



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES DE
UMF 40, ANTE PANDEMIA COVID 19”**

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

PRESENTA:

DR. GREGORIO BORJON ESCALERA

MEXICALI, BC

2022



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA
REGIONAL BAJA CALIFORNIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40



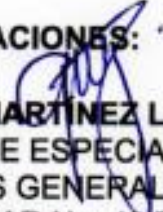
"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES DE UMF 40, ANTE PANDEMIA COVID 19".

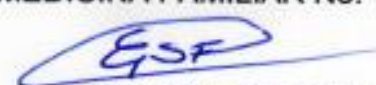
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

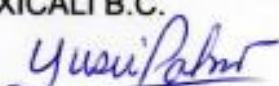
PRESENTA

DR. GREGORIO BORJON ESCALERA.

AUTORIZACIONES:


DR. ALBERTO MARTÍNEZ LEÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 DEL IMSS, MEXICALI B.C.


DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO
ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 DEL IMSS, MEXICALI B.C.


M.C. YUSVISARET PALMER MORALES
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD, MEXICALI B.C.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA
REGIONAL BAJA CALIFORNIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40



**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES DE UMF 40, ANTE
PANDEMIA COVID 19”.**

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

PRESENTA:

DR. GREGORIO BORJON ESCALERA.

AUTORIZACIONES:

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTA DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENTES DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTA DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTA DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Mexicali Baja California, Junio 2022

ÍNDICE

	pág.
Agradecimiento	4
Dedicatoria	5
Resumen	6
Marco teórico	7
Antecedentes	15
Justificación	20
Planteamiento del problema	21
Objetivos	22
Material y métodos	23
• Tipo de estudio	23
• Población	23
• Universo	23
• Selección de la muestra	23
• Procedimiento	23
• Criterios de inclusión	24
• Criterios de exclusión	24
• Criterios de eliminación	24
• Variables	25
• Definición conceptual de variables	25
• Operacionalización de las variables	27
• Sistema de registro	28
Análisis estadístico	28
• consideraciones éticas y de Bioseguridad	28
Resultados	30
Conclusiones	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos	40

AGRADECIMIENTO

A mi esposa María Teresa por ser el pilar de mi vida, con su amor incondicional, paciencia y todo su apoyo recibido a lo largo de este camino.

A mis hijos Elizabeth y Ricardo por ser los motores más importantes de mi vida.

A mis padres Gerardo y María del Carmen porque siempre están ahí para brindarme su apoyo en cada paso recorrido.

A los médicos: Por formar parte del Grupo de Trabajo Académico (GTA) y contribuir en el análisis.

A mi cuñada Profesora María Elena por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

La situación, excepcional actual, nos ha hecho cambiar nuestra forma de estar y experimentar el mundo, provocando cambios en todas las esferas de nuestra vida.

En estos días, muchas personas están falleciendo y/o fallecerán a causa del coronavirus (COVID-19).

Por este motivo quiero honrar la memoria de todos mis colegas médicos, enfermeras y servidores de la salud que han partido (fallecido), a consecuencia del (COVID 19, coronavirus, SARS).

A mi prima Mirian la cual falleció y por restricciones de viaje no pude acompañarla, dedicándoles el presente trabajo.

RESUMEN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES DE UMF 40 DEL IMSS EN MEXICALI B. C., ANTE PANDEMIA COVID-19.

Gregorio Borjón Escalera, M. C. Yusvisaret Palmer Morales, Dra. Rebeca Esther Martínez Fierro

INTRODUCCIÓN: Desde el origen del mundo y a lo largo de la historia la depresión ha sido un padecimiento que se manifiesta en el ser humano; causado por estrés, traumatismo y enfermedades asociadas al hombre. La pandemia por COVID-19 viene a ser una amenaza en la salud pública de preocupación mundial la cual plantea un desafío para la resiliencia psicológica. Es menester recabar datos de investigación para acrecentar estrategias basadas en evidencias, de esa manera minimizar los impactos psicológicos hostiles. En la presente Unidad de Medicina Familiar no se han llevado a cabo estudios previos que establezcan la frecuencia de depresión en médicos.

OBJETIVO: Determinar la Frecuencia de Depresión en Médicos Familiares de UMF 40 del IMSS en Mexicali B. C., ante pandemia COVID-19. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Con

aceptación del Comité de Investigación 204 y autorización del director de la unidad, se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo. Se selecciono a los médicos familiares de la UMF 40, que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron la carta de consentimiento informado, a los cuales se les aplico la escala Zung. En el periodo de enero a abril del 2021. Se utilizo Excel para realizar el análisis mediante estadística descriptiva y analítica, evaluando la presencia y grado de depresión.

RESULTADOS: La frecuencia de la depresión fue de depresión moderada fue 74.19% (23 participantes) de un total de 31 médicos en UMF 40. Solo 25.81% (8 participantes) presentaron depresión leve. Se obtuvo que de los participantes que tuvieron depresión moderada el 52.17% perteneció al sexo femenino y de los que tuvieron depresión leve el 62.50% también son del sexo femenino. De los participantes que presentaron depresión moderada el 34.78% perteneció al grupo de 40 a 49 años. El 100% de los participantes que presentaron depresión leve se encontraron casados y la mayoría de los que presentaron depresión moderada (73.91%) se encontraron con el mismo estado civil.

CONCLUSIONES: La frecuencia de depresión moderada en los participantes encuestados fue de 74.19% a nivel global.

PALABRA CLAVE: Depresión, Escala de Zung, COVID-19, Médico Familiar.

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD

La depresión es una alteración patológica 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 psíquica.¹

La OMS (Organización Mundial de la salud) reporta que la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La palabra depresión deriva del latín “de” y “premere” (apretar, oprimir) y “deprimere” (empujar hacia abajo). Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. En 1863 Kahlbaum, empezó a utilizar el término Distimia difundido actualmente entre los profesionales de la Salud Mental. Emil Kraepelin uno de los más eminentes psiquiatras de su tiempo (1883), habló de la Melancolía, propuso el termino de locura depresiva en una de sus clasificaciones nosológicas sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad y dejó depresión para nominar un estado de ánimo, pues consideraba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece.²

En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades incapacitantes y es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.³

Al considerar a los adultos mayores como grupo etario, la mayoría no recibe tratamiento, a pesar de ser una patología altamente tratable. Los episodios depresivos generalmente duran de 3 a 5 meses y pueden remitir espontáneamente. Sin embargo, en los casos no

tratados hay una mayor tasa de recurrencia, recaídas y está asociada con aumentos de mortalidad e intento de suicidio.⁴

Factores de riesgo

Historia familiar de depresión, pérdida significativa reciente, enfermedades crónicas, eventos altamente estresantes, violencia doméstica, cambios significativos en el estilo de vida, embarazo en mujeres con antecedentes de depresión, alcoholismo y otras dependencias a sustancias.⁵

Escrutinio y Diagnóstico clínico

- En los pacientes con factores de riesgo realizar las siguientes preguntas de escrutinio:
 - ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?
 - ¿Se ha sentido triste o desesperanzado?
 - ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?
- Valorar síntomas PSICACES (nemotecnia)*.
- Valorar riesgo suicida.⁶

Síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES (nemotecnia) ¹
P - Psicomotricidad disminuida o aumentada. S - sueño alterado (aumento o disminución). I - Interés reducida (pérdida de la capacidad de disfrute). C – Concentración disminuida. A - Apetito o peso (disminución o aumento). C - Culpa o auto reproche. E - Energía disminuida, fatiga. S - Suicidio (pensamientos).
Se elabora diagnóstico de depresión si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas, la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas. Además si estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento personal, laboral, académico, familiar, social. ⁷

CUADRO II CRITERIO A.

En este último mes durante 2 semanas o más, casi todos los días (se valora con las respuestas positivas de cada una de las preguntas, no de los síntomas):

Síntomas	Preguntas
<ul style="list-style-type: none">Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.	¿Se ha sentido triste, desanimado, sin ilusiones, sin esperanza o deprimido?
<ul style="list-style-type: none">Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como escuchar música, trabajar, pasear, el sexo, convivir con las personas o sus pasatiempos?
<ul style="list-style-type: none">Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.	¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo?

- Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión y está indicado pasar a las preguntas siguientes del criterio B para diagnosticar depresión menor o mayor y el grado de esta última.
- Si todas las respuestas son negativas no continuar con la entrevista en busca de depresión.

CUADRO II CRITERIO B.

En este último mes durante 2 semanas o más, casi todos los días (se valora con las respuestas positivas de cada una de las preguntas, no de los síntomas):

Síntomas	Preguntas
Disminución en la atención y concentración.	¿Se ha sentido con dificultad para concentrarse en actividades como leer, conversar, ver la televisión, realización de tareas domésticas o de su trabajo (escuela)?
Ideas de culpa, pesimismo y sentimientos de inferioridad.	¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor? ¿Se ha sentido inferior a otras personas? ¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?

Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).	¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito? ¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?
Insomnio.	¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido? ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual?
Agitación o retardo psicomotor.	¿Ha notado que se encuentra más intranquilo o inquieto de lo habitual? ¿Ha notado usted que ahora habla o se mueve más lento de lo habitual?
Pensamientos y actos suicidas.	¿Ha tenido usted ideas de que sería mejor estar muerto por que la vida ya no tiene sentido? ¿Ha deseado usted morir o desaparecer? ¿Ha pensado usted en lesionarse o quitarse la vida?

CUADRO III.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 (OMS)

A	<ul style="list-style-type: none"> • Duración, al menos dos semanas. • No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. • Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. • Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras. • Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Además, deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4. • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. • Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada. • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. • Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones. • Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición o Alteraciones del sueño de cualquier tipo. • Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D	<ul style="list-style-type: none"> • Puede haber o no síndrome somático. • Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos. • Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras. • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. • Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. • Empeoramiento matutino del humor depresivo. • Presencia de entecimiento motor o agitación o Pérdida marcada del apetito. • Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes. • Notable disminución del interés sexual.^{8 1}
----------	--

Manejo por nivel de atención

MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar manejo con antidepresivos ISRS (inhibidor selectivo de recaptura de serotonina). • De no existir respuesta adecuada después de 6 semanas y a dosis terapéuticas cambiar el esquema (otro antidepresivo). • Los pacientes que no respondan a la estrategia o se compliquen con riesgo de suicidio referir a un segundo nivel de atención.⁹

MANEJO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ratificar el diagnóstico. • Descartar comorbilidad (psicosis, demencias, bipolaridad, etc.) y/o intercurencia con otras enfermedades no psiquiátricas (diabetes mellitus descompensada, lupus eritematoso sistémico, artritis, hipotiroidismo, esclerosis múltiple, etc.). • Descartar otras causas no psiquiátricas de depresión. • Descartar depresión refractaria. • Realizar ajustes necesarios en el esquema farmacológico. • En caso de no respuesta al esquema terapéutico referir al tercer nivel de atención.

MANEJO DE LA DEPRESIÓN GRAVE CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.
--

- Valorar riesgo alto para suicidio y la presencia de síntomas psicóticos.
- Revalorar esquemas terapéuticos previos.
- Descartar comorbilidad (psicosis, demencias, bipolaridad etc.).
- Contención en un ambiente controlado a los pacientes que representan un riesgo de auto y heteroagresión.
- Monitoreo del tratamiento establecido.
- Valorar la indicación de la terapia electro convulsiva.

MANEJO DE LA DEPRESIÓN REFRACTARIA

- Adicionar fármacos que refuercen el efecto antidepresivo tales como: Litio. Metilfenidato, anticonvulsivantes, antipsicóticos, hormonas tiroideas, utilización de dos antidepresivos simultáneamente.
- Si no hay respuesta valorar envió a tercer nivel de atención.^{10 7}

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Se recomienda psicoeducación desde el inicio de tratamiento.
- Después de la fase aguda valorar la incorporación del paciente a un manejo psicoterapéutico.¹¹

7

Tratamiento

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia. Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS). Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en caso de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram. Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacodependencia) que la terapia con antidepresivos únicamente. Se debe garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten. En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave, es la terapia cognitiva-conductual o la terapia interpersonal 16 a 20 sesiones durante 5 meses. Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia

cognitivo-conductual. Tratamiento no farmacológico recomienda la psicoeducación desde el inicio del tratamiento. Después de la fase aguda valorar la incorporación del paciente a un manejo psicoterapéutico. El pronóstico en base a mantener el tratamiento farmacológico y no farmacológico por un tiempo no menos de 8 meses para evitar recaídas y mejorar el pronóstico.¹²¹¹⁰

El 30 de enero de 2020 la OMS declaró el brote de COVID-19 emergencia de preocupación mundial en salud pública y menciona que los casos graves pueden provocar lesiones cardíacas, insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte. La tasa de letalidad provisional de la OMS es de alrededor del 2%. Desde el brote, los esfuerzos de respuesta del gobierno de China han sido rápidos, para evitar la propagación del virus, tres semanas después de la epidemia se impuso un bloqueo a Wuhan (el 23 de enero 2020) con restricciones de viaje, sin embargo, en pocos días, la cuarentena se extendió a provincias y ciudades adicionales, afectando a más de 50 millones de personas en total, lo que condujo a una “declaración desesperada”. No se conoce información sobre el impacto psicológico. No hay artículos de investigación que examinen el impacto psicológico en la población general. A causa de la pandemia de COVID-19 en China.¹³

En China, los trabajadores de atención médica de primera línea que se ocupan directamente de pacientes con COVID-19 experimentaron estrés, ansiedad e insomnio, y presentaron síntomas más severos de salud mental que aquellos que ocupan roles secundarios, así como la OMS menciona al paciente con depresión: como aquel que presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar; sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos de sueño o del apetito, cansancio o falta de concentración. La depresión ha sido considerada por años un fiel acompañante en el entrenamiento del médico.¹⁴

El riesgo del personal médico trabajador de primera línea que está en contacto directo con pacientes contagiados es muy alto, reportando un 3.8% de frecuencia, debido al contacto temprano no protegido con pacientes infectados. Varios estudios anteriores

informaron que el personal médico podría sufrir trastornos psicológicos adversos, como ansiedad, miedo y estigmatización.¹⁵

Es recomendable que los especialistas en salud mental faciliten a los médicos conceptos precisos sobre este tema ya que son ellos los que se encuentran en la primera línea de defensa y podrían brindar orientación psicosocial a los pacientes hospitalizados. La experiencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones mencionadas ayudaría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud.¹⁶

El 11 de marzo la OMS clasificó a la COVID-19 como pandemia. El primer caso de COVID-19 que se detectó en México fue el 27 de febrero de 2020. El 30 de abril, 64 días después de este primer diagnóstico, el número de pacientes aumentó exponencialmente, alcanzando un total de 19.224 casos confirmados y 1.859 (9,67%) fallecidos. El 18 de marzo la Secretaría de Salud confirmó la primera muerte por COVID19 en México. El 30 de marzo, se decretó emergencia de Salud Nacional en México. El 21 de abril del 2020 se dio por iniciada la fase 3 por COVID-19 en el país, debido al aumento progresivo de casos y diseminación del virus en toda la República. En respuesta a este brote mundial, se observa el bajo nivel de conocimientos en torno a COVID-19, en México hasta el mes de abril esta información tiene valor para comprender la expansión de la enfermedad y el efecto de las medidas de contención.¹⁷

ANTECEDENTES

La depresión es un padecimiento que se presenta ante el estrés, traumatismos y por enfermedades asociadas, dada esta situación se han realizado estudios para determinar causa efecto.

Entre enero y febrero del 2020 en Wuhan, China; se realizó un estudio a trabajadores de la salud, 1257 siendo 493 (39,2%) médicos y 764 (60,8%) enfermeras. La mayoría de los participantes fueron mujeres (964 [76,7%]) 866 hombres, predominando el rango de edad entre 26 y 40 años (813 [64,7%]). Un total de 522 participantes (41.5%) eran trabajadores de atención médica de primera línea directamente involucrados en el tratamiento o cuidado de pacientes con sospecha de tener COVID-19. Una proporción considerable de participantes informó síntomas de depresión (634 [50.4%]), ansiedad (560 [44.6%]), insomnio (427 [34.0%]) y angustia (899 [71.5%]).¹⁸

En la sucursal del Hospital Shuguang de Shanghai se realizó un estudio para medir el grado de ansiedad y depresión con un total de 120 sujetos del personal médico quirúrgico de Baoshan. La puntuación de ansiedad del personal quirúrgico durante el período del brote fue de 7.817 ± 2.508 , de los cuales 28 presentaron ansiedad (≥ 8 puntos), y 24 presentaron depresión 7.333 ± 2.508 , (≥ 8 puntos).¹⁹

Un estudio en la comunidad Autónoma Vasca, al norte de España realizado en abril del 2020, durante la pandemia de COVID-19 utilizó una muestra de 976 personas realizándoles la medición de los variables ansiedad, estrés y depresión, mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Un 14.9% ($n = 145$) reportó tener alguna enfermedad crónica y un 85.1% ($n = 831$) no presentó enfermedad crónica. Los resultados demuestran los niveles de sintomatología que fueron bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población.²⁰

La pandemia de COVID-19 presenta desafíos importantes para los servicios de salud. En el Reino Unido para mitigar el impacto psicológico de COVID-19, entre enero y marzo de 2020 estableció la necesidad de desarrollar un paquete de apoyo digital en torno al

bienestar psicológico en la asistencia sanitaria a través de consultas con partes interesadas. Se demostró que el paquete tiene una alta fidelidad con respecto a la entrega y el compromiso de los trabajadores de la salud. Recomendando que este paquete se distribuya a todos los trabajadores de la salud para complementar las disposiciones estratégicas de salud y bienestar para empleados durante y después de la pandemia de COVID-19.²¹

En Bayamo se realizó un estudio descriptivo y trasversal, en el consultorio médico de la familia 16–A perteneciente al Policlínico docente “Jimmy Hirtzel” durante el mes de abril de 2020. Se estudiaron las variables de ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, para lo cual se aplicaron pruebas psicológicas. Predominó la ansiedad como estado alto (30,96 %) y medio (26,90 %); la depresión se manifestó como estado medio (36,54 %) alto (13,70 %) y bajo (12,20 %) como rasgo; el 66,49 % de las personas presentaron niveles de estrés alterado; el 98,47 % no mostró idea suicida.²²

La alta prevalencia de síntomas depresivos en los trabajadores de atención de la salud es motivo de gran preocupación, dado que tiene repercusiones en los trabajadores (discapacidad, disminución de la productividad y suicidio) y los pacientes (negligencia profesional, errores de prescripción y resultados adversos de salud en los pacientes). Las variables relacionadas con el trabajo estrechamente asociadas a la posible depresión mayor fueron la profesión, la antigüedad, la presión laboral, el poco apoyo de los colegas y los supervisores sobre el desempeño de los trabajadores. La ubicación del estudio en Sao Paulo, la mayor zona urbana de América del Sur hace que los resultados sean sumamente pertinentes para los equipos de atención primaria de las grandes zonas urbanas de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. En segundo lugar, evaluaron la presencia de síntomas depresivos en el momento de la entrevista; por lo tanto, los participantes que habían recibido tratamiento para la depresión en los 12 meses anteriores y que se habían recuperado se encontraban en la categoría de “ausencia de síntomas depresivos”. El uso de técnicas para realizar mejor el trabajo en equipo y mejorar el apoyo social también puede ser útil para prevenir la depresión.²³

Se ha encontrado que los trabajadores de la salud muestran mayor estrés, están emocionalmente afectados y traumatizados, también experimentan niveles más altos de ansiedad y depresión. Esto es comprensible ya que la ansiedad y el miedo a infectarse es mayor. Los estudios han demostrado que los trabajadores sanitarios que trabajan en emergencias, unidades de cuidado intensivo y salas de aislamiento, tienen un mayor riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica. Esta podría atribuirse a su exposición directa a pacientes infectados y la naturaleza exigente de su trabajo. China emitió la primera pauta sobre emergencias psicológicas e intervención en crisis en individuos afectados por COVID-19. Es vital identificar al personal que sufre agotamiento laboral o angustia psicológica para que se les pueda proporcionar una intervención oportuna y deben ser alentados a informar su condición o estado mental sin temor a ser culpado por hacerlo.²⁴

En otro estudio se investiga la posible asociación entre el uso de las redes sociales y el costo de la salud mental por el coronavirus en el pico del brote de COVID-19 de Wuhan. Informado por el Modelo de comunicación de riesgo de crisis y emergencias y el Modelo de creencias de salud, propone un modelo conceptual para estudiar cómo las personas en Wuhan, el primer epicentro de la pandemia global de COVID-19, usaron las redes sociales y sus efectos en las condiciones de salud mental de los usuarios y cambio de comportamiento de salud. Los resultados muestran que el uso de las redes se relacionó tanto con la depresión como con el trauma secundario, lo que también predijo cambios en el comportamiento de la salud. La crisis de salud pública casi siempre trae graves preocupaciones y ansiedad a quienes están en primera línea de defensa, ante la pandemia de COVID-19, sin embargo, ha traído consigo un nuevo conjunto de temores sobre la ausencia de una vacuna o medicamento, la escasez de ventiladores, la imposición del aislamiento social, el uso de máscaras, la escalada de los problemas económicos y las preocupaciones sobre el bienestar de la población y seres queridos. Este estudio agrega evidencia empírica al efecto devastador de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas, también encuentra que un uso excesivo del contenido de las redes sociales durante una crisis de salud pública podría ser gratificante en términos de obtener información, apoyo emocional y de pares, pero al mismo tiempo, podría afectar la salud mental.²⁵

Existe una fuerte asociación entre los profesionales de la salud y COVID-19 en términos de afecciones psiquiátricas. Un meta análisis mostró que los profesionales de la salud tienen un mayor nivel de dramatización indirecta, en el que el nivel de daño excede la tolerancia psicológica y emocional e indirectamente resulta en anomalías psicológicas. La incidencia de somatizaciones y trazos obsesivos - compulsivos fue mayor en situaciones que involucraron a profesionales de primera línea. Por lo tanto, existen riesgos estadísticamente significativos de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en la lucha contra el COVID-19 en los que aún se debe dilucidar la causalidad.²⁶

En el Hospital General de Xoco, en México, se realizó un estudio observacional a una muestra intencional de 119 residentes; de los cuales 62 correspondían al sexo femenino (52.10%) y 57 al masculino (47.9%); con rango de edad entre 27 y 32 años (75.63%) y entre 33 y 36 años de edad (24.37%), utilizaron el cuestionario SRQ, el cual arrojó casos de depresión leve 64, depresión moderada 27, depresión grave 20 y 8 sin síntomas aparentes. La depresión se presentó con más frecuencia en el sexo femenino.²⁷

La mayoría de los episodios depresivos remite completamente, ya sea espontáneamente o con tratamiento, más no así la enfermedad. En promedio, los episodios pueden durar varios meses a un año. Eaton et al, en un seguimiento de 23 años de 3841 adultos, reportan una duración media del episodio depresivo de 12 semanas, con 92 episodios depresivos mayores durante el estudio, en su mayoría mujeres y con mayor tiempo de duración media del evento depresivo. La depresión continuó en 15% de estos 92 pacientes y se ha reportado tasas de hasta 20% en pacientes de otros estudios.²⁸

Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2016 en Mexicali B. C., de tipo descriptivo y transversal, realizado en médicos internos de pregrado, el instrumento utilizado fue el cuestionario de Zung, se reportó depresión mínima en un 28.6% debido a las condiciones generales adversas de los becarios, reporta que la depresión repercute en el desarrollo académico y profesional de los médicos, la han asociado con la falta de empatía con el paciente y el deterioro de la calidad de atención médica. En contraste con el encontrado en un estudio realizado en India cuyo rango se

encuentra en 71 (39.44%), sin embargo, en la República Mexicana se establece entre 61.1% en Nayarit a 5.7% en la UNAM.²⁹

En 2017 se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y unicéntrico en los médicos no familiares del Hospital de Gineco-Pediatría y Medicina Familiar No. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Mexicali, Baja California, se encuestó un total de 101 médicos a los cuales se les aplicó el cuestionario de depresión de Zung, reportaron que sí existe depresión en los médicos no familiares, siendo una frecuencia igual en ambos géneros, se encuestaron 74 médicos no familiares, 40 (54 %) del género femenino y 34 (46 %) del género masculino. La especialidad en la que se determinó una mayor frecuencia de depresión fue ginecología. Se observaron más casos de depresión en médicos casados y en los que tuvieron una antigüedad mayor a 21 años.³⁰

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una alteración patológica 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 presente síntomas de tipo cognitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Las manifestaciones de depresión en los médicos familiares durante la pandemia de COVID-19 es un problema grave que afecta su salud en las esferas afectivas, sociales y productivas. En el ambiente laboral del médico familiar ante la pandemia COVID-19 se desencadenan comportamientos alterados en el estado de ánimo, siendo más notorios los síntomas depresivos, dichos comportamientos generan problemas físicos y mentales, los cuales se relacionan con bajo rendimiento en el trabajo.

Es pertinente a la hora de hacer alguna clase de vinculación de personal de salud, específicamente del médico familiar, realizar evaluaciones que permitan identificar los aspectos que puedan generar alteraciones en el comportamiento del servidor de la salud, ya que es de suma importancia que este trabajo sea realizado con el fin de buscar estrategias para que el medico interactúe con los pacientes contagiados de manera óptima y adecuada proporcionando un bienestar al enfermo y su familia.

Con el ánimo de contribuir y de ser la pauta para posteriores investigaciones en relación a la frecuencia de depresión en médicos familiares en la UMF 40 del IMSS en Mexicali Baja California durante la pandemia de COVID-19, considere de suma importancia hacer el presente proyecto de investigación ya que son escasas las publicaciones relacionadas con este tema en la ciudad antes mencionada. Esperando que la utilidad de este estudio contribuya al conocimiento del tema, diagnosticando con oportunidad y canalizando al departamento de salud mental los casos de depresión en médicos familiares para completar su diagnóstico y tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada. No se tienen cifras en México del impacto de este trastorno en los médicos familiares en los tiempos de pandemia, la literatura especializada sobre el tema contiene varias revisiones que abordan distintos aspectos como la epidemiología, genética, etiología y fisiopatología. Sin embargo, no se ha propuesto una posible conexión entre los recientes acontecimientos con los cambios anatómicos-funcionales que ocurren en el cerebro de los médicos familiares que están directamente relacionados con pacientes diagnosticados con COVID-19.

El detectar a tiempo a los médicos con trastornos de depresión en las UMF de nuestra población es de suma importancia, para tener un mayor acercamiento de la problemática real y contribuir con futuras generaciones a tener una acción y prevención oportuna, así como terapéuticas de éxito para difundir nuevas acciones de promoción a la salud ya que en México y en nuestra entidad no se cuentan con estudios actuales que nos proporcionen un conocimiento lo más completo posible de la realidad del padecimiento de depresión en médicos familiares, ante pandemia COVID-19. Exponer el resultado de una breve investigación que permita detectar a los médicos familiares con depresión en tiempo de pandemia COVID-19 como un problema de salud pública en México.

Por lo que surge la pregunta de investigación

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en médicos familiares de UMF 40, ante pandemia COVID-19?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la frecuencia de depresión en médicos familiares de UMF 40 del IMSS en Mexicali B. C., ante pandemia COVID-19.

Objetivos específicos

- Conocer género más frecuente de presentación de la depresión.
- Medir el grado de depresión de médicos familiar de UMF 40.
- Conocer la edad más frecuente en que se presenta la depresión (por grupos etarios).
- Mencionar el estado civil que predomina en los médicos familiares con depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

- Estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Población

- 31 médicos familiares de base de UMF 40
- Distribución:
 - Diecisiete médicos en turno matutino.
 - Once médicos en turno vespertino.
 - Tres médicos en turno nocturno.

Universo

- El total de los médicos familiares de base de UMF 40.

Selección de la muestra, lugar y tiempo

- Unidad de Medicina Familiar 40, de febrero a abril de 2022.

Procedimiento

Con la aceptación del protocolo por el comité de investigación 204 y autorización por el director de UMF 40 del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como de los coordinadores médicos, se seleccionó al personal médico que cumplió con los criterios de inclusión y firma de la carta de consentimiento informado, a los cuales se les explico en que consistió el estudio. Para así se acudió con cada uno de ellos, citándolos 20 min previos al inicio de su consulta en su consultorio, y cómodamente sentados, explicándoles sobre la encuesta a realizar la cual sirvió para conocer el estado emocional, así como la evaluación de depresión en base al cuestionario ZUNG sin presión de tiempo, intervenciones o distracciones se procedió a firmar carta de consentimiento informado donde se le explica que se respetara en todo momento la integridad física y mental y se

mantendrá en anonimato, la cual consistió en 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. La encuesta la pudo llenar sin un tiempo límite. Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos de las encuestas vaciándolos en una base de datos y mediante el programa Excel se analizaron los mismos sacándoles medidas de tendencia central y de acuerdo a los resultados se procedió a informarles de forma individual y personal los resultados obtenidos orientándolos sobre su plan o manejo preventivo a seguir para mejorar su estado emocional por su médico tratante para su inicio de tratamiento de acuerdo a los pasos implementados por la guía de práctica clínica diagnóstica y tratamiento depresivo en el adulto IMSS-161-09 la cual se anexa los algoritmos que indican manejo a seguir localizables en el área de anexos.

Criterios de inclusión

- Médicos familiares de base.
- Adscritos a UMF 40.
- Médicos que acepten participar.
- Grupo de edad 25 a 60 años de edad.

Criterios de exclusión

- Médicos con diagnóstico de depresión.
- Médicos de licencia COVID-19.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios que no estén contestados en su totalidad.
- Médicos que deserten durante el estudio.
- Médicos que al momento de aplicar la encuesta ya no se encuentren adscritos a la unidad.

Variables

Variable dependiente:

- Depresión (Escala de depresión de Zung).

Variable independiente:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Laboró o no en áreas COVID-19.
- Cuenta con otro trabajo.
- Ha tenido decesos cercanos debido a COVID-19.

Definición conceptual de variables

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Escala de depresión de Zung: La Escala de Depresión de Zung es un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Sexo: condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. La edad se suele expresar en años.

Estado civil: El estado civil es un concepto legal. En la legislación civil mexicana, dentro del Código Civil Federal, podemos encontrar que la única forma en la que se puede demostrar es a través de un acta expedida por registro civil. Cada Estado tiene su propio Código en el que no podrán ir en contra del Federal, pero si pueden legislar de manera

adicional en lo que no contravenga, puede ser: soltero, casado, divorciado, separación en proceso judicial, viudo y concubinato.

Laboró en áreas Covid-19: Desempeña actividad en áreas destinadas para la atención médica de pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Tiene otro empleo: hay compatibilidad en otros empleos del área de la salud.

Ha tenido decesos cercanos debido a COVID-19: A consecuencia de contagio por COVID-19 ha habido fallecimiento inmediato.

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Clasificada en base a la escala de Zung.	Dependiente	Categórica, cualitativa, ordinal	Escala de valoración: 1.- <= 28 Ausencia de depresión 2.- entre 28 y 41 Depresión leve 3.-entre 42 y 53 Depresión moderada 4.- >= 53 Depresión grave
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo.	Clasificación que tiene el paciente en base al sexo al que pertenece puede ser masculino / femenino.	Independiente	Categórica Cualitativa nominal Dicotómica	1: Masculino 2: Femenino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. La edad se suele expresar en años.	Edad cumplida en años al realizar el estudio.	Independiente	Ordinal Nominal	1.- 25 a 39 2.- 40 a 49 3.- 50 A 59 4.- 60 y mas
ESTADO CIVIL	El estado civil es un concepto legal. En la legislación civil mexicana, dentro del Código Civil Federal, podemos encontrar que la única forma en la que se puede demostrar es a través de un acta expedida por registro civil. Cada Estado tiene su propio Código en el que no podrán ir en contra del Federal, pero si pueden legislar de manera adicional en lo que no contravenga.	Estado civil en el que se encuentra el paciente en el momento del estudio.	Independiente	Cualitativa Nominal Policotómica	1.Soltero 2.Casado 3.Divorciado 4.Separación en proceso judicial 5.Viudo 6.concubinato
LABORÓ EN ÁREA COVID-19	Desempeña actividad en áreas destinadas para la atención médica de pacientes con diagnóstico de COVID-19.	Área de trabajo al momento del estudio.	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. SI 2. NO
TIENE OTRO EMPLEO	Hay compatibilidad en otros empleos del área de la salud.	Trabaja en otra institución al momento del estudio.	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. SI 2. NO
HA TENIDO DECESOS CERCANOS DEBIDO A COVID-19	A consecuencia de contagio por COVID-19 ha habido fallecimiento inmediato.	Presento algún deceso cercano al momento del estudio.	Independiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. SI 2. NO

Sistema de registro e información

- Se realizó el registro en hoja Excel.

Análisis estadístico

Se utilizó un análisis estadístico descriptivo en el cual se utilizarán medidas de tendencia central como son media, mediana y moda, además de medidas de dispersión como es la desviación estándar.

- Se describió la depresión en base a la escala de Zung, se obtuvo la frecuencia de casos de depresión y los resultados se expresan en porcentajes.
- Se obtuvieron los porcentajes de acuerdo al grado de depresión y se muestra en tablas.
- Se describieron las características sociodemográficas expresándose los resultados mediante estadística descriptiva (porcentajes), correspondientes a cada variable y se muestra en tablas.

Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación se realizó con apego a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964, revisada en la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil en el 2013 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Para la presente investigación se solicitó consentimiento informado a los participantes, observando el artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

Es mayor el beneficio que se ofreció a los participantes al contar con un diagnóstico oportuno de un estado depresivo fue ser canalizado y tratado adecuadamente; en relación al riesgo o molestia que puede representar el estudio al contestar la encuesta. Con base en el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud inciso II, el riesgo de la investigación corresponde a una investigación con riesgo mínimo como se establece textualmente en dicho inciso: “Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a

través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos...pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto...”

En todo momento se respetó la integridad y anonimato de los participantes y los datos que proporcionen serán protegidos con forme a lo dispuesto por la Ley General de datos personales en posesión de sujetos obligados y demás normatividad que resulte aplicable, en caso de que este estudio sea publicado los datos de los participantes se mantendrá de forma anónima.

Al identificar algún participante con depresión se le informo y se envió a consulta de su unidad médica de adscripción para la atención.

Y en observancia de la normatividad Institucional del IMSS en materia de investigación el estudio se efectuó con previa autorización por el Comité Local de Investigación y Comité de Ética en Investigación.

Aspectos de Bioseguridad

Este estudio no requirió medidas específicas que trasgredieron situaciones de bioseguridad. No se manejaron residuos peligrosos biológico-infecciosos para las actividades que se realizaron para el desarrollo del proyecto de investigación en la unidad médica.

Resultados

Análisis descriptivo:

Se obtuvo un total de 31 médicos familiares que cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales 54.84% (17) fueron del sexo femenino y 45.16% (14) del sexo masculino (Tabla 1). En la Tabla 1, se observa que el grupo etario predominante fue el de 25 a 39 años con 20 participantes (64.52%), no hubo participantes de 60 años y más.

Respecto al estado civil se encontró que la mayoría de participantes estaban casados (80.65%). El 87.10% de participantes respondió que laboró en área COVID, únicamente 6 participantes (19.35%) refirieron tener otro empleo, la mayoría (64.52%) refirió no haber tenido decesos cercanos a COVID.

Tabla 1. Distribución y porcentaje de participantes por variables sociodemográficas (n=31)

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
<i>Femenino</i>	17	54.84%
<i>Masculino</i>	14	45.16%
Edad		
<i>25 a 39 años</i>	20	64.52%
<i>40 a 49 años</i>	9	29.03%
<i>50 a 59 años</i>	2	6.45%
<i>60 y más</i>	0	0%
Estado civil		
<i>Soltero</i>	5	16.13%
<i>Casado</i>	25	80.65%
<i>Divorciado</i>	1	3.23%
<i>Separación en proceso</i>	0	0%
<i>Viudo</i>	0	0%
<i>Concubinato</i>	0	0%
Laboró en área COVID		
<i>Si</i>	27	87.10%
<i>No</i>	4	12.90%
Tiene otro empleo		
<i>Si</i>	6	19.35%
<i>No</i>	25	80.65%
Ha tenido decesos cercanos a COVID		
<i>Si</i>	9	29.03%
<i>No</i>	20	64.52%
<i>Desconoce</i>	2	6.45%

De la pregunta 2 (Tabla 2) se observó que el 77.42% de los entrevistados respondieron que por las mañanas se sentían mejor que por las tardes algunas o muy pocas veces.

En la pregunta 3 solamente una persona (3.23%) respondió que casi siempre tenía ganas de llorar frecuentemente.

En la pregunta 4 el 29.03% de los participantes respondieron que muchas veces o casi siempre les costaba mucho dormir o dormían mal por las noches.

En la pregunta 5 el 35.48% de los participantes respondieron que casi siempre tenían tanto apetito como antes.

En la pregunta 11 el 70.97% de los participantes respondieron que muy pocas o algunas veces su cabeza estaba tan despejada como antes.

En la pregunta 18 sólo 3 personas (9.68%) respondieron que algunas veces encuentran agradable vivir.

En la pregunta 19 ninguna persona creyó muchas veces o casi siempre que sería mejor para los demás si se muriera.

Tabla 2. Distribución y porcentaje de participantes por pregunta de la escala de depresión de Zung (n=31)

Preguntas	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. <i>Me siento triste y deprimido</i>	19 (61.29%)	11 (35.48%)	0	1 (3.23%)
2. <i>Por las mañanas me siento mejor que por las tardes</i>	12 (38.71%)	12 (38.71%)	3 (9.68%)	4 (12.90%)
3. <i>Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro</i>	27 (87.10%)	3 (9.68%)	0	1 (3.23%)
4. <i>Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches</i>	12 (38.71%)	10 (32.26%)	6 (19.35%)	3 (9.68%)
5. <i>Ahora tengo tanto apetito como antes</i>	8 (25.81%)	10 (32.26%)	2 (6.45%)	11 (35.48%)
6. <i>Todavía me siento atraído por el sexo opuesto</i>	3 (9.68%)	1 (3.23%)	4 (12.90%)	23 (74.19%)
7. <i>Creo que estoy adelgazando</i>	24 (77.42%)	6 (19.35%)	0	1 (3.23%)
8. <i>Estoy estreñado</i>	19 (61.29%)	8 (25.81%)	3 (9.68%)	1 (3.23%)

9. <i>Tengo palpitaciones</i>	18 (58.06%)	9 (29.03%)	4 (12.90%)	0
10. <i>Me canso por cualquier cosa</i>	16 (51.61%)	14 (45.16%)	1 (3.23%)	0
11. <i>Mi cabeza está tan despejada como antes</i>	7 (22.58%)	15 (48.39%)	2 (6.45%)	7 (22.58%)
12. <i>Hago las cosas con la misma facilidad que antes</i>	6 (19.35%)	9 (29.03%)	5 (16.13%)	11 (35.48%)
13. <i>Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto</i>	17 (54.84%)	6 (19.35%)	5 (16.13%)	3 (9.68%)
14. <i>Tengo esperanza y confío en el futuro</i>	2 (6.45%)	3 (9.68%)	6 (19.35%)	18 (64.52%)
15. <i>Me siento más irritable que habitualmente</i>	11 (35.48%)	11 (35.48%)	6 (19.35%)	4 (9.68%)
16. <i>Encuentro fácil tomar decisiones</i>	1 (6.45%)	8 (25.81%)	7 (22.58%)	14 (45.16%)
17. <i>Me creo útil y necesario para la gente</i>	1 (3.23%)	15 (9.68%)	10 (32.26%)	15 (54.84%)
18. <i>Encuentro agradable vivir, mi vida es plena</i>	0	3 (9.68%)	6 (19.35%)	22 (70.97%)
19. <i>Creo que sería mejor para los demás si me muriera</i>	30 (96.77%)	1 (3.23%)	0	0
20. <i>Me gustan las mismas cosas que solían agradarme</i>	1 (3.23%)	4 (12.90%)	6 (19.35%)	20 (64.52%)

En la Tabla 3 se muestra que ninguno de los participantes se encontró en las categorías: Ausencia de depresión, depresión grave. Por lo que el total de los participantes tuvieron depresión leve o moderada.

Tabla 3. Distribución y porcentaje de participantes por grado de depresión de Zung (n=31)

Variable	Frecuencia	%
Depresión		
<i>Ausencia de depresión</i>	0	0%
<i>Depresión leve</i>	8	25.81%
<i>Depresión moderada</i>	23	74.19%
<i>Depresión grave</i>	0	0%

En la tabla 4 se observa que de los participantes que tuvieron depresión moderada el 52.17% perteneció al sexo femenino y de los que tuvieron depresión leve el 62.50% también son del sexo femenino.

De los participantes que presentaron depresión moderada el 34.78% perteneció al grupo de 40 a 49 años, mientras que los que presentaron depresión leve del mismo grupo etario únicamente representaron 12.50%. En ambos grados de depresión predominó el grupo etario de 25 a 39 años.

El 100% de los participantes que presentaron depresión leve se encontraron casados y la mayoría de los que presentaron depresión moderada (73.91%) se encontraron con el mismo estado civil.

Tanto para depresión leve (87.50%) como para depresión moderada (86.96%) la mayoría de los participantes respondió haber laborado en área covid.

Del total de participantes con depresión leve (75.00%) y moderada (82.61%) sólo tenían un empleo.

Del total de participantes que presentaron depresión leve, 3 participantes (37.50%), tuvieron decesos cercanos a COVID, mientras que del total de participantes que presentaron depresión moderada, 16 participantes (69.57%), no tuvieron decesos cercanos a COVID.

Tabla 4. Distribución y porcentaje de participantes por variables sociodemográficas y grado de depresión (n=31)

Variable	Depresión leve (%)	Depresión moderada (%)
Sexo		
<i>Femenino</i>	5 (62.50%)	12 (52.17%)
<i>Masculino</i>	3 (37.50%)	11 (47.83%)
Total	8 (100%)	23 (100%)
Edad		
<i>25 a 39 años</i>	5 (62.50%)	15 (65.22%)
<i>40 a 49 años</i>	1 (12.50%)	8 (34.78%)
<i>50 a 59 años</i>	2 (25.00%)	0 (0%)
<i>60 y más</i>	0 (0%)	0 (0%)
Total	8 (100%)	23 (100%)
Estado civil		
<i>Soltero</i>	0 (0%)	5 (21.74%)

<i>Casado</i>	8 (100%)	17 (73.91%)
<i>Divorciado</i>	0 (0%)	1 (4.35%)
<i>Separación en proceso</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Viudo</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Concubinato</i>	0 (0%)	0 (0%)
Total	8 (100%)	23 (100%)
Laboró en área COVID		
<i>Si</i>	7 (87.50%)	20 (86.96%)
<i>No</i>	1 (12.50%)	3 (13.04%)
Total	8 (100%)	23 (100%)
Tiene otro empleo		
<i>Si</i>	2 (25.00%)	4 (17.39%)
<i>No</i>	6 (75.00%)	19 (82.61%)
Total	8 (100%)	23 (100%)
Ha tenido decesos cercanos a COVID		
<i>Si</i>	3 (37.50%)	6 (26.09%)
<i>No</i>	4 (50.50%)	16 (69.57%)
<i>Desconoce</i>	1 (12.50%)	1 (4.35%)
Total	8 (100%)	23 (100%)

La única variable cuantitativa en la base de datos es el total de puntos de la escala de depresión de Zung. Las medidas de tendencia central y dispersión se muestran en la siguiente Tabla 5.

Tabla 5. Medidas de tendencia central y dispersión de variable cuantitativa

	n	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor mínimo-máximo
Total del puntaje de escala de depresión de Zung	31	43.64	44	44	4.38	36-51

Se observa que la media y la mediana son similares por lo que se puede inferir que la variable tiene una distribución normal. La desviación estándar es pequeña, por lo que se concluye que los datos tienen poca dispersión.

Conclusiones:

- Todos los médicos encuestados (31) tuvieron depresión leve o moderada, pero ninguno tuvo depresión grave. Siendo la depresión moderada la que concentra la predominante con 23 participantes, de los cuales 12 son mujeres y 11 hombres.
- Se observó que la depresión tanto leve como moderada se presentó el sexo femenino.
- El grupo etario con mayor prevalencia de depresión en ambas categorías (leve y moderada) fue el de 25 a 39 años.
- El estado civil con mayor prevalencia de depresión fue el casado en ambas categorías.
- Se observó que la depresión (ambas categorías leve y moderada) predominó en las personas que sí laboraron en áreas COVID.
- La mayoría de los médicos encuestados en ninguna de las categorías de depresión refirieron no tener otro empleo.
- Se observó que algunas preguntas de la encuesta no tuvieron respuesta en todas las categorías, probablemente relacionado al tamaño de muestra.
- Se observó que el 40% de los participantes una vez obtenido los resultados no continuaron con las indicaciones de canalizar a su atención médica.

Referencias bibliográficas

1. Guía de la práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Actualización 2015. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-161-09. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GRR.pdf>
2. Zarragoitia-Alonso I, de la Osa-O'Reilly M, Agudín-Depestre SG, Marot-Casañas M. La depresión: retos y conflictos en el siglo XXI. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. 2018.
3. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev. Biomédica. 2017;(28):73–98.
4. Calderón-M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018; 29(3):182-191.
5. Puentes V, Vergaño L y Ortiz A. Estudio descriptivo sobre el impacto emocional (depresión, ansiedad y estrés) durante el aislamiento social preventivo ocasionado por la pandemia del COVID-19 en la población del municipio de Girardot. (Trabajo de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios. Girardot - Colombia.2020.
6. Ortiz M. (2019). Psicopatología clínica. 2ª ed. Málaga: Pirámide.
7. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-161-09. https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/imss_161_09_grr.pdf
8. García-Parajuá P, Magaritos-López, M. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10 Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001.
9. Chávez-León E, Ontiveros-Uribe MP, Serrano-Gómez C. Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT). Salud Ment [revista en la Internet]. 2008 Ago; 31(4): 307-319.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de

Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Validación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010.

<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>

11. Cuevas-Cancino, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3):207-218
12. Cuadro básico de medicamentos IMSS. Febrero 2015
13. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) entre la población general en China. *Int J Environ Res Salud Pública*. 2020;(1729):1-25.
14. Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud. COVID 19: Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19> [Consultado el 03 de agosto de 2020].
15. Liu C, Yang Y, Zhang X, Xu X, Dou Q, Zhang W, et al. La prevalencia y los factores que influyen en la ansiedad en los trabajadores médicos que luchan contra COVID-19 en China: Una encuesta transversal. *Epidemiología e Infección*. 2020;(148)98:1-7.
16. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2020; 37(2):327-34.
17. Organización Mundial de la Salud. COVID 19: Cronología de la actualización de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covid-timeline> [Consultado el 03 de agosto de 2020].
18. Jianbo L, Simeng M, Ying W, Zhongxiang C, Jianbo H, Ning W, et al. Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3):1-12.

19. Xu J, Xu QH, Wang CM, Wang J. Estado psicológico del personal quirúrgico durante el brote de COVID-19. *Investigación en Psiquiatría*. Editorial Elsevier 2020; 228:1–3.
20. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, IdoiagaMondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):1-10.
21. Blake H, Bermingham F. Mitigación del impacto psicológico de COVID-19 en los trabajadores de la salud: un paquete de aprendizaje digital. *Revista Internacional de Investigacion Ambiental y salud pública*. 2020;(17):2-15.
22. Arias-Molina Y, Herrero-Solano Y, Cabrera-Hernández Y, Chibás-Guyat D, GarcíaMederos Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Rev Haban de Cienc Méd*. 2020; 19(0): 1-20.
23. Da Silva ATC, Lopes CS, Susser E y Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016; 106:1990–1997. doi:10.2105/AJPH.2016.303342.
24. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020 Mar 16; 49(3):155-160. PMID: 32200399.
25. Zhong B, Huang Y, Liu Q. Mental health toll from the coronavirus: Social media usage reveals Wuhan residents' depression and secondary trauma in the COVID-19 outbreak. *Comput Human Behav*. 2021; 114:106524. doi:10.1016/j.chb.2020.106524
26. Da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021; 104:110057. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110057

27. Saldaña-Ibarra O, López-Ozuna VM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. *Evid Med Invest Salud*. 2020; 7(4):169-177.
28. Mori N; Caballero J. Historia natural de la depresión *Rev. Peruana de Epidemiología*. 2010; 14(2):86-90.
29. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez MCR, López-Palmer DA. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Inv Ed Med*. 2017; 6(22): 75-79.
30. Mejía-Lobatón A, Palmer-Morales LY, Quiñones-Montelongo KA, Medina-Ramírez MC, López-Palmer DA. Frecuencia de depresión en médicos no familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Cubana de Salud y Trabajo*. 2017; 18(1):48-51.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA
REGIONAL BAJA CALIFORNIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



ANEXO 1

CARTA DE AUTORIZACIÓN

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 204
P R E S E N T E

Por este presente me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS FAMILIARES DE UMF 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C, ANTE PANDEMIA COVID 19”

Que de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del Instituto Mexicano del Seguro Social para lo cual se designa al Dr. Gregorio Borjón Escalera con matrícula 98024801 adscrito a la UMF No. 40 como **investigador responsable**.

En caso de ser aprobado el proyecto se le brindara todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atento a comentarios o aclaraciones.

Atentamente

Dr. José Ramiro Herrera López.

Nombre y Firma del Director de la Unidad.

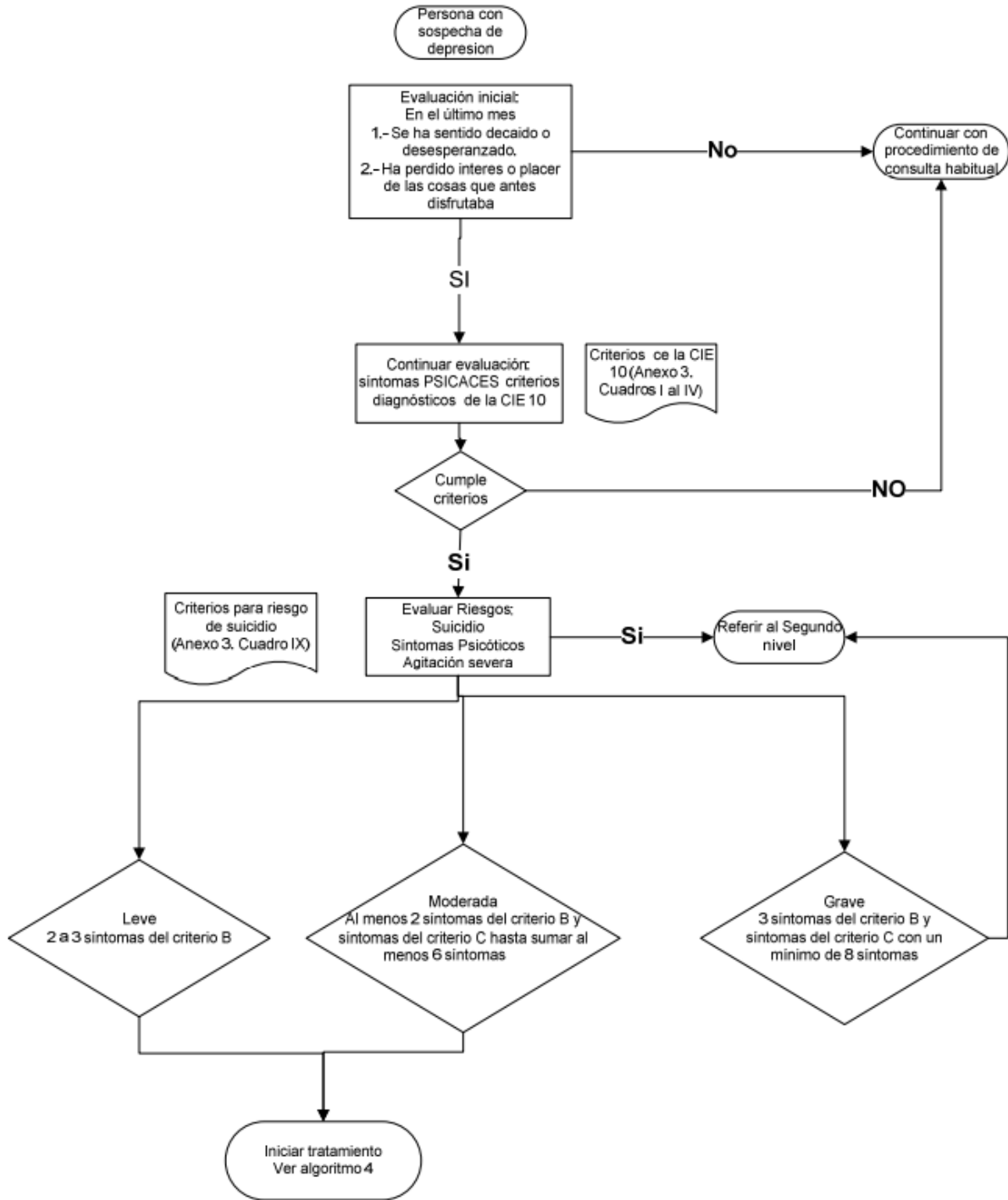
 <p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	Frecuencia de depresión en médicos familiares de UMF 40 del IMSS en Mexicali B. C. ante pandemia COVID 19	
Lugar y fecha:	UMF No. 40 de Mexicali Baja California febrero del 2022.	
Número de registro institucional:		
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio consistirá en detectar la presencia de depresión en el médico familiar, el cual nos servirá de apoyo para dar una mejor asesoría preventiva a los médicos de la Unidad de Medicina Familiar. Determinar la Frecuencia de Depresión en Médicos Familiares de UMF 40 del IMSS en Mexicali B. C. ante pandemia COVID 19, por lo que su participación sería de suma importancia.	
Procedimientos:	Para este estudio se le invita a contestar un cuestionario de 20 preguntas tipo Likert, que le tomará entre 10 y 20 minutos de su tiempo. Esta encuesta sirve para evaluar rasgos de depresión con base en el cuestionario de ZUNG. Se respetará en todo momento su integridad física y mental, los resultados se le informaran de forma individual y privada, pues de encontrarse con depresión es necesario que le canalicemos con su médico tratante, para tu tratamiento especializado.	
Posibles riesgos y molestias:	El cuestionario no representa riesgo para su persona, estado de salud, desempeño diario, ni se verán vulnerados o afectados sus derechos, ni se procederá a realizar ninguna acción que vulnere su integridad. Puede causarle incomodidad algunas preguntas. En todo momento se cuidará su información personal.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Poder contar con un diagnóstico de un estado depresivo y su referencia oportuna, que en ocasiones puede pasar desapercibido es un beneficio para su salud.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informarán de manera oportuna los resultados de la encuesta y en caso de meritario, se le canalizará con su médico tratante para que implemente su manejo oportuno en primer o segundo nivel de atención, con el fin de mejorar su salud y prevenir complicaciones.	
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es voluntaria y en caso de que decida retirarse, puede hacerlo en el momento que lo considere, se respetará su decisión sin ningún tipo de represalia.	
Privacidad y confidencialidad:	Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no proporcionaremos a nadie sus respuestas ni sus resultados sin que usted lo autorice. Los datos que proporcione serán protegidos conforme a lo dispuesto en la ley general de datos personales en posesión de sujetos obligados. En caso de que este estudio sea publicado en revistas, periódicos, Internet, redes sociales se mantendrá su identidad de forma anónima.	
<p>Declaración de consentimiento:</p> <p>Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:</p> <p><input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio.</p>		
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>		
Investigador Responsable:	Dr. Gregorio Borjón Escalera 98924801 UMF 40, cel. 6861789383 dr.gregorio.borjon@hotmail.com	
Colaboradores:	Dra. Rebeca Esther Martínez Fierro. UMF 40 Cel. 6861573982 M. C. Lourdes Yusvisaret Palmer Morales. U. A. B. C Facultad de Medicina Mexicali 6861821127	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 89 00 extensión 21230, correo electrónico: comité_eticainv@imss.gob.mx</p>		
<p>_____ Nombre y firma del participante</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>		

Escala de Depresión de Zung

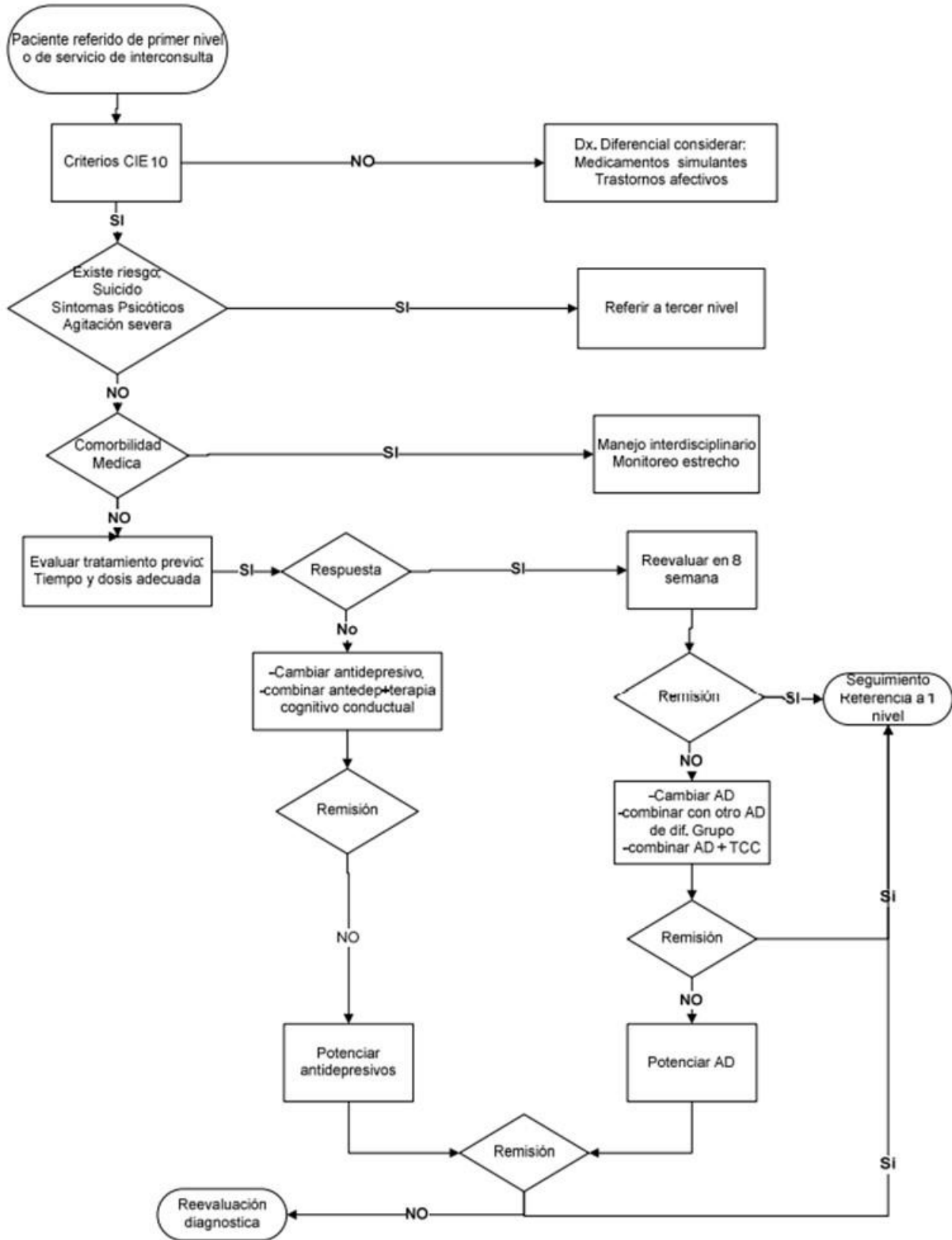
	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Me siento triste y deprimido.				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
Ahora tengo tanto apetito como antes.				
Atención: esta pregunta ha quedado evidentemente obsoleta con el paso de los años). Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
Creo que estoy adelgazando.				
Estoy estreñado.				
Tengo palpitaciones.				
Me canso por cualquier cosa.				
Mi cabeza está tan despejada como antes.				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
Tengo esperanza y confío en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente.				
Encuentro fácil tomar decisiones.				
Me creo útil y necesario para la gente.				
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				

Puntos de corte	
<= 28	Ausencia de depresión
entre 28 y 41	Depresión leve
entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

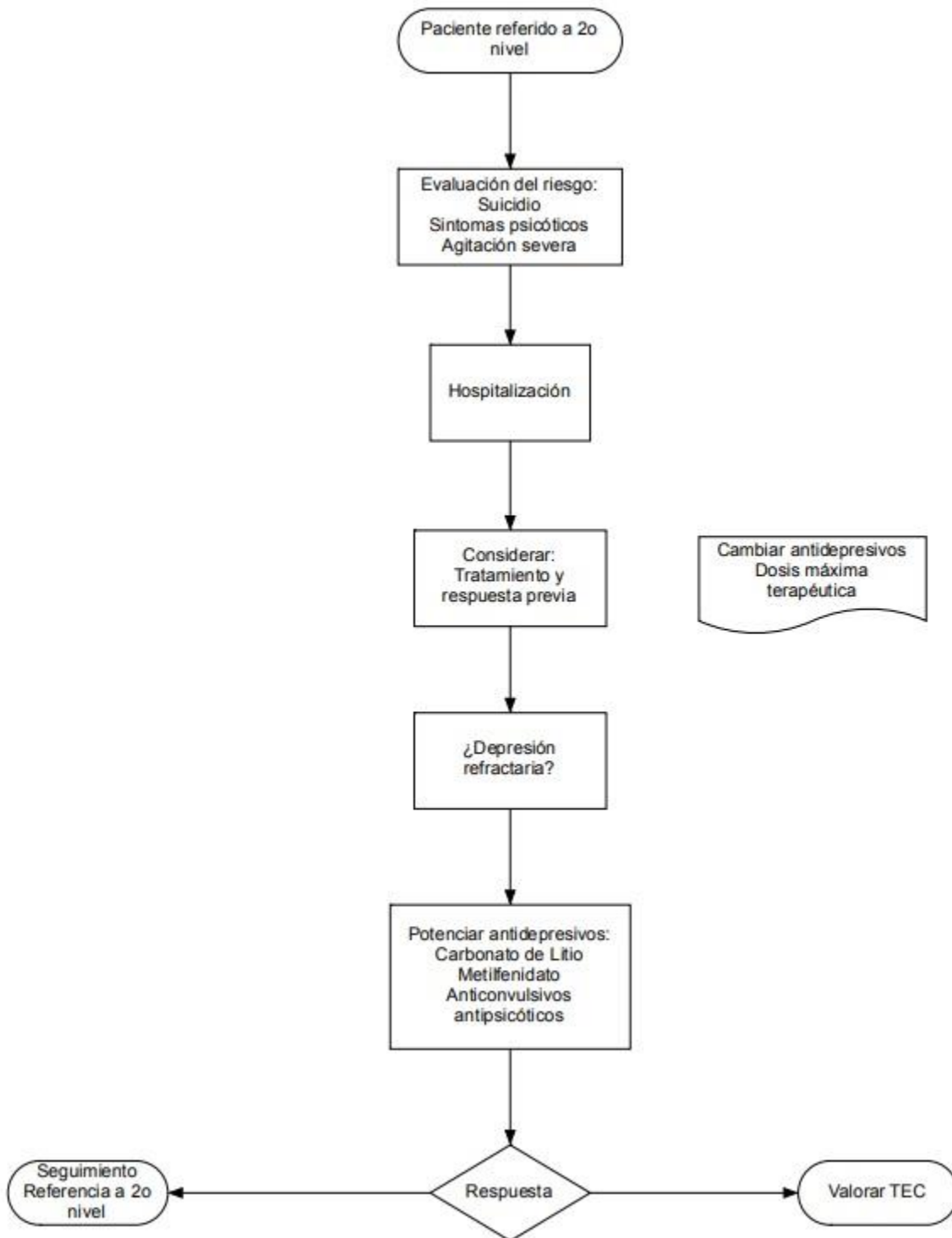
Algoritmo 1. Diagnóstico y manejo del trastorno depresivo por el médico no psiquiatra en población de 18 a 59 años de edad en el 1 nivel de atención.



Algoritmo 2. Diagnóstico y manejo del trastorno depresivo por el psiquiatra en población de 18 a 59 años en 2do nivel de atención.



Algoritmo 3. Diagnóstico y manejo del trastorno depresivo por el médico no psiquiatra en población de 18 a 59 años de edad en el 2do nivel de atención.



Algoritmo 4. Diagnóstico y manejo del trastorno depresivo por el médico no psiquiatra en población de 18 a 59 años de edad en el 3er nivel de atención.

