

11226

1
201

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO .- ISSSTE

CLINICA "GUREWO A. MADERO "

ESCALA DE ZUNG PARA LA IDENTIFICACION DE LA DEPRESION
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION .

TESIS RECEPTACIONAL PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR .

DRA. MARIA TERESA AVILAR PATIÑO

FEBRERO 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E .

- Introducción	2
- Marco Teórico	3
- Problema	15
- Justificación	17
- Objetivos	18
- Tipo de estudio	18
- Población, lugar y tiempo	19
- Metodología	20
- Resultados	21
- Discusión	28
- Anexo I	30
- Anexo II	31
- Anexo III	32
- Anexo IV	33
- Bibliografía	34

I N T R O D U C C I O N .-

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de problemas clínicos que tienen como común denominador un trastorno en el estado de ánimo .

El estado de ánimo es un tono emocional prolongado que domina las actitudes de un individuo. La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes .

En las últimas dos décadas se ha incrementado en forma importante la depresión ,por lo que se ha considerado como un problema de salud pública (22);su tendencia a violar los instintivos básicos como el de conservación ,el maternal etc. y su efecto bloqueador de necesidades biológicas como el hambre ,el sueño,y el apetito sexual ,han hecho que un gran número de investigadores sumen sus esfuerzos para conocer mejor este problema .

En nuestro medio ,actualmente no conocemos en población abierta cuantos pacientes cursen con un problema de depresión ,es por esto,que se propone el presente estudio de identificación de depresión en un primer nivel de atención.

M A R C O T E O R I C O .-

La depresión es un síndrome clínico ,cuya característica principal es un estado de ánimo disfórico y la pérdida incisiva del interés y el placer habitual ,que se acompaña de algunos de los siguientes síntomas :trastornos del sueño,del apetito,inhibición o agitación psicomotora ,así como trastornos somáticos . (21)

La depresión es una reacción emocional normal, es un estado de ánimo que todos podemos padecer.Este trastorno fué descrito desde la época grecoromana con el nombre de MELANCOLIA .

Ya en el siglo IV antes de cristo,HIPOCRATES afirmaba - que desde el punto de vista médico,los problemas que hoy llamamos psiquiátricos,estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales ,sangre bilis, bilis negra,bilis amarilla,y flema ,y que la melancolía era producida por la bilis negra .

Soranos de Ephesus ,en su descripción del cuadro clínico señalaba como síntomas principales de la melancolía, a la tristeza, deseo de morir,suspiciacia acentuada,tendencia al llanto,irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

En la edad media ,Santo Tomás de Aquino ,sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales .Esta creencia se comienza a abandonar en 1630 , cuando Robert Burton publicó su famoso tratado ANATOMIA DE LA MELANCOLIA ,obra que facilitó la identificación de los estados depresivos .

En 1896, Emil Kraepelin, estableció la diferencia entre -
psicosis maníaco depresiva y demencia precoz, llamada -
posteriormente esquizofrenia .

Después de los estudios genéticos en psiquiatría, llevaron
a considerar a los síndromes depresivos , como parte de -
la psicosis maníaco depresiva , situación que prevaleció
durante las primeras tres décadas de este siglo . En con-
secuencia, el deprimido era calificado como psicótico aun-
que sus síntomas fueran muy leves .

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos
años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sinto-
matológicos no incluidos en los cuadros psicóticos o neu-
róticos, motivaron a los expertos de la OMS a establecer,
un nuevo grupo en la IX revisión de la Clasificación -
Internacional de las Enfermedades, que empezó a ser utili-
zada en enero de 1979. Este grupo bajo el rubro 311 y con
el nombre de Trastorno Depresivo no Clasificado, incluye a
los pacientes que presentan este cuadro patológico, peno-
so y molesto pero curable con los recursos médicos actua-
les . (2) .

En los últimos años , la importancia de la depresión se ha
destacado de tal forma que se le ha considerado no solo -
como el problema más frecuente en el campo de salud mental,
sino como el padecimiento que más trastornos acarrea en
la humanidad . (2) .

La Epidemiología de la depresión va a depender del área,
geográfica estudiada , en un estudio epidemiológico rea-
lizado por Sorenson y Stromgren en una área geográfica -

definida ,se encontró que 3.9 % de la población mayor de 20 años había presentado, por lo menos,un cuadro deresivo en una época determinada de su vida . (22).

Así pues ,algunos autores han reportado que este tipo de padecimiento es más frecuente en mujeres ,en gente joven aunque para los hombres se incrementa el riesgo después de los 55 años de edad ,solteros y sin vínculos inter - personales ,y también en aquellos que han experimentado la pérdida de una relación significativa . (21).

Los trastornos afectivos primarios y secundarios están - entre los problemas más comunes que se encuentran en la práctica de la medicina ,la posibilidad de desarrollar - depresión durante el curso de la vida ,oscila del 8 al - 20 % .Sin embargo ,solo el 25% de la gente deprimida ,recibirá tratamiento para su problema . El doble de las mujeres sufre de trastornos en el estado de ánimo en comparación de los hombres . (3).

Otros datos epidemiológicos revelan que durante las últimos años se ha registrado un incremento del cuadro depresivo entre personas que viven en grandes comunidades urbanas y sobre todo en países industrializados .

Expertos internacionales estiman en un 3al 5 % de la población total ,la frecuencia de la depresión ,esto significa entre 100 y 200 millones de seres humanos padecen - hoy en día de depresión cuadro que si se diagnosticara - oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento médico adecuado . (2)

En cuanto a la frecuencia de depresión en las diferentes clases sociales,se pensó que los trastornos afectivos ,se-

rían más frecuentes en la clase media y superior , pero -
esto no ha sido bien demostrado . (3)

La OMS calcula que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren de alguna forma de depresión y el problema tiende a aumentar por los siguientes motivos:

1) Porque el promedio de vida está creciendo en todos los países , por lo que el número y el porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentar depresión, también se ha incrementado .

2) El rápido cambio de ambiente psicosocial que permite - la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos - sociales a un ambiente tenso y creciente .

3) Aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos que se han asociado con depresión en un 20% de los casos .

4) El creciente abuso de medicamentos que pueden causar depresión por ejemplo : antihipertensivos, hormonales orales etc. (2)

La clasificación del síndrome depresivo, siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias estableciéndose una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas . Cuando existen causas ambientales y psicológicas como factores determinantes , entonces la depresión se llama exógena o reactiva, en otros casos no hay - factores desencadenantes y es considerada como endógena .

La clasificación del DSM III incluye a la depresión dentro de los trastornos afectivos .(4)

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos ;uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permite un diagnóstico rápido y seguro y otro, en el cual éstas se encuentran enmascaradas ,predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificados por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

Con el objeto de facilitar la exposición de la depresión se ha dividido en cuatro grupos : (22)

- 1)Trastornos de la esfera afectiva
- 2)Trastornos de la esfera intelectual
- 3)Trastornos conductuales
- 4)Trastornos somáticos .

Según el DSM III,dentro del cuadro clínico ,existen criterios clínicos que forman la clave para el diagnóstico de la depresión estos son:

A) Animo disfórico

a) irritabilidad y/o desinterés

b) perdida de interés o del placer en actividades comunes

B) Síntomas presentes por lo menos con dos semanas de duración .

a) Alteración del apetito y/o peso

- c) Agitación o enlentecimiento psicomotor
- d) Desinterés
- e) Fatiga
- f) ideas de irritabilidad ,culpe excesiva
- g) Alteración en la concentración
- h) Pensamientos repetidos de muerte

Criterios diagnósticos cuando se presenta un síntoma de A y cuatro del B .

Es frecuente que la depresión sea somatizada ,los hallazgos clínicos y por laboratorio,suelen ser negativos y no concluyentes y la descripción de la molestia por parte del paciente suele ser vaga o inespecífica .

Pueden presentarse síntomas a nivel cardiovascular como - por ejem. trastornos de la frecuencia cardiaca,disnea ,algias cardioráxicas .

Con frecuencia esta implicado el aparato digestivo,se pueden presentar síntomas como dispensia,aerofagia,náusea , - anorexia,constipación etc. Otros síntomas frecuentes son, la lumbalgia y la cefalea tensional que se debe a estados emocionales a este tipo de depresión se le ha llamado -- ENMASCARADA .

El diagnóstico de esta entidad debe hacerse en forma mul-

tidimensional, con la descripción del síndrome , la evaluación clínica y los factores sociológicos .

Existe una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica . En la mayor parte de las investigaciones clínicas de hoy, incluyen la aplicación de una o varias escalas de evaluación , apenas se inicia en la practica clínica , ya que estas simplifican el registro de datos para su estudio , permiten recabar el máximo de información y facilitan la estandarización que disminuye la variabilidad de la información acerca de los enfermos , sin embargo, es importante mencionar que el mejor cuestionario jamás suplirá un buen estudio clínico .

Dentro de las escalas de uso actual , contamos con las siguientes ;

a) INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

Consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas , corresponde a aspectos de la personalidad , incluyendo salud general, funciones fisiológicas , hábitos , familia, actitudes sexuales , religión , actitudes políticas y muchos items psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico .

Sin embargo a pesar de ser una escala válida es muy laboriosa y extensa .

b) INVENTARIO DE BECK .

Elaborado para ser aplicado por un entrevistador , el cual puede caer en el error de sugerir la respuesta , ya que -

también va a depender del estado de ánimo del entrevistador .

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes cada una de ellas es manifestación de la depresión .

c) ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG . .

En 1965 ,se publicó por primera vez la escala para la automedición de la depresión AMD ,destinada para medir cuantitativamente a está .El uso de la escala en cualquier paciente ,puede descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, economizando tiempo y varias sesiones de entrevista .Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para hacer la prueba y calificar al paciente .

Estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera, pueden correlacionarse en forma segura con otras escalas de medición de la depresión, que requieren más tiempo y que estan en uso actualmente .

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 reactivos .Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión .

Los 20 items esbozan de manera comprensiva ,los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión, a un lado de las declaraciones ,aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen : MUY POCAS VECES ,ALGUNAS VECES ,LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ,Y CONTINUAMENTE . Se da al paciente la lista de las declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba .

Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca bajo una cubierta transparente para hacer la calificación y se escribe en el margen el valor indicado para cada calificación y luego se suma - esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 .

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significancia clínica .

Si bien algunos pacientes no proporcionen voluntariamente mucha información, la mayor parte prestará su cooperación si se le pide al paciente que marque la escala con la explicación de que esto ayudará más al médico a saber más de ellos .

Las declaraciones de la escala están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de los pacientes .

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación . Pero el paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas porque la mitad de las declaraciones es tan redactadas de manera sintómicamente negativas y la otra mitad positivas .

Por ejemplo el primer tema "Me siento abatido y melancólico" es positivo. El segundo "En la mañana me siento mejor" es negativa porque refleja lo contrario del estado de ánimo de los deprimidos. Los temas redactados negativamente se identifican con un asterisco .

Se ha omitido una posible columna cuyo encabezado diría

nunca que en algunas veces, podría ser apropiada para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mesurables . Además se usa un número par de columnas de preferencia a un número non para impedir la posibilidad de que el paciente marque una columna central con el fin de dar una apariencia promedio .

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades ,ya sea emocionales o físicas . La escala de automecisión de la depresión AMD no esta destinada a diferenciar la depresión como síntoma o como enfermedad .Sirve más bien para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico ,sino una indicación de la presencia del síntoma que pueda tener importancia clínica . (7,8)

La escala de autoevaluación de Zung ,pese a que si tiene algunas características que no corresponden a nuestro medio ,es sencilla y de fácil aplicación ,por lo que además de ser útil en algunos programas de investigación podría ser un buen auxiliar en la clínica para diagnosticar la depresión . (2)

d) ESACALA DE HAMILTON .

Es de uso casi exclusivamente para diagnosticar depresión enmascarada,ya que maneja sintomatología ,se utiliza para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos .

De acuerdo al manejo estadístico,se sugiere la aplicación de los test en más de una ocación para asegurar la confiabilidad del diagnóstico de depresión y así evitar el uso indiscriminado de la terapia antidepresiva .

El manejo del paciente deprimido debe ser :

- 1) Identificando el trastorno afectivo que está repercutiendo en la dinámica familiar , laboral etc.
- 2) Orientación psicológica por personal capacitado .
- 3) El uso de antidepresivos más apoyo psicológico.

Los agentes antidepresivos tienen una acción terapéutica comprobada . Cerca del 70% de los pacientes con síndrome depresivo responden bien al tratamiento con antidepresivo.

Para alcanzar en lo posible una cifra alta de éxito , menores efectos indeseables y una acción de larga duración deben de seguirse las siguientes reglas :

- 1) Empezar temprano con los antidepresivos
- 2) Selección apropiada, seleccionadas en base al perfil de - efectos colaterales. , particularmente efectos sedativos en pacientes agitados .
- 3) Tratamiento de cuatro semanas con un agente antidepresivo .
La valoración de que un antidepresivo carece de acción , solo es posible después de cuatro semanas de empleo .
- 4) Dosis adecuada, chequeando los niveles sanguíneos para su toxicidad .
- 5) Duración adecuada, administrarse por un mínimo de seis meses, después de recobrar y retornar a un resultado nor-

mal, a la prueba de supresión de dexametazona .

- 6) Mantenimiento adecuado, una dosis de mantenimiento óptima usualmente es menor a la mitad de dosis inicial .
- 7) Terminación adecuada de seis a doce meses , disminuyendo gradualmente la dosis , hasta terminar la terapéutica .
- 8) Tratamiento adecuado . Para casi todos los tipos de depresión , en combinación con psicoterapia y de antidepressivos efectivos .
- 9) Alternativas adecuadas, cambios de droga, agregando sales de litio, inhibidores de la MAO y terapia con electro shock.

P R O B L E M A .

La depresión es un trastorno de la afectividad, cuyo incremento en los últimos años, ha sido tan importante que se le ha considerado en la actualidad, como un problema de - salud pública . (22)

Por lo diverso de sus síntomas muchos de ellos de tipo somático hace que con frecuencia pase inadvertido .

El cuadro clínico, se manifiesta por trastornos psíquicos, de tipo afectivo, intelectual y de conducta, y en ocasiones solo se presentan síntomas somáticos que no corresponden a trastornos patológicos orgánicos .

Este problema cuando, tiende a la cronicidad y no se da - tratamiento origina al paciente problemas de tipo familiar, laboral y social .

En nuestro medio no conocemos la frecuencia de depresión por grupo de edad y sexo, en varias ocasiones es porque - se desconoce el cuadro clínico, o bien porque no se tiene - presente y en otras ocasiones porque no se conocen los medios diagnósticos de apoyo para la identificación de este síndrome .

En el presente estudio, se propone la utilización de la escala de ZUNG, en población abierta para identificación de depresión, dicha escala es de autoevaluación, de fácil - aplicación y con reactivos comprensibles, y sobre todo de - gran confiabilidad, se han realizado estudios previos para la identificación de este síndrome, pero las características sociodemográficas y culturales de donde se realizaron los estudios no corresponden a las características de nuestra población . (Clínica Gustavo A. Madero) .

Es importante aclarar ,que la escala es solo un apoyo para la identificación de la depresión y nos valora el grado de depresión ,pero de ninguna manera nos da el diagnóstico definitivo de la misma , por lo cual se sugiere una vez detectada la población con síndrome depresivo , se le realice una entrevista clínica ,para elaborar el diagnóstico definitivo .

J U S T I F I C A C I O N .-

Dado que la depresión en los últimos años se ha incrementado en forma importante, (22) es necesaria su identificación en forma oportuna para evitar complicaciones que en ocasiones pueden ser fatales .

Es frecuente que en la consulta de primer nivel se abuse en el diagnóstico de depresión sin que se tenga la seguridad en el diagnóstico así mismo se abusa de la medicación antidepressiva ocasionando tratamientos inadecuados y fracaso en el mismo .

En nuestro medio, se cuentan con pocos trabajos en población abierta para la identificación de la depresión en donde se utilice como método de apoyo diagnóstico la escala de Zung , la cual permite la identificación de aquellos pacientes que cursen o puedan cursar , con algún grado de depresión , dicha escala ha demostrado su confiabilidad en estudios previos . (2,7)

Es importante mencionar que la escala no esta destinada a diferenciar que tipo de depresión presenta un paciente ya sea como enfermedad o como síntoma . (7)

Por lo anterior se ha considerado a la escala como un auxiliar útil para la identificación de la depresión en un primer nivel de atención .

OBJETIVOS .

1) Identificar el grado de depresión mediante la escala de Zung .

2) Identificar la frecuencia de depresión , por grupo de edad y sexo .

3) Identificar la relación de depresión , con escolaridad, nivel socioeconómico, tipo de trabajo y estado civil .

T I P O D E E S T U D I O .

Descriptivo .

Transversal .

P O B L A C I O N L U G A R Y T I E M P O .

Se tomaron a los pacientes que acuden a la consulta externa de la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE durante los meses de octubre y noviembre de 1988 .

La muestra será no aleatoria , hasta ajustar 100 pacientes la forma de selección sera mediante números aleatorios .

Los pacientes tenían que reunir los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión :

-Ambos sexos

-Con edad de 35-69 años

-Que contará con expediente vigente

-Que asistieran a la consulta o fuera acompañante .

Criterios de exclusión :

-Pacientes que estén recibiendo tratamiento antidepresivo

-Que no deseen participar en el estudio .

M E T O D O L O G I A .

Se seleccionarán a los pacientes de los ocho consultorios de la clínica Gustavo A. Madero ,se tomarán 12 pacientes de cuatro consultorios ,y 13 pacientes de los otros cuatro ,a cada uno de los pacientes que quiera participar en la encuesta ,se revisará previamente el expediente para asegurar los criterios de inclusión ,a cada paciente se le aplicará la escala de Zung (anexo I) ,así mismo, se tomarán otras variables sociodemográficas . (anexo II)

La escala de Zung ,será valorada mediante la calificación básica y comparada con el índice AMD ,para identificar a los pacientes con depresión y su grado.

Se tomarán los parametros que maneja el Instituto de Salud Mental de la UNAM para los diferentes grados .

MEDICION :

- 41 a 57 puntos _____ depresión leve
- 58 a 65 puntos _____ depresión moderada
- más de 65 puntos ____ depresión grave .

R E S U L T A D O S .

Se entrevistaron a 100 pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica Gustavo A. Madero ,durante los meses de octubre y noviembre de 1988.

El promedio de edad fué de 35-69 años ,siendo 61 femeninos y 39 masculinos , dando un total de 100 pacientes .

CUADRO 1

PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS DE ACUERDO AL SEXO .

SEXO	DEPRIMIDOS	NO DEPRIMIDOS	TOTAL
MASCULINO	26(26%)	13(13%)	39(39%)
FEMENINO	43(43%)	18(18%)	61(61%)
TOTAL	69(69%)	31(31%)	100(100%)

FUENTE :Cédula de recolección de datos .

El cuadro 1 muestra la relación de pacientes deprimidos y no deprimidos según el sexo, donde se observa que el grupo de femeninos presenta 43 deprimidos con un 43%, y los masculinos 26 deprimidos con un 26% .Se debe señalar que aquí hay un predominio en el sexo femenino ,debido a que la muestra no fué homogénea ,solo el 31% de los pacientes entrevistados no presentaron datos de depresión .

RELACION DE PACIENTES DEPRIMIDOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
35-39	14 (14%)	7 (7%)	21 (21%)
40-44	5 (6%)	2 (2%)	8 (8%)
45-49	10 (10%)	6 (6%)	16 (16%)
50-54	2 (2%)	1 (1%)	3 (3%)
55-59	9 (9%)	1 (1%)	10 (10%)
60-64	2 (2%)	1 (1%)	3 (3%)
65-69	—	8 (8%)	8 (8%)
TOTAL	43 (43%)	26 (26%)	69 (69%)

FUENTE: Cédula de recolección de datos .

En el cuadro 2 se observa la distribución por edad y sexo de los pacientes deprimidos ,donde se observa que el grupo más afectado para los femeninos, fué de 35-39 años con un 14%, y para los masculinos el grupo de 65-69 años con un 8% ,se observa un incremento en el grupo de 45-49 años en ambos sexos .

23
CUADRO 3

GRADO DE DEPRESIÓN POR SEXO SEGUN EL ALD

SEXO	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
MASCULINO	16(16%)	6(6%)	4(4%)	26(26%)
FEMENINO	21(21%)	12(12%)	10(10%)	43(43%)
TOTAL	37(37%)	18(18%)	14(14%)	69(69%)

FUENTE :Cédula de recolección de datos.

En el cuadro 3 se señalan los resultados de la investigación ,que reportan un total para depresión leve del 37% - para depresión moderada del 18% y para depresión grave - del 14%.

Para valorar el grado de depresión se correlaciona la calificación básica con el índice ALD .(anexo III)

La escala solo orienta hacia algún estado de depresión . A pesar de que la frecuencia observada es alta se requiere de la evaluación clínica para confirmar el diagnóstico ,o aplicar en dos ocasiones la escala a la misma población - para asegurar el diagnóstico .

CUADRO 4

RELACION DE LA ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DEPRESIONADOS CON SU SEXO EN PACIENTES CON DEPRESION

SEXO	BAJA	MEDIA	SUPERIOR	TOTAL
MASCULINO	16(16%)	7(7%)	3(3%)	26(26%)
FEMENINO	24(24%)	18(18%)	1(1%)	43(43%)
TOTAL	40(40%)	25(25%)	4(4%)	69(69%)

FUENTE :Cédula de recolección de datos.

Se considero escolaridad BAJA (Primaria), MEDIA (Secundaria y Preparatoria), SUPERIOR (Profesional).

La escolaridad baja dió un mayor número de deprimidos con un total de 40%, la escolaridad media con un 25% y la escolaridad superior con un 6%, estos resultados no son concluyentes ya que la muestra estudiada no fué homogénea en cuanto a escolaridad .

CUADRO 5

RELACION DEL ESTADO CIVIL POR SEXO EN PACIENTES CON DEPRESION

SEXO	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	TOTAL
MASCULINO	1(1%)	21(21%)	4(4%)	26(26%)
FEMENINO	8(8%)	33(33%)	2(2%)	43(43%)
TOTAL	9(9%)	54(54%)	6(6%)	69(69%)

FUENTE :Cédula de recolección de datos .

De acuerdo al estado civil se considero SOLTERO,CASADO(Unión-libre),SEPARADO (Viudo,Divorciado).

El cuadro 5 muestra la relación de depresión ,con estado civil,en donde se aprecia un mayor porcentaje entre los - casados con un 54%,el grupo de solteros reportó un total - 9% y el grupo de separados con un total de 6%.

Es importante mencionar que los grupos no son homogéneos - ya que la mayor frecuencia se observo en el grupo de los - casados con un 54% y los otros dos grupos tuvieron solo el 15% .

Con esto no se puede asegurar que la depresión sea más frecuente entre los casados ,ya que se requiere de tener grupos representativos .

CUADRO 6

RELACION DE LA CLASE SOCIAL CON DEPRESION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD

SEXO	BAJA	MEDIA	ALTA	TOTAL
MASCULINO	14(14%)	12(12%)	—	26(26%)
FEMENINO	25(25%)	18(18%)	—	43(43%)
TOTAL	39(39%)	30(30%)	—	69(69%)

FUENTE : Cédula de recolección de datos .

Clase social de acuerdo al ingreso mensual :BAJA (Un salario mínimo), MEDIA (Dos salarios mínimos), ALTA (tres o más salarios mínimos) .

El cuadro 6 muestra la relación de depresión y clase social , en donde se aprecia a la clase social baja con un mayor número de deprimidos con un total de 39%, la clase - media se identifico con un 43% , no contamos con pacientes de la clase alta en esta investigación .

Como se puede observar el nivel socioeconómico, es referido como causa de depresión en el presente trabajo, el mayor número de observaciones estuvo entre la población con un ingreso mínimo; se sabe que las condicionantes socio - económicas pueden influir en forma importante en los estados afectivos , al no verse cubiertas sus necesidades básicas .

CUADRO 7

RELACION DE LA OCUPACION Y PACIENTES DEPRIMIDOS

OCUPACION	No.	%
Amas de casa	23	23
Auxiliar administrativo	8	8
Jubilados	5	5
Chofer	5	5
Intendentes	5	5
Auxiliar de enfermeria	4	4
Secretarias	4	4
Profesores	3	3
Técnico de laboratorio	3	3
Obreros	3	3
Comerciantes	2	2
Litógrafo	1	1
Técnico de Audio	1	1
Ingeniero	1	1
Médico	1	1
TOTAL	69	69

FUENTE :Cédula de recolección de datos .

En el cuadro 7 se puede observar que el grupo de amas de casa fué el más frecuente con un 23%.

DISCUSION ..

La depresión es un síndrome clínico caracterizado ,por un estado de ánimo disfórico y pérdida incisiva del interés y placer habitual ,cuya importancia clínica ha destacado en los ultimos años en forma tal que es considerada hoy - en día no solo como el problema más frecuente en el campo de salud mental ,sino aún,como el padecimiento que más afecta a la humanidad,cuya confirmación diagnóstica es - clínica .

En 1965 Zung propone una escala para la identificación de la depresión ,esta escala ha sido utilizada por diferentes autores en diferentes países (Calderón-Zung)con el - fin de identificar estados depresivos .

En el presente trabajo ,se incluyo a la población de la - consulta externa de la clínica Gustavo A. Madero ,observando que el porcentaje encontrado de pacientes con alteración en el estado afectivo fué del 43% para los femeninos y 26% para los masculinos,cuyos resultados son similares a los reportados por otros autores (21);la razón - reportada en el presente trabajo es de 2:1 en relación a la mujer ,a pesar de que en este trabajo no se hizo muestreo aleatorio ,se continúa encontrando más estados depresivos en mujeres que en hombres lo cual esta de acuerdo a publicaciones mundiales .

Aunque la escala de Zung no reporta grados de depresión , al ser comparada ésta con el índice AMD,nos sugiere un - grado de depresión,en esta investigación se observo que - la depresión leve fué la más frecuente ,es necesario acla-

rar, que a pesar de diferenciar la depresión por grados no podemos decir si se trata de una depresión endógena o exógena, ya que para ello se requiere de la confirmación clínica por un psiquiatra o por la unificación de criterios de dos o más médicos; así mismo el uso de la escala de Zung aplicada en más de dos ocasiones puede asegurar la identificación de una depresión ya sea endógena o exógena.

Cuando se identifican algunas variables sociodemográficas como el crecimiento de las grandes urbes, industrialización, contaminación y fuentes de ingreso, se ha podido observar que los estados depresivos se han incrementado. En este estudio solo se consideran algunas de estas variables que de alguna manera pueden interrelacionarse para que el problema se este incrementando .

La consulta externa de las clínicas de Medicina Familiar - en las cuales uno de los objetivos principales es la Medicina Preventiva , se debe sugerir el uso de la escala de Zung , la cual permite identificar aquellos estados depresivos que requieran de un manejo a este nivel de atención mediante la orientación, y solo diferir aquellos pacientes que requieran manejo especializado.

En la medida de que se tenga un conocimiento más amplio de los trastornos afectivos, así como de los diferentes test auxiliares en el diagnóstico se podrá disminuir los graves problemas que acarrear al individuo en su area laboral, familiar e individual .

ESCALA DE ZUNG

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor Parte del tiempo	Continuamente
1.-Me siento abatido y melancólico				
2.-En la mañana me siento mejor				
3.-Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.-Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.-Como igual que antes solia hacerlo				
6.-Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.-Noto que estoy perdiendo peso				
8.-Tengo molestias de constipación				
9.-El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.-Me canso sin hacer nada				
11.-Tengo la mente tan clara como antes				
12.-Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.-Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.-Tengo esperanzas en el futuro				
15.-Estoy más irritable que lo usual				
16.-Me resulta fácil tomar decisiones				
17.-Siento que soy útil y necesario				
18.-Mi vida tiene bastante interés				
19.-Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.-Todavía disfruto de las mismas cosas				

A N E X O I I

Cédula de recolección de datos

No. Progresivo _____

Nombre :

Edad:-

Sexo:-

Estado Civil: Soltero _____

Casado _____

Separado _____

Escolaridad : Bajo _____

Medio _____

Alto _____

Ingreso per cápita mensual _____

Ocupación actual : _____

ANEXO III

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE AMD

CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD	CALIF. BASICA	INDICE AMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

A. N. D. N. C. IV

CLAVE PARA CALIFICAR LA ESCALA

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continua- mente
1.-	1	2	3	4
2.-	4	3	2	1
3.-	1	2	3	4
4.-	1	2	3	4
5.-	4	3	2	1
6.-	4	3	2	1
7.-	1	2	3	4
8.-	1	2	3	4
9.-	1	2	3	4
10.-	1	2	3	4
11.-	4	3	2	1
12.-	4	3	2	1
13.-	1	2	3	4
14.-	4	3	2	1
15.-	1	2	3	4
16.-	4	3	2	1
17.-	4	3	2	1
18.-	4	3	2	1
19.-	1	2	3	4
20.-	4	3	2	1

B I B L I O G R A F I A .-

- 1.- Kolb L.C. Noyes .Psiquiatria clínica Moderna .6a. ed Ed. La Prensa Medica Mexicana .162-168 . 1983.
- 2.-Calderón Narváez Guillermo .DEPRESION . Causas ,Manifiestaciones y tratamiento . Ed. Trillas 1987 .
- 3.- Harrison .Principios de Medicina Interna .10a. ed. Vd. II Ed. La Prensa Medica Mexicana .
- 4.- American Psychiatric Association .Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales .3a. ed. Ed. Masscm.
- 5.- Uriarto Victor .Psicofarmacología .2a. ed. Editorial - Trillas 1985 .
- 6.-Freedman A.M. /Kaplan H.I. Comprehensive Textbook of - Psiquiatry /III vol. II .
- 7.- Zung W.W.K. La escala para la automedicación de la depresión en una clínica de pacientes externos . Arch.Gen. Psychiat. 13;508 1965 .
- 8.-Zung W.W. K. La escala para la automedicación de la depresión .Arch. Gen. Psychiat. 12;63 1965.
- 9.-Lolas S. Fernando .La investigación Psicofisiológica - de los trastornos depresivos . Salud Mental .Vol. 6 No.1 1983.
- 10.-K.Eisemann .The Relationship of Personality to social network aspects and loneliness in depressed patients . Acta Psychiat. Scand 1984 ;70; 337-341.
- 11.- Perry J. Christopher .Depression in Borderline personality disorder.:Lifetime Prevalence at interview and Longitudinal course of symptoms. Am. J. Psychiatry 142;1 1985 ;15-21 .

- 12.- T. Eronisch .Depressive Neurosis .Acta Psychiatr. - Scand .1985 ;71 237-248.
- 13.-M. Eisemann .Social class and mobility in depressed patients.Acta Psichiatr. Scand 1986 ;73 ;399-402
- 14.-Roberts E. Robert.Depresión in the community .Arch. Gen. Psichiat. Vol. 39 ;1982 ;1407-1409.
- 15.- Crowther H. Janis .The relation ship between depre- sión and marital maladjustment . The Journal of Nervous and Mental disease. 1985 vol. 173;227-231.
- 16.- U.H. Ihezue and Kumaraswamy .Prevalence of depressive syatoms among patients attending a general outpatient clinic Acta Psychiatr.Scand . 1986;73 395-398.
- 17._Jarret W. Richardson III Antidepressants ; A clinical update for medical practitioners .Mayo Clin . Proc:59 330-337 1984.
- 18.-Frank Ellen .Carpenter Linda .Sex differences in re - current depression :Are There Any That Are Significant ? Am. J. Psychiatr. 145 ;1 1988;41-45.
- 19.-Perris C.M. Eisemann .Presentation of subscale for the rating of depression and some additional items to the com- prehensive psychopathological rating scale.Acta Psychiat. Scand . 1984;70; 261-274.
- 20.-Kearns Norma .A comparison of depression rating scales Brit. J. Psychiat. 1982;141;45-49.
- 21.-Hirschfeld R.Cross .Epidemiología de los desordenes - afectivos .39;1982;35;46.
- 22.-Calderón Narváez Guillermo .La depresión problema de salud pública . Salud Publica de México No5 Vol.XXIII 1981 503-508.