

11241

22



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA  
E HIGIENE MENTAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN  
PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA CITA  
A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO MORELOS"

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**P S I Q U I A T R I A**

P R E S E N T A :

**DRA. MA. DEL CONSUELO GONZALEZ CANTU**

276156

ASESORES:

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

DRA. JAQUELINA MARTINEZ FIGUEROA



**IMSS**

MEXICO, D.F.

ENERO 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS"

TUTOR METODOLOGICO

*Claudia Fouilloux*

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

TUTOR TEORICO

*Jaquelina*

DRA. JAQUELINA MARTINEZ FIGUEROA



IMSS

*Ma. del Consuelo*

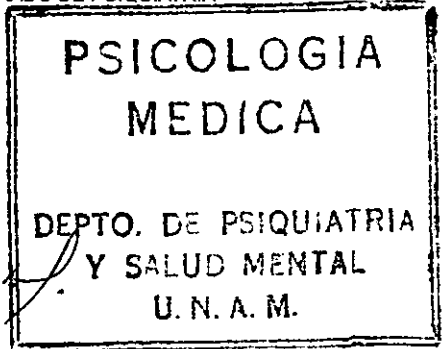
PRESENTA

DRA. MA. DEL CONSUELO GONZALEZ CANTU  
RESIDENTE DE TERCER GRADO DE PSIQUIATRIA

Vo. Bo.

*Alejandro Díaz*

Dr. Alejandro Díaz



# I N D I C E

Identificación del Protocolo .....	1
Justificación .....	3
Antecedentes .....	4
Planteamiento del Problema .....	12
Objetivo .....	13
Material y Métodos .....	14
Metodología .....	15
Indice Clinimétrico .....	16
Especificación de las Variables .....	24
Resultados .....	26
Discusión .....	44
Consideraciones Éticas .....	48
Bibliografía .....	49

**A mis Padres:**

**Por el apoyo incondicional, sus sabios  
consejos y por creer en mí.**

**A mis Hermanas:**

**Por escucharme y ayudarme siempre.**

**A mi gran compañero y amigo por su paciencia,  
apoyo y por acompañarme en este difícil camino.**

**A Socorrito:**

**Ya que sin ella jamás hubiera logrado  
comenzar esta etapa de mi vida.**

**A mis Asesores Dra. Claudia Fouilloux M.  
y Dra. Jaquelina Martínez F.:**

**Por su gran apoyo, por dedicarme parte de su  
valioso tiempo y por confiar en mi trabajo.**

**A mis pacientes quienes hicieron posible  
la realización de este proyecto.**

**A Dios por permitirme recorrer con salud y fortaleza  
este importante camino de mi vida y por ayudarme  
a levantar de cada tropiezo y a seguir con seguridad  
en esta vida siempre a su lado.**

## **IDENTIFICACION DEL PROTOCOLO**

### **TITULO**

**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS.**

### **SEDE**

**CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**DOMICILIO DEL INVESTIGADOR:**

HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIDAD MORELOS  
SAN JUAN DE ARAGON Y EDUARDO MOLINA COL. SAN PEDRO EL CHICO.  
MEXICO, D.F.

**DOMICILIO DEL TUTOR METODOLOGICO:**

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL.  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
MEXICO, D.F.

**DOMICILIO DEL TUTOR TEORICO:**

HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIDAD MORELOS  
CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA  
MEXICO, D.F.

## **JUSTIFICACION**

El determinar la severidad de los síntomas depresivos en los pacientes enviados de la Unidad de Medicina Familiar con el diagnóstico de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva y/o Trastorno o síndrome depresivo es importante ya que se trata de pacientes que requieren de un tratamiento más especializado que pudiera ser susceptible de ser manejado en un primer nivel de atención.



## ANTECEDENTES

La depresión es una enfermedad altamente tratable que es más prevalente en los pacientes que acuden a un primer nivel de atención que la hipertensión. Los médicos generales deben acostumbrarse a diagnosticar y tratar este padecimiento y el psiquiatra debería consultarse para los casos severos. (1) Alrededor del 15% de la población general padecerá de un trastorno depresivo en alguna época de su vida, pero menos de uno de cada tres será diagnosticado y tratado adecuadamente (2), esto no habla de la importancia de poder detectar tempranamente a estos pacientes; según diversos estudios se piensa que la depresión mayor se sub-diagnostica y se trata de manera inadecuada en el primer nivel de atención (3, 16). Además existe preocupación por el mal uso de los antidepresivos y la utilización indiscriminada de ansiolíticos en el tratamiento de este trastorno (3), en este sentido sería recomendable una adecuada capacitación hacia los Médicos del primer nivel de atención sobre este y otros trastornos psiquiátricos tan frecuentes en nuestro medio. Alrededor de 10 a 15% de las condiciones que conducen a un trastorno depresivo mayor son causadas por enfermedades médicas u otras condiciones y en estos casos se debe de tratar primero la condición asociada y si aún después del tratamiento persiste la depresión se debe iniciar el tratamiento para esta (2). El reconocimiento y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas en la practica de la medicina general es difícil y se estima una pérdida de un 30% de diagnósticos psiquiátricos en esta (4, 8): los pacientes en los que se logra reconocer la enfermedad tienen más probabilidad de recuperación lo cual demuestra la importancia de un

entrenamiento adecuado en trastornos psiquiátricos (4). Muchos Médicos Generales refieren dificultad en cuanto al uso de antidepresivos por los posibles efectos colaterales y el riesgo de sobredosis (4); aún así la utilización de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) está aumentando en Médicos Generales de países como E.U., Francia y Canadá en donde se reportan mejores índices de seguridad y efectividad. (4); en México cada vez se utilizan estos medicamentos con más frecuencia. Es importante el realizar estudios para evaluar el resultado del tratamiento en estos pacientes (5), esto se puede realizar mediante la aplicación de escalas para medir la severidad en diferentes momentos del tratamiento.

No solo es importante el que el Médico de primer nivel de atención haga el diagnóstico sino el tener además la capacitación para así poder educar a sus pacientes acerca de su padecimiento, las consecuencias de discontinuar el tratamiento así como las complicaciones que puedan surgir (6, 12). Los trastornos mentales tales como la depresión y trastornos de pánico son prevalentes en el primer nivel y causan sufrimiento substancial e interferencia con el funcionamiento diario de quien lo padece. Aún las condiciones leves o "subsindromáticas" con escasa sintomatología causan morbilidad substancial. Los problemas de salud mental y los trastornos observados en el primer nivel de atención son problemas de salud pública que ameritan atención inmediata y un trabajo importante en varios niveles: Clínicos, Educativos, de Organización (7, 12, 24).

En Estados Unidos la Agencia para Políticas de Salud Pública e Investigación (AHCPR) publicó recientemente una guía práctica clínica enfocada en la depresión en establecimientos de primer nivel de atención (8), esta guía

alienta a los médicos de primer nivel a proporcionar farmacoterapia a sus pacientes deprimidos como primera línea de tratamiento. Toca temas importantes como el de si se debe de informar a los pacientes acerca de las opciones terapéuticas disponibles o el si se debiera combinar con una psicoterapia, concluyendo en que es el paciente quien debe de decidir la alternativa de tratamiento (8).

El trastorno depresivo mayor es altamente prevalente en los pacientes de la consulta externa y en esta condición se presenta la incapacidad funcional severa y el riesgo suicida (9), aunque el tratamiento puede reducir la morbilidad, la detección de este trastorno por los médicos del primer nivel de atención es un factor de suma importancia en cuanto a pronóstico (9, 15).

La depresión en los ancianos es altamente prevalente y con frecuencia se asocia a discapacidad funcional lo cual incrementa los costos del tratamiento; con frecuencia no se reconoce y por lo tanto no se trata la depresión en este grupo de pacientes (10, 22), según estudios de investigación realizados en Estados Unidos los pacientes con diagnóstico de depresión tuvieron mayores costos al año en el área de la salud y costos más altos en cada categoría de atención (ej: atención primaria, especialidad, internamientos, fármacos, laboratorio) (11, 17), los registros de farmacia indicaron una enfermedad médica crónica de mas impacto en la población con diagnóstico de depresión (11). Según estudios realizados en Dinamarca la mayoría de los pacientes deprimidos son manejados generalmente en un primer nivel de atención y solamente la mitad de los casos son identificados en su primera visita y para este propósito han desarrollado escalas de evaluación con la finalidad de mejorar el reconocimiento de la depresión (12), se encontró que

edades avanzadas y una baja educación tuvieron efectos adversos en este proceso de medición utilizando la escala de depresión (DEPS) de 10 ítems, ellos hablan de que esta escala parece mejorar el reconocimiento de la depresión en el primer nivel de atención y que es útil también para medir depresión e identificar a los grupos de alto riesgo en la población general (12); según estudios realizados en Canadá existe un subgrupo importante de pacientes en el primer nivel de atención que sufre de un síndrome psiquiátrico con elementos mixtos, de ansiedad-depresión (13). Se considera tan importante la detección de la depresión y otros trastornos psiquiátricos que se hizo una versión del CIE-10 para los médicos de primer nivel de atención y que corresponde al capítulo 5 para trastornos mentales y del comportamiento el cual se enfoca en 24 condiciones frecuentemente encontradas en este nivel de atención las cuales pueden manejarse de manera efectiva por los médicos generales. Este sistema de clasificación también contiene ayuda para la realización de diagnósticos, sobre el uso de medicamentos y las posibles reacciones del paciente. La generalización del uso de este capítulo para apoyo de los médicos familiares se decidirá con la realización de diferentes pruebas que evalúen su utilidad en diferentes países (14). Existen estudios que hablan de la educación acerca de la enfermedad como punto primordial de tratamiento así como de un adecuado apoyo por parte del médico y del tratamiento con fármacos antidepresivos (18), esto coincide con otros estudios de investigación realizados en diferentes países como Canadá y Estados Unidos, en un estudio realizado en E.U. en el cual se incluyeron 64 pacientes con depresión mayor en el momento del estudio y 58 casos de depresión en remisión el 64% (n=41) fueron reconocidos como psicológicamente afectados por el médico

del primer nivel de atención, 56% (n=36) tuvieron por lo menos una prescripción de antidepresivo durante los siguientes tres meses y 39% (n=25) tuvieron por lo menos una consulta especializada en psiquiatría, concluyéndose que aunque se ha logrado la detección de un mayor número de casos de depresión se debe de dar un seguimiento intensivo y un adecuado tratamiento para la prevención de recaídas (19). Según un estudio multicentrico realizado en países bajos se encontró que en cuanto a la farmacoterapia en la mayoría de los hospitales de consulta de primer nivel de atención se prescribieron con más frecuencia ansiolíticos que antidepresivos para pacientes con diagnóstico de depresión (20). Una de las principales recomendaciones fue la de prescribir el antidepresivo a dosis efectivas (21) y según estudios realizados en Inglaterra la prescripción de los antidepresivos por los médicos generales no se encuentra de acuerdo a los consensos de recomendaciones en cuanto a dosis lo cual puede tener implicaciones de educación para los médicos en un primer nivel de atención. (21). Se ha encontrado que es de suma importancia para el paciente del primer nivel de atención el apoyo que reciba del mismo y según diversos estudios son pocos los pacientes que deseaban ser enviados con un especialista (23) por lo que el entrenamiento del médico general no solo debiera consistir en la farmacoterapia sino en el conocimiento del padecimiento y del paciente, diversos estudios han demostrado la eficacia tanto de la psicoterapia como de la farmacoterapia para el tratamiento de estos pacientes (25). En cuanto al tratamiento de la depresión estudios recientes demuestran que el manejo del primer nivel de atención frecuentemente falla sobre todo en la dosis, el tiempo de administración y el seguimiento que se le da al paciente (26, 28), en cuanto a sexo diversos estudios

han detectado que los hospitales de primer nivel son el primer contacto de las mujeres deprimidas en lo referente a sistemas de salud (27) factor que es de importancia en cuanto a la prevención y detección oportuna del padecimiento en este grupo de población.

En conclusión tanto la depresión leve como la severa tienen consecuencias para el paciente como malestar así como discapacidad por lo que es de suma importancia el apoyar la realización de mayor esfuerzo para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión y otros trastornos psiquiátricos en el primer nivel de atención (29).

### **PSIQUIATRIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Un motivo de creciente preocupación para todas las instituciones públicas de la salud, está constituido por los aspectos psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad que se reconocen como factores que influyen de diversas maneras en la producción de diferentes grados de deficiencias, discapacidades o minusvalidez. Entre otros se encuentran aquellos estados atribuibles a un trastorno mental específico. Esta clase de problemas por su magnitud y trascendencia constituyen en la actualidad un fenómeno con características endémicas que tiende a convertirse cada vez más en una presión para el ejercicio de cualquier tipo de práctica médica. (30).

### **PUNTO DE VISTA CUANTITATIVO DE LA MORBILIDAD**

Desde hace varios años en los anuarios estadísticos IMSS, el diagnóstico de neurosis y trastornos mentales no psicóticos ocupa del 10 al 15avo. lugar de

motivos de consulta, con una tasa de incidencia que varía de 16 a 18 por 10,000 derechohabientes, cifras que no toman en cuenta que la forma 4-30-6 registra solo el diagnóstico principal, por lo que existe un subregistro de los casos en que el trastorno es el diagnóstico secundario. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en el IMSS sobre la frecuencia de trastornos mentales detectados en la consulta externa de una unidad de medicina familiar, se reportó una prevalencia del 43%. También se observó que son las mujeres, en comparación con los hombres, las que sufren con mayor frecuencia de este tipo de trastornos. Se estudió adicionalmente el grado de percepción que tienen sobre este tipo de problemas los médicos familiares que participaron en el estudio y un grupo de especialistas en salud mental. Resultó evidente la habilidad de estos últimos para identificar los trastornos mentales, a diferencia de los médicos familiares que si bien no lo hacen con tanta precisión, es indiscutible que alcanzan a percibir su presencia aunque no su magnitud. En el método de clasificar de los médicos familiares se encontró que muchos casos leves son considerados como no casos (65%) a los casos moderados los califican como leves (23%), a los casos definitivos los conceptualizan como casos moderados (10.5%); resultando finalmente que solo ven como casos graves al 1.5% de la población estudiada. Sin embargo quedó claro que los médicos familiares detectan al grupo de pacientes con mayor riesgo (12%) suma de casos moderados y definitivos. (30).

### **AMPLIACION DE COBERTURA**

El plan general de psiquiatría y salud mental ha previsto que la psiquiatría de primer nivel de atención sea llevada a cabo en primer lugar por los médicos

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la severidad de los síntomas depresivos en los pacientes que acuden a su primera cita a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del IMSS con diagnóstico de envío por su médico familiar de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva, trastorno o síndrome depresivo de acuerdo a la escala de Hamilton de Depresión?



## **OBJETIVO**

Determinar la severidad de los síntomas depresivos en pacientes que acuden a su primera cita a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos IMSS con diagnóstico de envío por su médico familiar de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva, Trastorno o síndrome depresivo de acuerdo a la Escala de Hamilton de Depresión.

## **MATERIAL Y METODOS**

**DISEÑO DE ESTUDIO:** Prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

**UNIVERSO DE TRABAJO:** Todos los pacientes mayores de 20 años que acuden a su primera cita a la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del IMSS con el diagnóstico de envío por su médico familiar de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva y/o trastorno o síndrome depresivo en los meses de abril, mayo, junio y julio de 1999.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION:** Pacientes menores de 20 años.

Pacientes con datos de organicidad.

Pacientes que no aceptan cooperar.

## **METODOLOGIA**

Se captó a los pacientes que acudieron a su primera cita a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos IMSS quienes fueron enviados por su Médico Familiar con un diagnóstico de envío de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva y/o trastorno o síndrome depresivo; una vez captados de acuerdo al CIE-10 el investigador estableció el diagnóstico clínico de trastorno afectivo; se aplicó un cuestionario previamente estructurado con algunos datos personales del paciente, posteriormente se aplicó la escala de Hamilton para medir depresión de 21 ítems, no se tuvo contacto con el expediente médico del paciente; esto se realizó en el periodo de abril, mayo, junio y julio de 1999; posterior a este periodo fueron evaluadas las escalas por el Investigador además de recopilar en una hoja de concentración de datos los datos personales donde también se recaudó información sobre el tratamiento recibido hasta el momento por parte del Médico del primer nivel de atención.

## **INSTRUMENTO DE MEDICION**

(Índice Clinimétrico)

### **ESCALA DE DEPRESION Y ANSIEDAD DE HAMILTON**

Es utilizada para medir la severidad de depresión, no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Es una escala que consta de 21 reactivos, los primeros 17 reactivos corresponden a ánimo deprimido, culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio terminal, trabajo e intereses, retardo psicomotriz, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondriasis, insight y pérdida de peso. Los otros 4 reactivos adicionales: variación diurna, desrealización, síntomas paranoides, síntomas obsesivos.

Existe una versión revisada de esta escala que consta de 24 reactivos; los 3 reactivos más que se agregaron fueron: desesperanza, desamparo e inutilidad.

La Validez de contenido se estableció por el consenso de los expertos. Los reactivos que forman la escala corresponden a los síntomas que caracterizan a la depresión.

Cumple con la validez de apariencia, es identificada para evaluar la severidad de la depresión, fácilmente empleada y comprensible.

La validez discriminativa del HAM-D de 24 reactivos se obtuvo al aplicar el HAM-D y el HAM-A a 60 pacientes con trastorno depresivo mayor y a 60 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, después se comparó con los resultados obtenidos con las escalas de Hamilton original para ambos trastornos.

Los promedios de los resultados de la versión original y revisada del HAM-D en el estudio tuvo un valor de  $p < 0.01$ . la correlación de HAM-D revisada con el diagnóstico tuvo un  $r = 0.46$  y fue altamente significativa con una  $p < 0.001$ , la escala original tuvo una  $r = 0.23$ . al realizar la validación cruzada la escala original HAM-D de 21 reactivos falló para diferenciar los grupos diagnósticos (Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno depresivo mayor) existiendo diferencias significativas con la escala revisada.

La prueba t de Hotelling indica que la correlación punto biserial del diagnóstico con la escala revisada fue de  $r = 0.28$  y  $0.37$  para la escala de Hamilton de ansiedad y de depresión respectivamente con una  $p < 0.001$ . La correlación correspondiente al diagnóstico con la escala original  $r = -0.11$  y  $0.19$  (escala de Hamilton de ansiedad y depresión respectivamente).

La mejor validez discriminativa de las nuevas escalas fue indicada con varios hallazgos, primero el total de puntuaciones derivado de cada una de las escalas revisadas fue mas significativamente correlacionada con las categorías nosológicas apropiadas que la escala de Hamilton original, segundo las escalas

revisadas de Hamilton tuvieron un mejor índice de clasificación diagnóstica de depresión y ansiedad que la escala original.

Confiabilidad.- La consistencia se obtuvo al calcular el coeficiente alfa de Cronbach de 0.73 para la escala original y para la versión revisada de 0.73.

## ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

(Hacer un círculo alrededor del estado que se identifica con el paciente)

### 1. Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, desaliento, sensación de inutilidad, desesperanza)

- 0 Ausente.
- 1 Solo habla de su estado de ánimo de forma espontánea.
- 2 Habla sobre su estado de ánimo de forma espontánea.
- 3 Comunica su estado en forma no verbal: p.ej., Expresión, postura voz y tendencia a llorar.
- 4 El paciente comunica solo indirectamente su estado de ánimo tanto en su comunicación verbal como no verbal.

### 2. Sensación de culpabilidad.

(Reprocharse a sí mismo, reprochar por la enfermedad, sentimiento de culpa. Puntar 2, si hay ideas de culpa o sobrevaluadas, pero no alucinatorias)

- 0 Ausente.
- 1 Actitud de reproche: piensa que no se a portado bien con la gente.
- 2 Ideas de culpabilidad o consideración de errores pasados.
- 3 Oye voces acusadoras o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales y amenazantes.

### 3. Suicidio

(Pensamientos de muerte, planes de suicidio. Puntar 3 solo si hay ideas o gestos definitivos de suicidios).

- 0 Ausente.
- 1 Cree que no merece la pena vivir.
- 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre ello.
- 3 Ideas o tendencias suicidas.
- 4 Intentos de suicio (los intentos serios puntúan 4).

### 4. Insomnio precoz

(Puntúa 2, solo si la dificultad para dormir por la noche es superior a una hora)

- 0 No tiene dificultad para dormir.
- 1 Se queja de dificultad ocasional para dormir: p.ej. más de media hora.
- 2 Se queja de dificultad para dormir en las noches.

### 5. Insomnio medio

- 0 No tiene dificultad para dormir.
- 1 El paciente se siente inquieto y trastornado durante la noche.
- 2 Se despierta durante la noche: las veces que se levanta puntúan 2 (excepto para ir al baño)

## 6. Insomnio tardío

(Despertarse muy temprano, puntuará 2 sólo si se despierta temprano regularmente)

- 0 No tiene dificultad para dormir.
- 1 Se despierta de madrugada pero se vuelve a dormir.
- 2 No puede volver a dormir si se levanta de la cama.

## 7. Trabajo y actividades

- 0 Sin dificultad.
- 1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relativos a actividades, trabajos o hobbies.
- 2 Pérdida de interés en la actividad, hobbies o trabajo, ya sea comunicado por el propio paciente o indirectamente por falta de atención, indecisión o vacilación.
- 3 Disminución del tiempo de actividad o de la productividad. Los pacientes hospitalizados que no pase al menos 3 horas al día ocupados en alguna actividad puntúan 3.
- 4 Ha dejado de trabajar a causa de la enfermedad actual. Los pacientes hospitalizados puntúan 4 si no realizan actividades o si no pueden realizar por sí mismos las tareas que les asignan.

## 8. Inhibición

(Valorar únicamente sobre la observación en la entrevista, lentitud de pensamiento y palabra, actividad disminuida para concentrarse, actividad motora disminuida)

- 0 Pensamiento.
- 1 Ligero retardo en la entrevista.
- 2 Retardo obvio en la entrevista.
- 3 Dificultad para realizar la entrevista.
- 4 estupor total.

## 9. Agitación

(Basar en la conducta a través de la entrevista. Está definido como desasosiego asociado con ansiedad; debería diferenciarse de la ansiedad; se refiere a fenómenos observables)

- 0 Ausente.
- 1 Inquietud.
- 2 "Juega" con las manos, pelo, etc.
- 3 Se mueve, no puede estar parado.
- 4 Se coge las manos, el pelo, o se muerde las uñas o los labios.

## 10. Ansiedad psíquica

(Incluye sentimientos subjetivos de tensión o irritabilidad, preocupaciones sobre cosas sin importancia, miedos y actitudes aprensivas)

- 0 Ausente.
- 1 Tensión e irritabilidad por pequeños detalles.
- 2 Preocupación por pequeños detalles.
- 3 Actitud aprensiva aparente en la expresión de la cara o de la palabra.
- 4 Expresa miedos sin preguntarle.



### **11. Ansiedad somática**

(Concomitantes fisiológicas de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales; boca seca, gases, indigestión, diarrea, calambres, eructos. Cardiovasculares; palpitaciones, dolor o de cabeza. Respiratorios; hiperventilación, suspiros, frecuencia urinaria, sudor).

- 0 Ausente.
- 1 Leve.
- 2 Moderada.
- 3 Severa.
- 4 Incapacitante.

### **12. Síntomas somáticos gastrointestinales**

(Cambios en el apetito)

- 0 Ausentes.
- 1 Pérdida del apetito, pero como animándole. Sensación de pesadez en el abdomen. Dificultad para comer si no se le obliga. Necesita laxantes u otros medicamentos para los síntomas GI.
- 2 para los síntomas GI.

### **13. Síntomas somáticos generales**

- 0 Ninguno.
- 1 Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, dolores de espalda, de cabeza y musculares. Pérdida de energía, fatiga.
- 2 Cualquier síntoma evidente puntúa 2.

### **14. Síntomas genitales**

(Pérdida de libido, alteraciones de menstruación)

- 0 Ausente.
- 1 Leves.
- 2 Severos.

### **15. Hipocondría**

- 0 Ausente.
- 1 Auto-obsorción (corporal)
- 2 Preocupación por la salud.
- 3 Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.
- 4 Complejos hipocandriacos.

### **16. Pérdida de peso**

(Valorar pérdida de peso, desde la ñúltima visita o desde el comienzo de la enfermedad)

- 0 No ha perdido peso o la pérdida no tiene que ver con la enfermedad.
- 1 Pérdida de peso probablemente debida a la enfermedad actual.
- 2 Pérdida de peso causada con certeza por la enfermedad actual.

### 17. Discernimiento

(Valorar el grado de asunción con la enfermedad)

- 0 Admite que está deprimido, enfermo.
- 1 Reconoce su enfermedad pero la atribuye a la mala comida, clima, exceso de trabajo, virus, falta de descanso, etc.
- 2 Niega que esta enfermo.

TOTAL PRIMEROS 17 ITEMS

### 18. Cambios diurnos

Peor por la mañana

Peor por la noche

- 0 Ausentes.
- 1 Leves.
- 2 Severos.

### 19. Despersonalización

(Sensación de irrealidad, ideas nihilistas)

- 0 Ausente.
- 1 Leve.
- 2 Moderada.
- 3 Severa.
- 4 Incapacitante.

### 20. Síntomas paranoides

- 0 Ausentes.
- 1 Se sospechan.
- 2 Ideas de referencia.
- 3 Complejos de referencia.
- 4 Complejos de referencia y persecución.

### 21. Síntomas obsesivos y compulsivos

- 0 Ausentes.
- 1 Leves.
- 2 Severos.

PUNTUACION TOTAL

**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA CITA  
A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS PERSONALES  
(ENTREVISTA)

NOMBRE:

CEDULA:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

RELIGION:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

DOMICILIO:

TELEFONO:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

DIAGNOSTICO DE ENVIO:

TRATAMIENTO RECIBIDO:

LUGAR DE ENVIO:

## **ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES**

### **SUJETOS DE ESTUDIO:**

Los pacientes que acuden a su primera cita a la consulta externa del HPRUM con un diagnóstico de envío por su médico familiar de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva y/o trastorno o síndrome depresivo.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Diagnóstico de envío de Trastorno mixto ansioso-depresivo, neurosis depresiva y/o trastorno o síndrome depresivo.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Severidad de los síntomas depresivos.

## **RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS**

**RECURSOS HUMANOS:** El investigador

El tutor teórico

El tutor metodológico

Los pacientes participantes

**RECURSOS MATERIALES:** Escala de Hamilton de depresión de 21 items.

Cuestionario de datos personales

Lápiz

Hojas para el vaciamiento de datos.

**RECURSOS FINANCIEROS:** No requeridos

**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA CITA  
A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**R E S U L T A D O S**

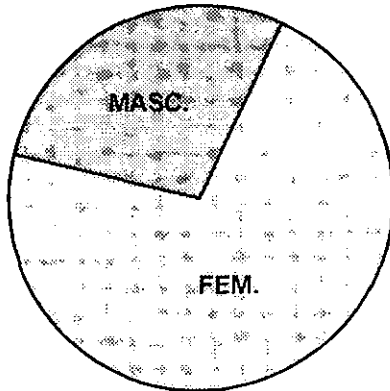
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO**

**CUADRO I**

SEXO	n=	%
MASCULINO	26	17.33%
FEMENINO	124	82.66%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



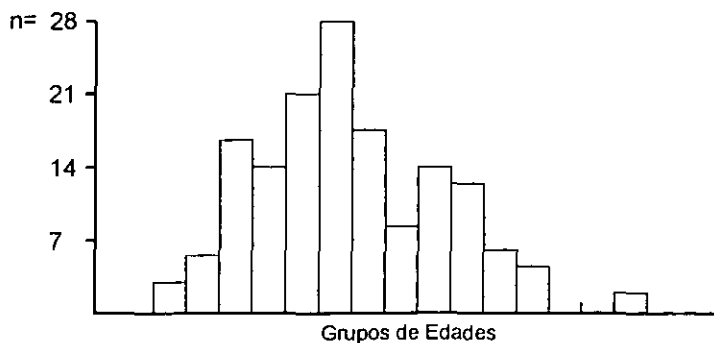
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES**

**CUADRO II**

EDADES	n=	%
16-20a.	1	0.66%
21-25a.	4	2.66%
26-30a.	18	12.00%
31-35a.	13	8.66%
36-40a.	21	14.00%
41-45a.	28	18.66%
46-50a.	18	12.00%
51-55a.	9	6.00%
56-60a.	14	9.33%
61-65a.	12	8.00%
66-70a.	7	4.66%
71-75a.	4	2.66%
76-80a.	0	0%
81-85a.	0	0%
86-90a.	1	0.66

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999. IMSS





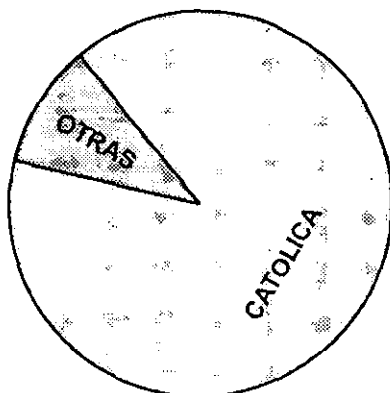
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR RELIGION

CUADRO III

RELIGION	n=	%
CATOLICA	131	87.33%
OTRAS	19	12.66%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



CATOLICA



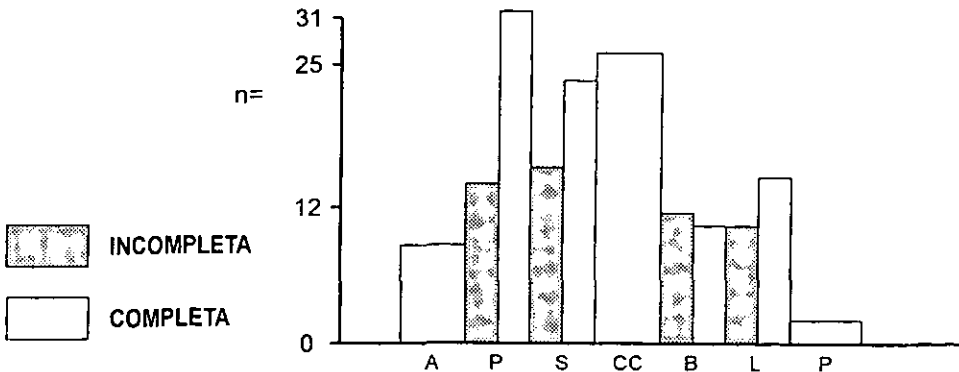
OTRAS RELIGIONES

**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ESCOLARIDAD**

**CUADRO IV**

ESCOLARIDAD	n=	%
ANALFABETA	6	4.0%
PRIMARIA INCOMPLETA	12	8.0%
PRIMARIA COMPLETA	31	20.66%
SECUNDARIA INCOMPLETA	13	8.66%
SECUNDARIA COMPLETA	22	14.66%
CARRERA COMERCIAL	25	16.66%
BACHILLERATO COMPLETO	10	6.66%
BACHILLERATO INCOMPLETO	8	5.33%
LICENCIATURA COMPLETA	8	5.33%
LICENCIATURA INCOMPLETA	14	5.33%
POSTGRADO	1	0.66



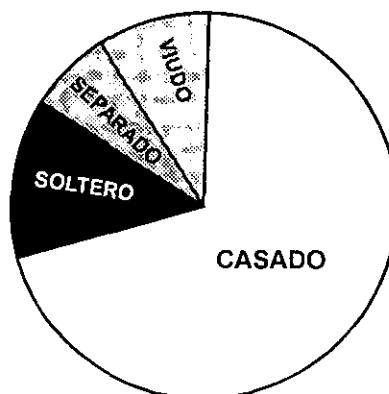
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ESTADO CIVIL**

**CUADRO V**

ESTADO CIVIL	n=	%
SOLTERO	23	15.33%
CASADO	106	70.66%
SEPARADO	16	10.66%
VIUDO	5	3.33%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR LUGAR DE NACIMIENTO**

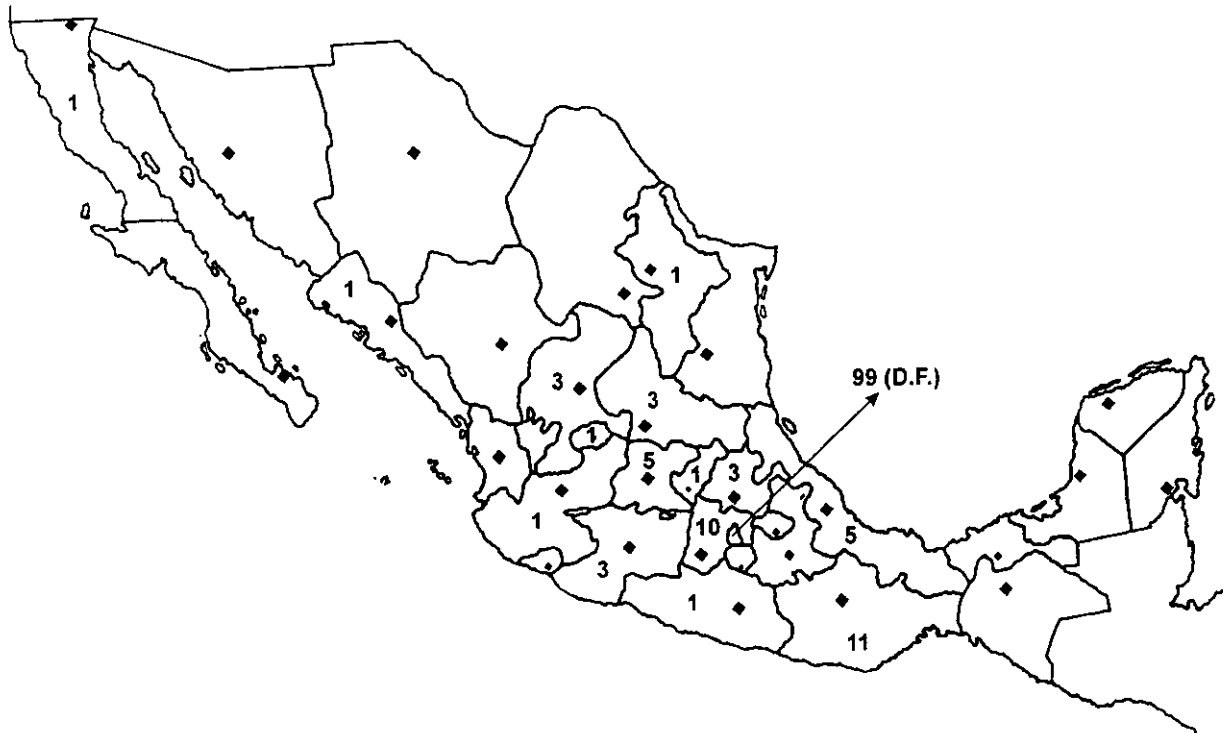
**CUADRO VI**

RELIGION	n=	%
AGUASCALIENTES	01	0.66%
BAJA CALIFORNIA	01	0.66%
DISTRITO FEDERAL	99	66.00%
ESTADO DE MEXICO	10	6.60%
GUANAJUATO	05	3.30%
GUERRERO	01	0.66%
HIDALGO	03	2.00%
JALISCO	01	0.66%
MICHOACAN	03	2.00%
NUEVO LEON	01	0.66%
OAXACA	11	7.30%
QUERETARO	01	0.66%
SAN LUIS POTOSI	03	2.00%
SINALOA	01	0.66%
VERACRUZ	05	3.30%
ZACATECAS	03	2.00%
EXTRANJEROS	01	0.66%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS

SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A  
SU PRIMERA CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR LUGAR DE NACIMIENTO










**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

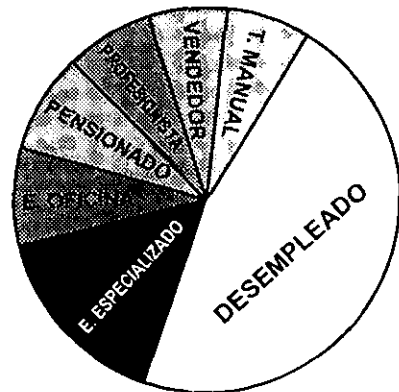
**DISTRIBUCION DE PACIENTES POR OCUPACION**

**CUADRO VII**

OCUPACION	n=	%
DESEMPLEADO	92	61.3%
TRabajador MANUAL	10	6.6%
TRabajador ESPECIALIZADO	13	8.6%
EMPLEADO DE OFICINA	13	8.6%
VENDEDOR	09	6.0%
PROFESIONISTA	09	6.0%
PENSIONADOS	04	2.6%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS

-  DESEMPLEADO
-  TRABAJADOR MANUAL
-  TRABAJADOR ESPECIALIZADO
-  EMPLEADO DE OFICINA
-  VENDEDOR
-  PROFESIONISTA
-  PENSIONADOS



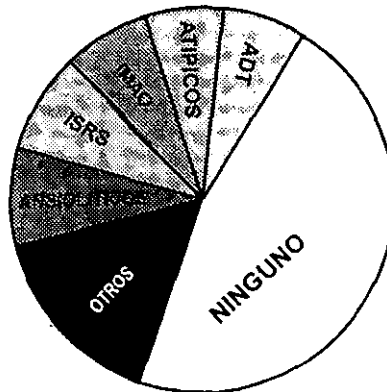
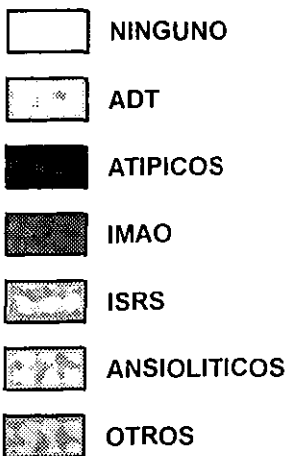
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR TRATAMIENTO RECIBIDO

CUADRO VIII

TRATAMIENTO	n=	%
NINGUNO	82	54.6%
CON TRATAMIENTO	68	45.3%
ADT	26	17.3%
ISRS	11	7.3%
IAMO	06	4.0%
ATIPICOS	01	0.66%
ANSIOLITICOS	13	8.60%
OTROS	11	7.30%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR DIAGNOSTICO DE ENVIO

CUADRO X

DIAGNOSTICO DE ENVIO	n=	%
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO	24	16%
SINDROME DEPRESIVO	34	22.6%
NEUROSIS DEPRESIVA	74	49.3
REACCION DEPRESIVA	05	%3.3
TRASTORNO DEPRESIVO	13	%8.6

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS





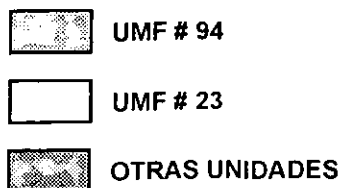
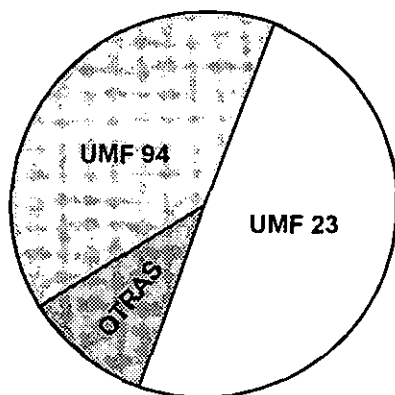
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR LUGAR DE ENVIO

CUADRO XI

LUGAR DE ENVIO	n=	%
UMF # 94	69	46.0%
UMF # 23	76	50.6%
OTRAS UNIDADES	05	3.3%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



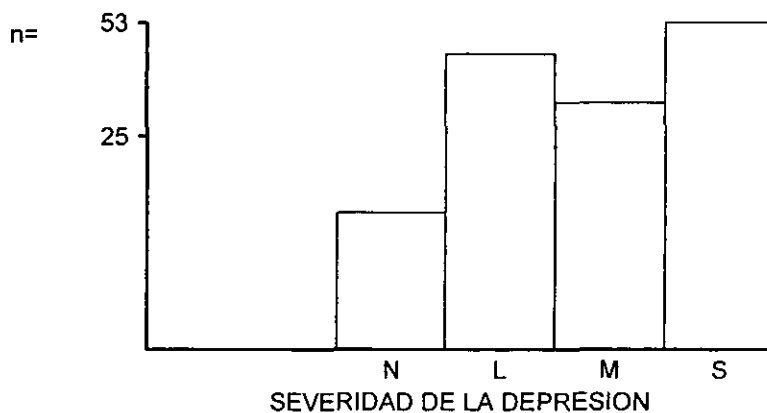
**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEVERIDAD DE DEPRESION

CUADRO XII

SEVERIDAD DE DEPRESION	n=	%
NORMAL (SIN DEPRESION)	16	10.6%
LEVE	50	33.3%
MODERADA	31	20.6%
SEVERA	53	35.3%

FUENTE: ENTREVISTA. SEVERIDAD DEPRESION. HPRUM 1999 IMSS



**SEVERIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS  
EN PACIENTES QUE ACUDEN A SU PRIMERA  
CITA A LA CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS**

**ANALISIS  
DE  
RESULTADOS**

## RESULTADOS

La distribución por sexo de la muestra de pacientes estudiada (n=150) resultó ser considerablemente más frecuente en el sexo femenino con un 82.66% (n=124) en comparación con el sexo masculino que se encontró en un 17.33% (n=26) como lo muestra el cuadro I y la gráfica anexa.

Respecto a la distribución de pacientes por grupo de edad tenemos que del total de la muestra el mayor porcentaje de pacientes se encuentra en un rango de 36 a 50 años con un promedio de edad de 45.15 años para los hombres y de 45.45 años para las mujeres; con un promedio de edad para toda la muestra de 45.40 años como lo muestra el cuadro II y la gráfica anexa.

Por otro lado la distribución de pacientes por religión que profesan arroja un 87.33% (n=131) para la preferencia por la religión católica y un 12.66% (n=19) para todas las otras religiones, como lo muestra el cuadro III y la gráfica anexa.

Considerando el grado de escolaridad de la muestra tenemos que el mayor porcentaje se encuentra en los rangos de primaria completa a carrera comercial, con un promedio de escolaridad de 8.78 años de instrucción para el grupo de mujeres y 10.5 años de instrucción para el grupo de hombres con un promedio de escolaridad para toda la muestra de 9.09 años, como lo muestra el cuadro IV y la gráfica anexa.

En cuanto a estado civil, el mayor porcentaje de la muestra corresponde a los sujetos casados con un 70.66% (n=116), seguidos del grupo de pacientes solteros, 15.33 (n=23) y, en tercer lugar el grupo de pacientes separados y/o divorciados con un 10.66% (n=16). Finalmente un pequeño porcentaje correspondiente al 3.33% (n=5) corresponde al grupo de viudos, como lo muestra el cuadro V y la gráfica anexa.

Del total de la muestra estudiada, un porcentaje significativo refieren su nacimiento en el Distrito Federal, con un 66.0% (n=99) teniendo aportaciones significativas de otros estado como Oaxaca 7.3% (n=11), Estado de México 6.6% (n=10), Veracruz con un 3.3% (n=5), y Guanajuato con un 3.3% (n=5); encontrándose otros estados de la República con una aportación menor al 2% de la muestra así como un paciente de procedencia extranjera al cual corresponde un 0.66%, como lo muestra el cuadro VI y la gráfica anexa.

En el rubro de ocupación encontramos que del total de la muestra un 61.3% (n=92) se refieren como desempleados, teniendo un porcentaje similar de 8.60% (n=13) para el ramo de trabajador especializado y empleado de oficina, seguidos por trabajadores manuales 6.6% (n=10), vendedores 6.0% (n=9) y profesionistas con el mismo porcentaje que los vendedores, teniendo en el grupo de pensionados a un 2.6% (n=4) como lo muestra el cuadro VII y la gráfica anexa.

Respecto al tratamiento instalado por los médicos de primer contacto y con el cual llegaron los pacientes al estudio; tenemos que un 54.6% (n=82) de la

muestra no recibieron ningún tipo de tratamiento. El total de pacientes que recibieron algún tipo del tratamiento previamente a ser referidos a un tercer nivel de atención tenemos a un 17.3% (n=26) con tratamiento a base de antidepresivos Tricíclicos, un 8.6% (n=13) con ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, un 7.3% (n=11) tratados con Inhibidores Selectivos de la recaptura de serotonina ISRS; un 4.0% (n=6) manejados con Inhibidores de la monoamino oxidasa IMAO; un 0.66% (n=1) con antidepresivos atípicos y un 7.3% (n=11) con otros psicofarmacos, como lo muestra el cuadro VIII y la gráfica anexa.

En lo que respecta al tiempo de administración de los medicamentos tenemos que un 26% (n=39) del total de la muestra están en el rango de 7 a 30 días de administración; un 10.6% (n=16) se ubican en el rango de 31 a 90 días de administración un 6% (n=9) están en el rango de 1 a 7 días de administración; un 2% (n=3) con un rango mayor a 365 de administración y; finalmente, un 0.66% (n=1) con un rango de 181 a 365 días de administración, como lo muestra el cuadro IX y la gráfica anexa.

Puntualizando; en cuanto al diagnóstico de envío tenemos que del total de la muestra 49.3% (n=74) fueron referido con diagnóstico de neurosis depresiva; un 22.6% (n=34) se diagnosticaron como síndrome depresivo; el 16% (n=24) fueron diagnosticados como trastorno mixto ansioso-depresivo; el 8.6% (n=13) recibieron el diagnóstico de trastorno depresivo y el 3.3% (n=5) fueron diagnosticados como reacción depresiva como lo muestra el cuadro X y la gráfica anexa.

Del total de la muestra tenemos a un 50.6% (n=76) referidos de la UMF No. 23 del IMSS, el 46% (n=69) enviados de la UMF No. 94 del IMSS y un 3.3% (n=5) de otras unidades médicas del IMSS, como lo muestra el cuadro XI y la gráfica anexa.

Finalmente en cuanto a la severidad de la depresión tenemos que el 35.3% (n=53) se encuentran con una puntuación mayor de 26 en la escala de Hamilton correspondiendo a depresión severa. Un 33.3% (n=50) tienen una puntuación de 10 a 18 en la misma escala, la cual corresponde a depresión leve. El 20.6% (n=31) tienen una puntuación entre 19 y 25 que corresponde a depresión moderada y el 10.6% (n=16) se calificaron con menos de 10 puntos lo cual corresponde a un estado normal o ausencia de depresión. Las puntuaciones globales de severidad de la depresión del total de la muestra correspondiente a 25.34 puntos para la muestra de hombres y a 29.27 puntos para la muestra de mujeres promediando una puntuación de 28.5 para el total de la muestra lo que corresponde a DEPRESION SEVERA, como lo muestra el cuadro XII y la gráfica anexa.

## DISCUSION

La muestra estudiada en la presente investigación corresponde a una muestra obligada debido a que fueron pacientes referidos de un primer nivel de atención observándose lo siguiente: predomina el sexo femenino con un 82.66% (n=124) coincidiendo con la bibliografía internacional en la que se documenta que el diagnóstico de depresión es más frecuentes en mujeres que en hombres teniendo en el presente estudio una relación de 5:1.

La edad de la muestra en promedio se ubica en 45.4 años, resultando no significativa la diferencia entre hombres y mujeres. Cabe destacar que la edad de corte mínima para nuestra muestra fue de 20 años debido a cuestiones operacionales del propio instituto.

La religión predominante en la presente muestra es la católica con un 87.33% (n=131) resultando significativo que un 12.6% (n=19) prefiere profesar otra religión diferente, esto considerando que estudios específicos sobre religión y cultos en la población mexicana han demostrado un 95% de preferencia por la religión católica.

En cuanto al nivel de escolaridad tenemos un 9.09 años de instrucción para el total de la muestra correspondiéndole 10.5 años de instrucción al grupo de hombres y 8.78 años de instrucción al grupo de mujeres; con una diferencia entre ambos grupos de 1.72 años de instrucción. Destaca que el promedio de escolaridad encontrado para la muestra corresponde fielmente a la media nacional de escolaridad que es de 9 años de instrucción.

El estado civil del mayor porcentaje de los pacientes de la muestra corresponde al grupo de casados 70.66% (n=116) lo cual resulta interesante ya



que estudios anteriores hacían referencia a que el diagnóstico de depresión era significativamente más frecuente en individuos solteros contrastando con los resultados obtenidos en este estudio.

El mayor porcentaje de los pacientes estudiados son originarios del Distrito Federal con 66% (n=99) lo cual es consecuencia de la regionalización de los servicios médicos del IMSS teniendo un porcentaje significativo de pacientes migrantes a la Ciudad de México procedentes predominantemente del sureste y del bajo. Pudiera resultar interesante el estudiar los fenómenos de transculturización en relación al trastorno depresivo.

Un porcentaje significativo del total de la muestra 61.3% (n=92) son referidos en el presente estudio como desempleados; los datos anteriores deben ser tomados con cautela debido a que más del 80% de la muestra corresponde a mujeres y; 75% de estas son casadas lo que permite inferir que en este momento se ocupan de las labores domésticas y que no están buscando empleo.

A pesar de que el presente estudio no se realizó con el fin de establecer una congruencia diagnóstico-terapéutica de los trastornos depresivos podemos observar una incongruencia entre el diagnóstico de depresión, el tipo de tratamiento farmacológico prescrito y el tiempo terapéutico recomendado para la remisión del cuadro.

Tenemos que un 54.6% (n=82) de los pacientes fueron referidos sin haber recibido previamente algún tipo de tratamiento medicamentoso específicamente orientado para la depresión; siendo, no obstante, tratadas con medidas generales entre las que destacan complementos vitamínicos y remedios naturales.

Por otro lado destacan los siguientes datos: un 8.6% (n=13) que fueron tratados exclusivamente con ansiolíticos de tipo benzodiazepínico de los cuales fue altamente significativo el uso de diazepam lo cual pudiera explicarse por la disponibilidad de psicofarmacos en el cuadro básico de medicamentos del médico familiar; lo anterior coincide plenamente con reportes de la bibliografía internacional en donde se ha encontrado este mismo hallazgo tal y como se comenta en el apartado de antecedentes.

En lo que concierne al diagnóstico de envío solo el 8.6% (n=13) fueron referidos con el diagnóstico de trastorno depresivo que se ajusta a la nomenclatura actual decretada por la OMS y plasmada en la CIE-10 y el 91.4% (n=37) recibieron diagnóstico de envío diferentes a este, generalmente correspondientes a nomenclaturas antiguas.

En cuanto a la severidad de la depresión, motivo principal del presente estudio podemos observar que la puntuación global para el total de la muestra es de 28.5 puntos, observándose una mayor incidencia en el diagnóstico de depresión leve 33.5% (n=50) con un segundo pico de incidencia en la puntuación correspondiente a depresión severa con un 35.3% (n=53).

Lo anterior podría explicarse a partir de la consideración de que los pacientes que cursan con un cuadro inicial de trastorno depresivo o por el contrario dicho cuadro se complica por un tratamiento mal orientado lo que provoca su referencia al tercer nivel de atención médica.

Cabe destacar que si bien se observaron incongruencias entre el diagnóstico, el tratamiento, el tiempo terapéutico y la codificación del diagnóstico de envío, la puntuación obtenida por el total de la muestra que es de 28.5 puntos y

que corresponde a un estado de depresión severa, muestra claramente que los médicos familiares que refirieron a estos pacientes pudieron detectar a los casos que ameritaban la intervención de un tercer nivel de atención médica.

Todo lo anterior nos habla de la importancia que tienen los programas de actualización y capacitación, dirigidos a los Médicos Familiares sobre tópicos relacionados con la Psiquiatría. Es de vital importancia que los psiquiatras y los trabajadores relacionados con el campo de la salud mental posibiliten un mayor acercamiento con los médicos de primer contacto, con la finalidad de dar una adecuada actualización sobre el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos; considerando que de acuerdo a la bibliografía internacional un porcentaje importante del motivo de consulta en un primer nivel de atención lo ocupan los Trastornos psiquiátricos y procesos afines.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Se dará una breve explicación verbal a los pacientes para su cooperación en la aplicación de la escala, posterior a su aplicación por el entrevistador se pedirá la firma del paciente además de la obtención de sus datos personales para los cuales no se tendrá contacto con el expediente médico; ya que no se trata de un estudio en el que se emplee algún procedimiento médico quirúrgico no es necesario obtener el consentimiento por escrito. Los investigadores firmarán una copia del protocolo como prueba de sus compromisos de ser llevado a cabo con la mayor seriedad posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. J Clin Psychiatry 1994;55:18-34.
2. Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, et al. Depression in primary care. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1993 ;31; 6: 19-28.
3. Olfson M, Klearman GL. The treatment of depression. J Fam Pract 1992;35; 6: 627-37.
4. Thompson C. Bridging the gap between psychiatric practice and primary care. Int Clin Psycho`pharmacol 1992; 7;2:31-6.
5. Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD et al. Subthreshold depression and depressive disorder. Am J Psychiatry 1994; 151;12:1777-84.
6. Callahan CM, Hendrie HC, Diltus RS et al. Improving treatment of late life depression in primary care. J Am Geriatr Soc 1994; 42; 8: 839-46.
7. Gonzalez JJ, Magruder KM, Keith SJ. Mental Disorders in Primary care services. Pub Health Rep 1994; 2: 251-8.

8. Munoz RF, Hollon SD, Mc Grath E et al. On the AHCPR depression in primary care guidelines. *Am Psychol* 1994; 49;1: 42-61.
9. Froom J, Hermoni D. The inventory to diagnose depression (IDD) in primary care patients. *Fam Pract* 1993 ; 10;3: 312-6.
10. Lish JD, Zimmerman M, Farber NJ et al. Psychiatric screening in geriatric primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995; 8;3: 141-53.
11. Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52;10: 850-6.
12. Salokangas RK, Poutanen O, Stengard E. Screening for depression in primary care. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92;1: 10-6.
13. Stein MB, Kirk P, Prabbhu V et al. Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *J Affect Disord* 1995; 34;2: 79-84.
14. Ustun TB, Goldberg D, Cooper J et al. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-10 PHC chapter five. *Br J Gen Pract* 1995; 45;393: 211-5.
15. Shear MK, Schulberg HC. Anxiety disorders in primary care. *Bull Menninger Clin* 1995; 59;2<sup>a</sup>: 73-85.

16. Schulberg HC, Madonia MJ, Block MR et al. Major depression in primary care practice. *Psychosomatics* 1995; 36;2: 129-37.

17. Simon G, Ormel J, Von Korff M at al. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152;3: 352-7.

18. Preskorn SH, Baker BS. Outpatient management of the depressed patient. *Dis Men* 1995; 41;2: 73-140.

19. Simon GE, Von Korff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4;2: 95-6.

20. Van der Meer K, Tiemens BG, Van der Brink W. Depression in primary helath care; inernational data on prevalence and treatment. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1996; 140;43: 2135-9.

21. Donoghue JM, Tylee A. The treatment of depression. *Br J Psychiatry* 1996; 168;2: 164-8.

22. Devons CA. Suicide in the elderly: how to identify and treatpatients at risk. 1996; 51;3: 67-72.

23. Brody DS, Khaliq AA, Thompson TL. Patients' perspectives on the management of emotional distress in a primary care setting. *J Gen Intern Med* 1997; 12;7: 403-6.
24. Alarcon FJ, Isaacson JH, Franco BK. Diagnosing and treating depression in primary care patients. *Cleve Clin J Med* 1998; 65;5: 251-60.
25. Brown. C, Schulberg Hc. Diagnosis and treatment of depression in primary medical care practice. *J Clin Psychol* 1998; 54: 303-14.
26. Simon GE. Can depression be managed appropriately in primary care? *J Clin Psychiatry* 1998; 59;2: 3-8.
27. Beeber LS, Charlie ML. Depressive symptom reversal for women in primary care setting: a pilot study. *Arch Psychiatry Nurs* 1998; 12;5: 247-54.
28. Simon GE, Katun W, Rutter C et al. Impact of Improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med* 1998; 28;3: 693-701.
29. Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW et al. Consequences of major and minor depression in later life. *Psychol Med* 1997; 27;6: 1397-409.
30. Garcia R, Rabasa C, Mac Gregor C. Plan General de Psiquiatría y Salud Mental 1987: 20-8.



## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An Inventory for measuring-depression. Arch of Gr Psychiatry 1984; 561-71.

Bech P, Rafaelson OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelson Melancholia Scale. Act Psych Scand 1980; 62;285: 128-31.

Blacker CU, Clare AW. The Prevalence and treatment of depression in general practice. Psychopharmacol 1988; 95: 514-17.

Blazer DG, Kessier RC, Mc Gogagle KA et al. The Prevalence and distribution of major depression in a national community sample. Am J Psychiatry 1999; 151: 979-86.

Caraveo BJ, Feinberg M, Smouse PE et al. The Carroll Rating Scale for depression. Br J psychiatry 1981; 138: 382-89.

Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TG. Depression rating scales: a critical review. Arch Gen Psychiatry 1973; 28: 361-66.

Davenport S, Goldberg D, Millar T. How psychiatric disorders are missed during medical consultations. Lancet 1987: 439-40.

De la Fuente R. Desordenes de la efectividad. Depto. de Psiquiatria y salud mental 1995; 18-27.

Fann JR, Tucker GJ. Mood disorders with general medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 1995; 8: 13-18.

Hamilton M. A Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 278-96.

Hamilton M. A Rating Scale for depression. *J Neurol Neurosurg and Psych* 1960; 23: 56-62.

Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general out patient clinic. *Psychol Med* 1993; 23: 167-73.

Katun W, Blizzard R, Mann A et al. General Practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br J Gen Practice* 1995; 45: 89-92.

Kassler D, Lloyd K, Lewis G et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318: 436-9.

Lara MC, Ortega SH. ¿La Clinimetría o la Psicometría? Medición en la Práctica psiquiátrica. *Salud Mental* 1995; 18;4: 33-40.

Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relations of psychopathology in general medical in patients to use and cost of service. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1498-505.

Lipowski ZJ. Is the education of primary care physicians adequate? *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 351-62.

Lock J, Walsh M. Development and implementation of depression care along the health care continuum. *J Nurs C Qual* 1999; 13;3: 13-22.

Lopez Ibor JJ et al. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research 1993: 112-22.

Lopez M. Depresión, sufrimiento y liberación. *Rev Mex de Psiqu Inf* 1996; 5: \$1-4.

Margolis RL. Nonpsychiatric house-staff frequently misdiagnose psychiatric disorders in general hospital inpatients. *Psychosomatics* 1994; 35: 485-91.

Marks JN, Goldberg D, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9: 337-53.

Montgomery SA, Asberg MA. A New depression Scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-89.

Oliver JM, Simmons ME. Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview Schedule and The Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *J Clin Psychol* 1985; 41: 1990; 720: 909-23.

Ormel J, Van den Brink W, Koeter MW et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care. *Psychol Med* 1990; 720: 909-23.

Perez SE, Miranda J, Yiang Y. Depression in medical out patients. *Arch Int Med* 1990; 50: 1068-88.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier y et al. Depression comorbid with anxiety. *Br J Psych* 1996; 168: 38-43.

Schulberg HC, McClelland M. A Conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. Unexplained physical symptoms. *Psychol Med* 1996; 26: 754-52.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenk et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.

Shore JH. Psychiatry at a cross road:our role in primary care. Am J Psychiatry 1996; 153;11: 1398-403.

Snaith P. What do depression rating scales measure? Br J Psychiatry 1993; 163: 293-98.

Thase ME, Hersen M, Bellack AJ et al. Validation of a Hamilton Subscale for endogenomorphic depression. J Affect Disord 1983; 5: 267-78.

Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? Br J Gen Pract 1993; 43: 327-30.

Williams P, Skuse D. Depressive Thoughts in general practice attenders. Psychol Med 1998; 18: 469-75.