutilidad, debe presentarse en oleadas (generalmente cuando se piensa en el duelo específico) y la intensidad disminuye con el tiempo.¹²

Panorama general del tratamiento:

Hospitalización se debe considerar para los pacientes que presentan grave amenaza de daño a sí mismo o a los demás (APA Categoría I)

Considerar el mismo día de consulta con el especialista en salud mental en presencia de trastorno grave o riesgo inmediato de suicidio.

El tratamiento en pacientes ancianos debe igual al tratamiento de la depresión que en la población general, no se consideraran como especiales para las interacciones de medicamentos, dosis y efectos secundarios (APA Categoría I) ¹³

Sistemas de clasificación utilizados según la Asociación Americana de Psiquiatría:

Categoría I - recomendada con confianza clínica sustancial

Categoría II - recomendada con confianza clínica moderada

Categoría III - Se puede recomendar en función de las circunstancias individuales¹⁴

Tratamiento

El tratamiento de la depresión en el anciano no es homogéneo; requiere un abordaje altamente individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Se afectan sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos, tanto por cambios propios de su proceso de envejecimiento, como por patologías asociadas y sus respectivos tratamientos, modificando todo esto la respuesta a los antidepresivos. Importa hacer notar que el uso de antidepresivos en los adultos mayores es bajo, comparado con los reportes de depresión en este grupo etario, lo cual sugiere que la depresión es subdiagnosticada y poco tratada. Partiendo de que los antidepresivos son semejantes en eficacia, al escoger alguno, es importante considerar su interacción farmacológica, efectos colaterales y vida media ¹⁵

Hay evidencia de que los tratamientos psicológicos son eficaces en pacientes de atención primaria deprimidos. Para enfoques de TCC, evidencia sustancial sugiere que las intervenciones que requieran menos recursos pueden tener efectos similares a los tratamientos más intensos.

Complicaciones:

La depresión en pacientes de edad avanzada puede exacerbar condiciones médicas concurrentes y aumenta el riesgo de mala evolución

La depresión melancólica asociada con la depresión mayor, aumenta el riesgo de sufrir suicidio, la falta de respuesta a las intervenciones de placebo, y la recurrencia suicidio. Los pacientes con depresión tienen hasta 4 veces más riesgo

de llegar al suicidio que la población general. El riesgo de suicidio particularmente elevada en los adultos mayores, comprenden el 19% de todos los suicidios en Estados Unidos (pero sólo el 13 % de la población total) hombres blancos mayores tienen tasas más altas de suicidios consumados.¹⁶

En general, los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al, 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son antecedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka, Watson y Clark, 1998).¹⁷

Prevención:

Con el programa de atención escalonada asociado con un menor riesgo para la depresión y la ansiedad, en personas de edad avanzada. Basado en ensayo aleatorio y sin control de la atención se tomaron a 170 adultos ≥ 75 años de edad con niveles de síntomas subumbral de depresión o ansiedad aleatorizados, para aplicarles el programa de atención escalonada preventiva comparada a los pacientes con atención habitual. Secuencial de atención escalonada recibió la espera vigilante, cognitivo comportamiento con biblioterapia basada en la terapia, el comportamiento de tratamiento de resolución de problemas basados en terapia cognitivo (por 3 meses cada uno) y de referencia para los medicamentos si era necesario. La incidencia acumulada de DSM-IV el trastorno de ansiedad o trastorno depresivo después de 12 meses concluyo en 12 % con de atención escalonada contra un 24 % en pacientes con la atención habitual ($p < 0,05$).¹⁸

La alta prevalencia de depresión en los adultos mayores, lo convierte en un problema de salud pública, debido a que esta enfermedad afecta a la persona que lo padece, a la familia y a la comunidad. La salud pública tiene como objetivo central y objeto principal a la salud de la población que implica, por un lado, de actuaciones compartidas con otros sectores y, por otro, la preocupación por la salud individual, en la medida en la que algunos de sus aspectos adquieren un interés colectivo y son esenciales para la salud pública, desde esta perspectiva, es prioritario identificar los factores asociados a la depresión en este grupo etario,

encaminada a propiciar acciones integrales y más efectivas en función de los objetivos de la política de salud a nivel local⁽¹⁹⁾

Los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al, 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son antecedidos por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka, Watson y Clark, 1998).²⁰

3. Justificación

El trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, incrementa la morbimortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, incluye a la población de todos los grupos de edad, género y condición social, económica, educativa, genera un alto grado de afectación funcional, así como sufrimiento a quien lo padece y personas cercanas. Este estudio se realiza debido a la alta comorbilidad que existe en pacientes con diagnósticos de depresión en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar # 13 Ciudad Saucillo Chihuahua, buscando como objetivo identificar las diferentes enfermedades agregadas en pacientes ya diagnosticados con depresión por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, Alzheimer y parkinsonismo, con sintomatología similar a la depresión debido al deterioro que provocan. Por lo que es posible que estas enfermedades puedan anteceder a la depresión, sin necesidad de un vínculo anatómico funcional directo, por las implicaciones psicosociales que conllevan, para su tratamiento integral.

4. Planteamiento del problema

Diferentes estudios revelan que hay un gran número de pacientes con diagnóstico de depresión que en su mayoría existen comorbilidades, tales como hipertensión arterial, diabetes, cáncer, nefropatías, neuropatías, entre otros padecimientos, por lo que es de vital importancia su identificación, para su correcto abordaje y manejo integral.

Actualmente en América Latina y el Caribe viven más de 50 millones de personas mayores de 60 años y más, y se espera que para el 2050 vivan unos 100 millones, la población más envejecida vivirá en Cuba, Guyana, Martinica, Guadalupe, Trinidad y Tobago, Barbados (30%), seguidos muy de cerca por Chile (28.2%), Costa Rica (26.4%), Uruguay (25.4%), y México (26.1%).

Según la OMS el 5% de la población adulta sufre de depresión, y seis de cada diez personas deprimidas no reciben tratamiento, lo que se convierte en un verdadero problema de salud pública, en México la prevalencia de depresión es del 19.7%. Es más frecuente en quienes habitan en el medio rural, se incrementa con la edad y se asocia con el riesgo social, las comorbilidades, el deterioro cognitivo y la discapacidad.

5. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las comorbilidades en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina familiar # 13 de saucillo chihuahua?

6. Hipótesis:

El paciente mayor de 50 años con diagnóstico de depresión adscritos a la unidad de medicina familiar #13 Ciudad Saucillo Chihuahua, cursa con 1 o más comorbilidades.

Hipótesis nula:

El paciente mayor de 50 años con diagnóstico de depresión adscritos a la unidad de medicina familiar #13 Ciudad Saucillo Chihuahua, no cursa con 1 o más comorbilidades.

7. Objetivos:

7.1.- Objetivo general: Detectar las comorbilidades en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión en UMF #13 IMSS Saucillo Chihuahua.

7.2.- Objetivo específico:

Detectar las comorbilidades en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión.

8.- Material y métodos

8.1 Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo de tipo transversal

8.2 Población, lugar y tiempo donde se realizara el estudio:

Unidad de medicina familiar # 13 del instituto mexicano del seguro social de ciudad saucillo chihuahua en el periodo comprendido de julio a diciembre 2015.

8.3 Criterio de selección.

Pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de depresión de acuerdo al programa CIE 10, adscritos a la unidad de medicina familiar #13 Ciudad Saucillo Chihuahua, que acudieron al servicio de medicina familiar en el periodo comprendido de julio a diciembre 2015.

8.3.1. Criterios de inclusión:

Se incluyeron a pacientes de género indistinto de edad mayor de 50 años con diagnóstico de depresión, derechohabientes de la unidad de medicina familiar #13 del IMSS. Durante el periodo comprendido de julio al mes de diciembre del 2015 .

8.3.2.- criterios de exclusión:

Pacientes sin comorbilidades y pacientes menores de 49 años.

Que no eran derechohabientes al IMSS.

8.4 Variables

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona, según la 22ª edición del diccionario de la lengua española.	Para fines de este estudio se tomaron rangos de edad por quinquenio a partir de los 50 años	Cuantitativa	Ordinal	a) 50-54 años b) 55-59 años c) 60-64 años d) 65-69 años e) 70-74 años f) 75 y más.
GENERO	Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie. Condición orgánica	Para fines de este estudio se captó el fenotipo apreciado por el investigador.	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. femenino
OCUPACION	Trabajo, empleo, oficio. Esfuerzo humano remunerado destinado a la producción de	Para fines de este estudio se captó la que refiere el paciente.	Cualitativo	Nominal	a) Empleado b) Desempleado c) Pensionado

	algún bien				
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente	Cualitativo	Nominal	a) Primaria (completa o incompleta) b) Secundaria (completa o incompleta) c) Preparatoria (completa o incompleta) d) Profesional (completa o incompleta) d) Maestría o Doctorado (completo o incompleto)
ESTADO CIVIL	Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no	Para fines de este estudio se tomó en cuenta estado civil manifestado por el paciente:	Cualitativo	Nominal	a.- soltero(a) b.- casado(a) c.- viudo(a) d-Divorciado(a) e.- unión libre

	<p>una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.</p>	<p>soltero, casado, viudo, divorciado.</p>			
<p>COMORBILIDADES</p>	<p>Trastorno (os) que acompaña (n) a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías médicas no relacionadas.</p>	<p>Para fines de este estudio se tomó en cuenta las enfermedades agregadas registradas en Cie10</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>a) Hipertensión Arterial b) Diabetes Mellitus c) Obesidad d) Neoplasias e) Enfermedad Vascul ar Cerebr</p>

					al f) Enferm edad Articula r Degene rativa g) Enferm edad Auditiv a h) Enferm edad Ocular i) Cardiop atía j) Neurop atía k) Nefrop atías
--	--	--	--	--	---

Variables dependientes:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Depresión	Es la condición que se caracteriza por humor persistentemente bajo, falta de afecto positivo y pérdida de interés en actividades normalmente placenteras (anhedonia) que es diferente de la auto habitual del paciente y provoca malestar significativo o deterioro durante ≥ 2 semanas.	Para fines de este estudio se definió al paciente que estaba en tratamiento por depresión.	Cualitativo	Dicotómica	a)si b)no

8.5. Tamaño de la muestra: Se estudiaron a 94 pacientes mayores de 50 años ya diagnosticados con depresión.

8.6. Determinación del tamaño de la muestra

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.066)(0.934)}{(0.05)^2} = \frac{0.2368}{0.0025} = 94$$

9. Análisis estadístico:

Se llevó a cabo un análisis informativo, descriptivo. Se calcularon el promedio y la desviación estándar y en las cualitativas la n y la proporción. Se consideró una diferencia significativa cuando el valor de p sea <0.05 . El análisis estadístico se realizará con el programa de procesamiento estadístico SPSS versión 21.

10. Técnicas y Procedimiento.

Se identificó a todo paciente mayor de 50 años de edad con diagnóstico de depresión en UMF #13 que haya acudido a consulta del mes de julio a diciembre del 2015, se revisara el expediente clínico para conocer las diferentes enfermedades agregadas, se elaboró una base de datos y se procedió al análisis estadístico mediante la aplicación del programa SPSS versión 21.

11. Factibilidad y aspectos éticos.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta: la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Medica Mundial (Helsinki, 1964) revisada por la 29ª Asamblea Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Medica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Medica Mundial (Hong Kong, 1989). Nos apegamos al artículo 17 del reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

Recursos humanos, físicos y financieros

recursos humanos

- Un investigador
- Dos asesores
- Participantes involucrados

Recursos físicos

- Equipo de Computo
- Impresora
- Internet
- Material de Escritorio (hojas de papel, lápices, plumas)
- Unidad de Medicina Familiar 13 del IMSS

Recursos financieros

Todos los gastos requeridos serán cubiertos por investigador.

12. RESULTADOS.

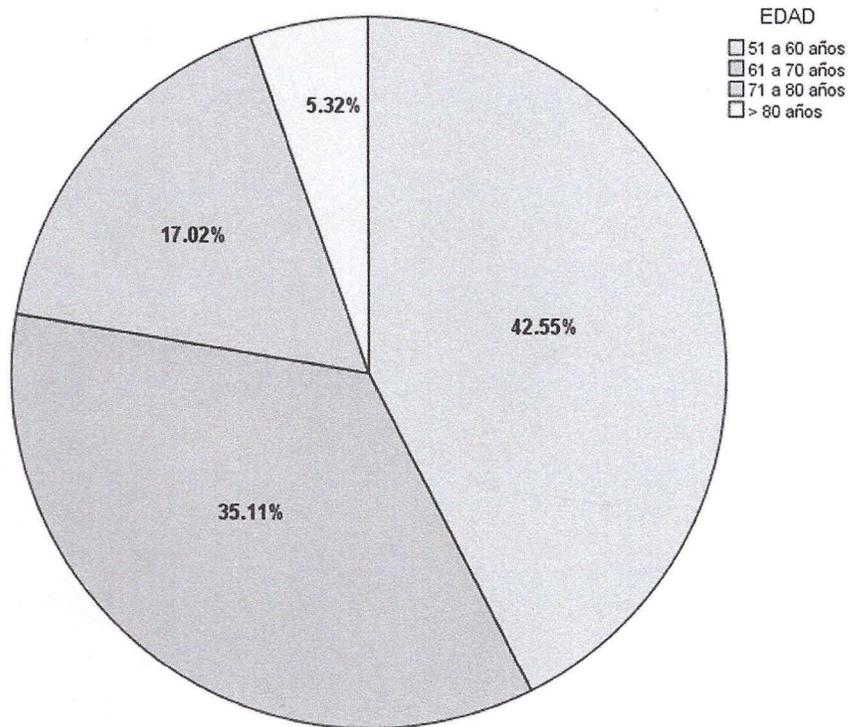
Se estudiaron un total de 94 pacientes con diagnóstico de depresión (Ver Tabla 1), de los cuales 40 (42.6%) tenían edad de 51 a 60 años (Ver Gráfico 1); 87 (92.6%) pacientes eran mujeres (Ver Gráfica 2). 53 (56.4%) tenían HAS, 29 (30.9%) tenían DM, 2 (2.2%) EPOC, 1 (1.1%) insuficiencia renal, 9 (9.6%) enfermedad degenerativa, 4 (4.3%) osteoartritis y artritis reumatoide, 42 (44.7%) obesidad, 4 (4.3%) enfermedad auditiva, 8 (8.5%) enfermedades oftalmológicas, 5 (5.3%) enfermedades cardíacas, 4 (4.3%) neuropatía, 5 (5.3%) hernia hiatal, 9 (9.6%) migraña, 2 (2.1%) epilepsia e hipotiroidismo y 4 (4.3%) litiasis renal.

Tabla 1. Características pacientes con diagnóstico de depresión en la UMF 13.

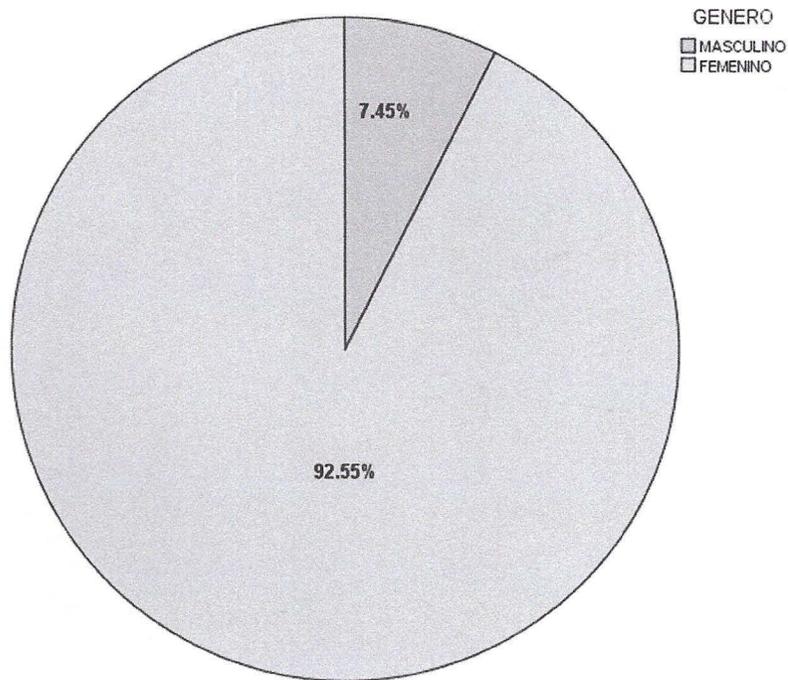
Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
51 a 60 años	40, (42.6)
61 a 70 años	33, (35.1)
71 a 80 años	16, (17)
> 80 años	5, (5.3)
Sexo	
Masculino	7, (7.4)
Femenino	87, (92.6)
HAS	
Si	53, (56.4)
No	41, (43.6)
DM	
Si	29, (30.9)
No	65, (69.1)
EPOC	
Si	2, (2.2)
No	92, (97.8)
Insuficiencia renal	
Si	1, (1.1)
No	93, (98.9)
Enfermedad degenerativa	
Si	9, (9.6)
No	85, (90.4)
Osteoartritis	

Si	4, (4.3)
No	90, (95.7)
Artritis reumatoide	
Si	4, (4.3)
No	90, (95.7)
Obesidad	
Si	42, (44.7)
No	52, (55.3)
Enfermedad auditiva	
Si	4, (4.3)
No	90, (95.7)
Enfermedad oftalmológica	
Si	8, (8.5)
No	86, (91.5)
Enfermedad cardíaca	
Si	5, (5.3)
No	89, (94.7)
Neuropatía	
Si	4, (4.3)
No	90, (95.7)
Dislipidemia	
Si	23, (24.5)
No	71, (75.5)
Hernia hiatal	
Si	5, (5.3)
No	89, (94.7)
Migraña	
Si	9, (9.6)
No	85, (90.4)
Epilepsia	
Si	2, (2.1)
No	92, (97.9)
Hipotiroidismo	
Si	2, (2.1)
No	92, (97.9)
Litiasis renal	
Si	4, (4.3)
No	90, (95.7)

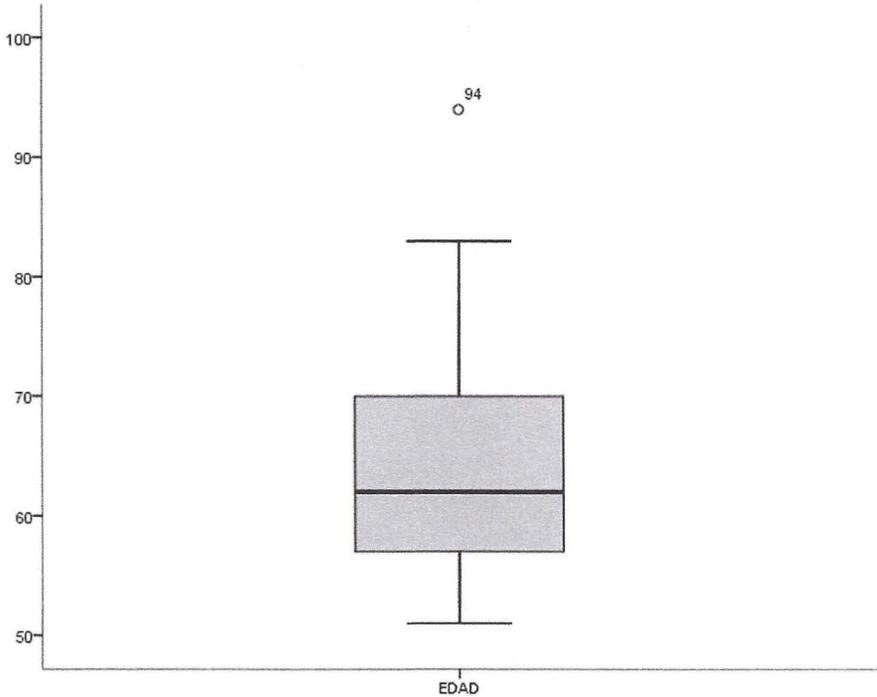
Gráfica 1. Edades pacientes con diagnóstico de depresión en la UMF 13, encontrando que el 5.32% oscilan entre los 51 a 60 años, el 17.02% entre 61 a 70 años, el 35.11% entre 71 y 80 años y el 42.55% son mayores de 80 años.



Gráfica 2. Referente al género de pacientes con diagnóstico de depresión en la UMF 13 encontramos que el 7.45% pertenecen al género masculino y el 92.55% al género femenino, Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la mediana de días de edad fue 62 años, con Rangos Intercuartilares (RIC) de 13.



Gráfica 3. Edad en pacientes con diagnóstico de depresión en la UMF 13



13. DISCUSIÓN

Martínez et al, en su estudio encontraron que los pacientes con depresión en un 73% tienen otras comorbilidades. La depresión en pacientes de edad avanzada puede exacerbar condiciones médicas concurrentes y aumenta el riesgo de mala evolución. La depresión, aumenta el riesgo de sufrir suicidio, la falta de respuesta a las intervenciones de placebo, y la recurrencia suicidio. Los pacientes con depresión tienen hasta 4 veces más riesgo de llegar al suicidio que la población general. El riesgo de suicidio particularmente elevada en los adultos mayores, comprenden el 19% de todos los suicidios en Estados Unidos (pero sólo el 13 % de la población total) hombres blancos mayores tienen tasas más altas de suicidios consumados. En general, los estudios sobre comorbilidad señalan que el inicio de la ansiedad precede a la depresión en la mayoría de los casos (Rohde et al, 1991) y tomada como un todo, la evidencia parece apoyar la noción que existe una progresión en la cual la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos y que en general la mayoría de los episodios depresivos son antecedentes por otro trastorno mental o de un desajuste crónico precedente (Mineka, Watson y Clark, 1998).

En cuanto a las limitaciones del trabajo que se encuentran, es que únicamente es un trabajo descriptivo; por lo que para futuros estudios se recomienda una metodología de análisis analítica no simplemente descriptiva, ya que serían de mayor evidencia poder obtener factores de riesgo y sus respectivos intervalos de confianza, así mismo incluir en el estudio tanto un grupo con depresión y uno sin depresión. También es recomendable aumentar el tamaño de la muestra, para lograr una mejor precisión en los resultados, al igual que una significancia estadística. Para poder encontrar asociaciones entre factores de riesgo de la depresión.

14. CONCLUSIONES.

En nuestro estudio se encontró que el 92.6% de los pacientes con depresión eran mujeres. 56.4% de los pacientes con depresión tenían HAS, 30.9% DM, y 44.7% obesidad.

Este estudio sirve como método estadístico para ayudar a conocer la situación actual de las comorbilidades que presentan los pacientes con depresión, y servirá como referente para establecer grupos de probable susceptibilidad a sufrir depresión, para poder establecer medidas de prevención por el personal de salud.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. Clinical Manual of Geriatric Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC 2007:146-147
2. Esquivel M.CE, et al; Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Medicina Interna de México Volumen 25, núm. 6, noviembre-diciembre 2009. P.: 444
3. Bastidas B.J. , Revista de Psicología Vol. 32 (2), Los Andes Colombia, 2014 (ISSN 0254-9247) pp.:191-218
4. Bonnet F, Irving K et al. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. Journal of Hypertension, 2005, 23: 611-617.
5. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult Depression in Primary Care Guideline. ICSI Sep 2013 PDF or at National Guideline Clearinghouse 2014 Dec 16:47315
6. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult Depression in Primary Care Guideline. ICSI Sep 2013 PDF or at National Guideline Clearinghouse 2014 Dec 16:47315
7. MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR) Rep 2010 Oct 1;59(38):1229
8. Schneider KM, O'Donnell BE, Dean D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. Health Qual Life Outcomes 2009; 7:82.
9. Rajkumar AP, Thangadurai P, Senthilkumar P, Gayathri K, Prince M, Jacob KS. Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. International Psychogeriatrics. 2009;21(02):372-8
10. Prog Mol Biol Transl Sci 2014;128:103 and N Engl J Med 2008 Jan 3;358(1):55 commentary can be found in N Engl J Med 2008 Apr 24;358(17):1868 full-text

11. ICSI guideline on adult depression in primary care (ICSI Sep 2013 PDF)
12. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult Depression in Primary Care Guideline. ICSI Sep 2013 PDF or at National Guideline Clearinghouse 2014 Dec 16:47315
13. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Care Excellence (NICE). Depression in adults: the treatment and management of depression in adults. NICE 2009 Oct:CG90 PDF or at National Guideline Clearinghouse 2010 May 17:15521
14. APA 2010 practice guideline on treatment of patients with major depressive disorder, third edition (APA 2010 Nov PDF)
15. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. Clinical Manual of Geriatric Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC 2007:146-147
16. Linde K, Institute of General Practice, Technische Universität München, Orleansstr 47, D-81667 Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. vol. 13 München, Germany. Sept 2014. P.:56-68
17. Carlos Eduardo González Cifuentes ; Elizabeth Ángel de Greiff ; Bertha Lucía Avendaño Prieto ; Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza Psychologia. Avances de la disciplina 2011, 5 (1)
18. Arch Gen Psychiatry 2009 Mar;66(3):297, cost-effectiveness analysis can be found in Br J Psychiatry 2010 Apr;196:319
19. OMS, OPS, La Salud Pública en las Américas; nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: publicación científica y técnica n 589;2002.
20. González, M., Ibáñez, I., Cubas, R., (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, No 1, 23-39

16. ANEXOS.

16.1.- Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	Mar Abril 2015	May jun 2015	Jul ago 2015	Sep Nov 2015	Dic Feb 2015 2016	Mar May 2016	Jun Ago 2016	Sep Nov 2016	Dic Feb 2016 2017
Revisión de la literatura científica	◆								
Elaboración de Protocolo		◆							
Envío a comité de investigación		◆							
Autorización por comité (CLIS)			◆						
Recolección de datos				◆	◆				
Procesamiento de datos						◆			
Análisis estadístico						◆			
Redacción de resultados							◆		
Conclusiones								◆	
Escrito final de tesis									◆

16.2.- Carta de Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Comorbilidades en Pacientes Mayores de 50 años con Diagnostico de Depresión
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Saucillo Chihuahua 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Brindar tratamiento integral de acuerdo a sus comorbilidades
Procedimientos:	No aplica
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar las comorbilidades existentes en pacientes con diagnóstico de depresión las cuales tal vez preceda a esta última.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Tratamiento integral en base a cada comorbilidad en particular
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Si
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	no aplica
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Cristo Hernández Ibarra
Colaboradores:	Dra. Érica Cervantes Aldaz
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto _____
 Testigo 1 _____
 Nombre, dirección, relación y firma _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____
 Testigo 2 _____
 Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de



**COMORBILIDADES EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN UMF #13 IMSS SAUCILLO CHIHUAHUA.**

16.3.-Hoja de Recolección de datos

FECHA / __ / __ / __ / HORA ____

NOMBRE _____

NSS _____

GENERO ____ EDAD ____ RAZA O ETNIA _____

EDO _____ CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

ORIGEN _____ RESIDENCIA _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

DEPRESION SI () NO ()

Familiar _____

¿PADECE USTED HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA? SI () NO ()

¿PADECE USTED DIABETES MELLITUS? SI () NO ()

¿PADECE USTED ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA?
SI () NO ()

¿PADECE USTED INSUFICIENCIA RENAL? SI () NO ()

¿PADECE USTED ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA? SI () NO ()

¿PADECE USTED OSTEOARTRITIS? SI () NO ()

¿PADECE USTED ARTRITIS REUMATOIDE? SI () NO ()

¿PADECE USTED DE OBESIDAD? SI () NO ()

- ¿PADECE USTED DE CANCER? SI () NO ()
- ¿PADECE USTED DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL? SI () NO ()
- ¿PADECE USTED DE ENFERMEDADES AUDITIVAS? SI () NO ()
- ¿PADECE USTED ENFERMEDADES OFTALMOLOGICAS? SI () NO ()
- ¿PADECE USTED DE ALGUN PADECIMIENTO CARDIACO SI () NO ()
- ¿PADECE USTED DE NEUROPATIA? SI () NO ()

16.4.- Cuestionario para diagnosticar depresión.

Publicado por primera vez en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992 (Vol. 30, Nº 5/6 377-380). Cuadro 1.

Consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas más frecuentes de la depresión en nuestro medio sociocultural, y que son los siguientes:

1. ¿Se siente triste o afligido? Si () NO ()
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar? Si () NO ()
3. ¿Duerme mal de noche?*. En esta pregunta igual que en la 6, el asterisco advierte a la persona que lo aplica, que el síntoma puede ser en exceso, también depresivo.
Si () NO ()
4. ¿En la mañana se siente peor? Si () NO ()
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse? Si () NO ()
6. ¿Le ha disminuido el apetito? Si () NO ()
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo? Si () NO ()
8. ¿Ha disminuido su interés sexual? No sólo la actividad sexual, sino por ejemplo tener novio o novia, asistir a reuniones con personas del sexo opuesto.
Si () NO ()
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor? Si () NO ()
10. ¿Siente presión en el pecho? Si () NO ()
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? Si () NO ()
12. ¿Se siente cansado o decaído? Si () NO ()

13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal? Si () NO ()

14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza? Si () NO ()

15. ¿Está más irritable o enojón que antes? La segunda parte de la pregunta, no es muy elegante, pero sí mejor comprendida por personas debajo nivel cultural.

Si () NO ()

16. ¿Se siente inseguro, con falta de con. Fianza en usted mismo? Si () NO ()

17. ¿Siente que le es menos útil a su familia? Si () NO ()

18. ¿Siente miedo de algunas cosas? Si () NO ()

19. ¿Siente deseos de morir? Si () NO ()

20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas? Si () NO ()

La cuantificación del síntoma puede ser negativa NO o positiva SI y en este caso se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR O MUCHO. La calificación es muy sencilla, anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80. De acuerdo con nuestra experiencia clínica, los resultados deben valorarse de la siguiente manera:

a. 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales.

b. 36 a 45 puntos, pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba.

c. 46 a 65 puntos, implican un cuadro depresivo de mediana intensidad.

d. 66 a 80 puntos, corresponden a un estado depresivo severo.