

UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

11226²

10
2e

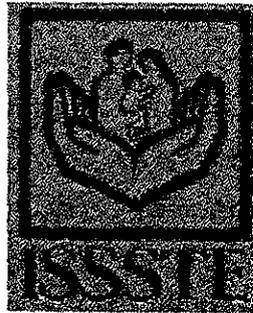
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE MERIDA YUCATAN.**



**PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN USUARIOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
REGIONAL ISSSTE MERIDA YUCATAN**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "ISSSTE MERIDA"**

DRA. AIDA LEONOR RODRIGUEZ GIL

MERIDA, YUC. MEXICO,

1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28/1006



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.

PF6UNACION

DESCONTINUA

**PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN USUARIOS DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE
MERIDA, YUCATÁN.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA
DRA. AIDA LEONOR RODRIGUEZ GIL**

A U T O R I Z A C I O N E S



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION DE DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. AIDA LEONOR RODRÍGUEZ GIL

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN USUARIOS DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL
ISSSTE MERIDA YUCATÁN.

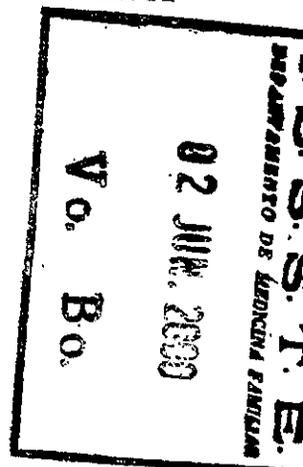

DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN MERIDA
YUCATÁN.


DR. JACINTO MIGUEL RAMÍREZ BAHENA
ASESOR DE TESIS ISSSTE


DR JOSÉ VILCHIS CASTRO
ASESOR DE TESIS UNAM
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR


DRA. LETICIA EZNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E

MERIDA, YUCATÁN, ENERO 2000



INDICE

Marco Teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	26
Justificación.....	27
Objetivos.....	28
Hipótesis.....	29
Metodología	
Tipo de estudio.....	29
Población, lugar y tiempo.....	30
Tipo y tamaño de la muestra.....	30
Criterios de selección, inclusión, exclusión y eliminación.	30
Variables.....	31
Procedimiento para captar la información.....	32
Consideraciones éticas.....	34
Resultados	
Tablas y gráficas.....	35
Descripción de resultados.....	67
Análisis de resultados encontrados.....	69
Conclusiones.....	72
Sugerencias como médico familiar.....	74
Bibliografía.....	75
Anexos.....	80

MARCO TEORICO

La depresión viene del vocablo latín *Depressio* (hundimiento) donde realmente el paciente se siente como hundido con un peso agobiante sobre su existencia y sobre su devenir vital y que cada vez lo entorpece más y mas para poder vivir plenamente ⁽¹⁾.

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes de nuestra época y aunque existe desde tiempos muy remotos, tiene aún vigencia ⁽¹⁴⁾.

Está clasificada en el DSM-IV (1994) dentro de los trastornos del estado de ánimo ⁽³⁰⁾. Los cuales se caracterizan de acuerdo a Kaplan (1997) "por una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con él" ⁽²¹⁾.

La depresión en particular está caracterizada por pérdida de interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito, ideas de muerte o suicidio, sentimientos de minusvalía y menosprecio ⁽³⁹⁾.

El término depresión en muchos casos es utilizado como sinónimo de una tristeza profunda la cual es normal como reacción ante un evento o experiencia adversa o ante la pérdida y que tiende a desaparecer en un tiempo razonable, sin embargo cuando este estado emocional es persistente y hay problemas para enfrentar satisfactoriamente los eventos cotidianos, es muy probable que el paciente haya desarrollado una enfermedad depresiva ⁽⁹⁾. Styron (1992), proporciona una descripción de las diversas manifestaciones de la enfermedad entre las cuales se encuentran: "El odio por uno mismo, la sensación de que uno no vale nada, una "húmeda tristeza" con una melancolía que me invade, una sensación de temor y alienación y sobre todo una sofocante ansiedad" ⁽⁴²⁾.

Causas de la depresión

Se piensa que la enfermedad depresiva es causada multifactorialmente es decir, que son varios los elementos que toman parte en la producción de un cuadro depresivo, desarrollándose cuando dichos factores de vulnerabilidad interactúen en un momento dado ⁽⁹⁻²¹⁾.

Los factores considerados como tales, son los siguientes.

a) Factor Genético

Los hijos de personas depresivas tienen mayor riesgo a verse afectados por la enfermedad que los hijos de sujetos que nunca han presentado depresión, ya que desde luego, los integrantes de una misma familia comparten en buena medida su ambiente físico y social (específicamente durante sus primeros años de desarrollo). Estudios cuidadosos han demostrado que la vulnerabilidad a la depresión puede transmitirse por genes específicos. El modelo actual más aceptable de influencia genética en la depresión, es el que varios genes están implicados en la asignación de características (rasgos de personalidad tales como ansiedad o impulsividad, o atributos de constitución física como puede ser, por ejemplo, la propensión a la mala salud física) que determinan ciertos grados de vulnerabilidad. Cuando esos genes se exponen a otros interactivos (físicos, psicológicos o sociales) pueden provocar un episodio de depresión. Conocer los antecedentes familiares y genéticos de una persona ayuda a establecer un diagnóstico acertado en casos difíciles ⁽²¹⁾.

b) Factor psicológico

Algunas investigaciones han postulado que ciertas experiencias de los primeros años de vida, como la muerte o la separación de los padres incrementan la predisposición del sujeto para la depresión. Por otra parte, ciertos rasgos de la personalidad, como la preocupación excesiva, la baja autoestima, la dificultad para expresar sentimientos, la inseguridad, la dependencia o el perfeccionismo y las expectativas demasiado elevadas frente a uno mismo o a los demás, traen por consecuencia mayor riesgo de sufrir depresión ⁽⁹⁾. Kaplan y Sadock (1994), consideran que en algunos pacientes depresivos hay una organización premórbida de la personalidad. Los pacientes deprimidos suelen desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros, y además se sienten culpables ⁽²¹⁾.

Asimismo por lo general se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un super ego fuerte, relaciones interpersonales independientes, maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión. La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica ⁽⁹⁾.

c) Factor biológico

La enfermedad depresiva puede aparecer después de ciertos problemas físicos tales como: infecciones, enfermedades crónicas o por la administración de algunos medicamentos. También puede presentarse en las mujeres después del parto. Todo lo anterior ha generado investigaciones biomédicas que han descubierto alteraciones del equilibrio químico en las células del cerebro. Este grupo de sustancias químicas llamados neurotransmisores, son las encargadas de regular la actividad eléctrica del cerebro. Su función en la conducción de impulsos eléctricos entre células nerviosas quedó ampliamente demostrada en el control de una actividad relativamente sencilla, como el movimiento de músculos voluntarios y la recepción de sensaciones simples, como el sonido, el siguiente paso fue investigar el papel que dichas sustancias desempeñan en la creación de ideas, estados de ánimo, etc; lo cual constituye la actividad consciente más complicada de la mente humana. Se ha determinado importante incidencia de ciertas sustancias químicas en regiones específicas del cerebro y se supone que participan en las funciones desempeñadas por dichas regiones ⁽²¹⁾.

Según Wender y Klein (en Papalia y Wendkos, 1988), un grupo de neurotransmisores en particular, la serotonina, dopamina y norepinefrina, conocidos como aminas biógenas, se consideran implicadas en el origen de la depresión. La escasez de estas aminas enviadas a través del cerebro puede causar depresión ⁽³³⁾.

d) Factor Ambiental

Los acontecimientos estresantes de la vida, especialmente cuando son graves y prolongados, aumentan la vulnerabilidad del individuo a padecer depresión. En este punto, puede ubicarse la problemática relacionada con el trabajo, las finanzas, la relación conyugal o familiar ⁽⁹⁾.

Conforme se acumulan los antecedentes del paciente, se observa que las crisis recurrentes tienden a desarrollar un patrón cíclico de presentación, de modo que puede llegarse ya a mejores conclusiones sobre la probable evolución futura. En general, cuanto más temprana sea la edad del inicio, más probable es que haya recurrencia. Por lo general la investigación confirma la relación entre los sucesos vitales y la depresión ⁽²¹⁾.

Breve reseña histórica de la depresión

Kaplan (1994) hace una breve recopilación de la historia del trastorno mental depresivo en la cual, Hipócrates ya desde el año 450 A.C. había utilizado el término melancolía para describir una alteración mental, Celso se refirió a la melancolía como una depresión producida por bilis negra. En 1854 fue Falret quien describió la enfermedad folie circulaire, en la cual se experimentaba una alternancia en el estado de ánimo entre manía y depresión. En esa misma época Baillarger describe una enfermedad llamada folie á double forme, en la cual el paciente se deprimía por completo caía en un estado de estupor del cual poco a poco se recuperaba. En 1896 Kraepelin desarrolla el concepto de enfermedad maniaco-depresiva, el cual contiene ya en esos momentos muchos de los

criterios actualmente utilizados. Explicaba también en ese momento que era una enfermedad que no culminaba en la demencia o el deterioro. Fue el también, el responsable de la clasificación de melancolía involutiva, la cual es una depresión que surge en hombres y mujeres en edades adultas maduras ⁽²¹⁾.

La depresión al igual que la mayoría de los trastornos mentales ha pasado por procesos de tratamiento muy variados, entre los cuales encontramos históricamente, desde tratamientos empíricos no científicos como el de los humores corporales, la brujería por la creencia de que algún espíritu maligno y poderoso habitaba en el cuerpo del paciente, hasta llegar al manejo integral actual. Hoy en día se sabe más acerca de la enfermedad depresiva al igual que de otros trastornos mentales y su origen en muchos casos radica en la interacción de experiencias de aprendizaje y emotivas vividas en la infancia del paciente y a su relación con una vulnerabilidad biológica o genética, actualmente conocida como un modelo de diátesis-estrés. Así por ejemplo, la hipótesis bioquímica se apoya en los cambios internos del cuerpo del individuo, en el cual hay deficiencias en la captura de algunas sustancias a nivel cerebral o hay también la posibilidad de que algunas enfermedades fisiológicas traigan complicaciones o que sean los tratamientos medicamentosos contra algunas de estas enfermedades los que causen la enfermedad depresiva ⁽²¹⁾.

EPIDEMIOLOGIA

Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el próximo año ocupará el segundo lugar. Podría afirmarse que es el padecimiento más frecuente en el campo

de la psiquiatría. Se señala por la división de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud una prevalencia en la población general entre el 3 % y el 15 %, lo que significa que existen entre 100 y 200 millones de pacientes depresivos, entre pacientes psiquiátricos esta cifra llega hasta un 50 %. A pesar de que la morbilidad de la depresión alcanza un 15 % a lo largo de la vida, sólo un 22 % de los sujetos deprimidos consultan por este motivo y solamente un 2 % realiza una consulta con un psiquiatra, lo que se ha denominado en epidemiología como Fenómeno de Iceberg (44-14).

Los trastornos depresivos tienen una prevalencia del 4.4 % en la población en general. En el ámbito internacional se reporta una frecuencia del 10 %. Existen estudios epidemiológicos que sugieren que la incidencia de la depresión se ha incrementado en los últimos años ⁽²⁵⁾.

En la República Mexicana, los reportes de la consulta externa sobre la frecuencia de depresión en el IMSS (1989-1990) son del 50.1 % ⁽¹⁰⁾.

Los trastornos depresivos son totalmente heterogéneos; en la población joven se observa favorecido por el período de transición a la etapa adulta, en la cual se prepara para convertirse en un profesionista y trabajador, situación que motiva la definición de relaciones con la sociedad, y requiere la estabilización de la autoestima, esto genera en el adolescente sentimientos diversos tales como temor a la soledad, a la responsabilidad, al fracaso, así como estrés. Esta condición sociohistórica motiva diversos estados depresivos que puede llevar a la autodestrucción ⁽¹⁵⁾.

El padecimiento de la depresión es común en la población en general, con una prevalencia del 5 %. Sin embargo de 10 a 15 % de cualquier población médica tiene depresión considerable; en pacientes con enfermedades crónicas, prevalece con tasas del 25 al 50 % ⁽³¹⁾.

Estudio realizado por Caraveo A. Jorge y Cols, sobre la prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados en la ciudad de México reportan que de acuerdo a los criterios diagnósticos de investigación de la clasificación internacional de las enfermedades 10a. Edición, únicamente 13.9 de cada 100 enfermos acudieron con algún profesional de la salud mental. Los resultados mostraron que el acceso a una institución de salud (afiliación y principalmente como un indicador económico indirecto, ha favorecido la búsqueda específica de atención especializada. Las mujeres son las que mayor disposición tienen para expresar sus problemas personales con un profesional, mostrando una asociación con la demanda de los servicios. Finalmente, los obstáculos sociales, el trabajo y la opinión de los jefes para los hombres y de familiares y amigos en las mujeres se mostraron como las barreras principales para la búsqueda de atención especializada. Asimismo, en ambos sexos opinan que los médicos familiares pueden ser de gran ayuda no acuden a ver especialistas.

La tasa de prevalencia encontrada de episodios depresivos durante la vida sin excluir el trastorno bipolar, representó 8.3 por cada 100 habitantes de la ciudad de México entre 18 y 64 años. Las tasas específicas por genero mostraron un claro predominio de las mujeres. En los hombres la tasa de 5.60 y de mujeres 10.30 ⁽⁸⁾.

La depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad ⁽²⁰⁾.

La depresión es una enfermedad endémica por excelencia. En cualquier parte del mundo, en todos los estratos sociales, económicos y culturales, se presenta. 16 de cada 100 mujeres; 8 de cada 100 hombres en algún momento de su vida, padecen esta terrible enfermedad. Enfermedad que es más frecuente que la H.T.A.; Que cada año cobra más vidas que el SIDA, que muchas veces ni siquiera es identificada. Las personas entre los 25 y 35 años de edad son las que más la padecen, siendo esto, en uno de los períodos, que generalmente es de los más productivos en la vida de cualquier ser humano ⁽¹³⁾.

Un estudio aplicado en una encuesta de hogares en la población urbana a nivel nacional midió la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. La muestra quedó integrada por 888 hombres y 1096 mujeres, lo que dio un total de 1984 personas adultas de 18 a 64 años. La prevalencia global estimada fue de 16.7 %; adicionalmente la epilepsia alcanzó 3.7 %. Los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo fueron mas frecuentes entre las mujeres. La prevalencia global por género fue de 19.5 % en las mujeres mientras que en los hombres fue de 14.3 %. En los trastornos más severos no hubo diferencias entre ninguno de los 2 géneros ⁽⁷⁾.

Lawrence C. Kolb (1992) menciona que la frecuencia de psicosis involutiva de tipo depresivo es 2 a 3 veces mayor en las mujeres que en los hombres siendo mas frecuente en las mujeres cerca de los 50 años y en los hombres cerca de los 60. El paciente se encuentra en un período de stres psicofisiológico durante el cual las amenazas cada vez mayores a una personalidad insegura tienden a producir angustia, depresión de acciones paranoides o los tres síntomas juntos. Kolb menciona que existe también el hecho de enfrentarse a los cambios del envejecimiento y todo lo que esto conlleva en este período. No es fácil este nuevo ciclo de vida donde todo lo aprendido ya no funciona, ahora los problemas son nuevos y más difíciles tanto de tipo psicológico como biológico, aumentando de esta forma la inseguridad al ver que los viejos errores no se pueden reparar así como la facilidad de tener éxito se hace cada vez mas lejana ⁽²²⁾.

La depresión clínica es muy diferente de las tristezas que todo el mundo siente de vez en cuando y aún en un luto. Es más debilitante y peligroso, y la sobreacogedora tristeza se combina con un número indeterminado de otros síntomas. Además de estar preocupado por el suicidio, mucha gente es plagada por la culpa y una apreciación del no valer la pena. Constantemente tienen dificultad para pensar claramente, recordando o presionándose por cualquier cosa ⁽³²⁾.

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por pérdida en el estado de ánimo, el cual se torna depresivo, pérdida del apetito, con la consecuente pérdida de peso; pérdida de interés en todo tipo de actividades, tanto de trabajo como recreativas; pérdida del poder-sueño, caracterizado por despertar en la madrugada y no poder volverse a dormir.

Pérdida de la energía física, lo que lleva a la persona a vivir una fatiga importante y prácticamente permanente. Pérdida de la autoestima, la que lleva a la persona a considerar que no vale nada, que no sirve para nada. Pérdida de la esperanza en el futuro, lo que hace que la persona vea todo negro, con pesimismo, con desesperanza. También se puede dar la pérdida del deseo sexual. No siempre están presentes la mayoría de estas manifestaciones. Hay variantes de una persona a otra. Y para considerarse enfermedad, deben estar presentes por lo menos 2 semanas cuando es muy severa o 2 años cuando es leve. Puede convertirse en una urgencia médica, cuando la persona tiene ideas de muerte y efectúa un intento de quitarse la vida, por el intenso dolor emocional que está viviendo, el cual se ha vuelto insoportable y por no ver salida alguna a su situación toma la puerta falsa ⁽⁴⁰⁾.

De acuerdo con los diferentes estudios llevados a cabo sobre el riesgo de padecer un episodio depresivo (prevalencia) durante el transcurso de la vida, se encontró que éste es casi de 6 % en los hombres y de 12 % en las mujeres. La mayor incidencia y prevalencia se presenta entre los 20 y 45 años de edad. Estudios recientes, provenientes de Inglaterra y de Estados Unidos han demostrado que la depresión suele presentarse en etapas más tempranas sobre todo en las mujeres con antecedentes familiares de depresión, desde hace tiempo se ha sostenido la hipótesis de que un estado estresante prolongado, puede generar un cuadro depresivo, la depresión nunca debe confundirse con los sentimientos transitorios de infelicidad y tristeza que son componentes frecuentes que acompañan al ser humano durante el ciclo vital y que desaparecen espontáneamente ⁽¹⁹⁾.

E. Rodrigo y Cols. Estudiaron la depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna del hospital general del ISSSTE de Tacuba Méx. DF. El 76.6 % padeció algún grado de depresión en alguna etapa de su enfermedad; se reportó depresión moderada con predominio en el sexo femenino. Concluyen enfatizando la importancia de la detección oportuna de la depresión, ya que el paciente diabético deprimido favorece el curso natural de su enfermedad hacia las complicaciones ⁽³⁴⁾ .

Estudio realizado por Garduño y Cols sobre frecuencia de la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 reportan una frecuencia de depresión del 46 % en pacientes de DM 2, en la Cd. De México, frecuencia alta, en relación a estudios previos y asociación significativa del genero femenino. Ya reportado previamente ⁽¹⁶⁾ .

Los factores de riesgo para la depresión más a menudo mencionados son de naturaleza sociodemográfica. Así, los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo y una baja escolaridad. En este estudio llama la atención el hecho de que, durante los últimos 30 años en la bibliografía especializada se ha hecho mención constante a las tasas de incidencia y prevalencia de trastornos depresivos, los cuales son significativamente mas altos entre las mujeres que entre los hombres. Por esta razón Dohrenwend y Crandall y Craig y Van Natta sugieren que la duración del síntoma es un factor mucho más importante que la presencia del mismo para determinar la existencia de un trastorno mental. En el presente estudio se puede encontrar que los casos de depresión clínica en mujeres, se caracteriza por la ausencia de afecto positivo y por la

presencia de afecto negativo. Entonces la falta de afecto positivo y la presencia de afecto negativo debe interpretarse de acuerdo con el contexto sociocultural con el que se desenvuelven estas mujeres. Proponiendo que las características mencionadas representan aspectos importantes del funcionamiento psicológico de estas mujeres. Podrían interpretarse como manifestaciones culturales que la mujer debe observar sobre todo en las poblaciones rurales de acuerdo al estereotipo tradicional; esto es, la que sufre, la que no se permite ser feliz por que su papel social implica la sumisión, la abnegación y la renunciación. Con esta interpretación, no se niega la existencia de la depresión en las mujeres de los medios rurales, sino que se establece la posibilidad de que la expresión de la sintomatología depresiva sea diferente, pues al parecer se manifiesta en la intensidad del síntoma más que en la presencia del mismo ⁽⁴³⁾.

Roth y cols., Gurney y cols. y Schapira y cols. han comparado los datos biográficos, clínicos y pronósticos de los pacientes con estado de ansiedad frente a los pacientes con enfermedad depresiva, demostrando que estos dos trastornos son independientes y no simples variantes clínicas de un trastorno afectivo. Así, se ha podido constatar que los pacientes ansiosos reportan con mas frecuencia ansiedad social y desajuste que los pacientes deprimidos, son mas sensibles a los comentarios críticos y sufren con mas frecuencia de la ansiedad causada por el estrés cotidiano. La edad de comienzo es mas precoz en los estados de ansiedad que en la enfermedad depresiva y la duración de la enfermedad es significativamente mas corta entre los componentes del grupo depresivo ⁽²⁾.

Constituyen síntomas específicos de la ansiedad: 1.- hipervigilancia, tendencia al sobresalto. 2.- tensión motora. 3.- percepción de peligro. 4.- evitación fóbica. 5.- incertidumbre, inseguridad. 6.- insomnio de conciliación.

La depresión clínica se caracteriza por un estado de ánimo dominado por la tristeza y la desgana. El individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de disfrutar de las cosas que le rodean. Pierde el interés por el entorno y le resulta difícil concentrarse. En ocasiones el estado de ánimo predominante no es la tristeza, sino la irritabilidad, el aburrimiento o la incapacidad para reaccionar afectivamente. Asociado a este estado de ánimo característico, el paciente deprimido puede presentar un amplio abanico de síntomas, siendo los principales en orden de frecuencia los siguientes: 1.- retardo psicomotor. 2.- percepción de pérdida. 3.- falta de interés, anhedonia. 4.- desesperanza. 5.- conducta suicida. 6.- autodepreciación, indignidad, culpabilidad. 7.- insomnio tardío. 8.- agravación matutina ⁽²⁾.

Estudio realizado por Asunción Lara, María Elena Medina y Colaboradores sobre la utilización de servicios para problemas de salud mental en una muestra urbana en donde se compara el uso de servicios de las mujeres y de los hombres se encontró que en los casos de depresión severa, las mujeres acuden menos con amigos y familiares y solicitan más ayuda profesional, mientras que los hombres indican que no solicitan ayuda porque piensan que otra persona los puede ayudar y porque no desean dejar de trabajar por las consecuencias económicas que esto puede ocasionar. Las diferencias encontradas en las personas con depresión

moderada se refiere al tipo de ayuda formal a la que acuden. Los varones acuden a especialistas privados y a centros de salud especializados. Mientras que las mujeres acuden a algún servicio de salud mental de seguridad social y las razones más frecuentes que dan para no solicitar ayuda son por vergüenza, porque nadie podría entenderlas, por falta de disponibilidad del servicio y por no tener quien les cuide a sus hijos. En el segundo estudio se observó que son pocas las mujeres que solicitan ayuda cuando padecen síntomas depresivos mientras que cuando el problema lo presenta alguno de sus hijos acuden más a instancias formales de atención que cuando son ellas quienes lo padecen. En el área rural se encontró que las comunidades carecen de servicios especializados lo que limita las posibilidades de obtener un tratamiento adecuado. El uso generalmente de servicios alternativos, como la ayuda de amigos, el apoyo de sacerdotes y la ayuda de remedios caseros como soluciones viables a sus problemas. Las mujeres mostraron niveles más altos de sintomatología depresiva (hombres: $x=23.4$; mujeres: $x=25.2$) así como una mayor frecuencia de intentos de suicidio (72.9 % las mujeres; 27.1 % hombres). La ayuda más frecuentemente solicitada tanto en los casos de depresión como de intentos de suicidio, fue la de familiares y amigos seguida por la automedicación y por los remedios caseros; en tercer lugar se solicitó ayuda de sacerdotes y ministros religiosos ⁽²⁴⁾.

El costo promedio nacional del manejo de depresión es de \$ 1292.00 pesos y ocupa el 3er. Lugar en el país; de costos económicos, el IMSS es la institución de salud más demandada por depresión, la erogación es equivalente a los costos utilizados para manejo de otras enfermedades crónico degenerativas ⁽³⁵⁾.

En Estados Unidos la depresión ocupa el segundo lugar después de las enfermedades cardiovasculares en lo que a pérdida de tiempo, de trabajo y productividad se refiere. El costo atribuido a la depresión en U.S.A. totaliza 44,000 millones de dólares en 1993 ⁽¹⁷⁾.

Los cambios epidemiológicos, en las demandas y en los costos de producción, plantean la necesidad de identificar indicadores económicos para asignar los recursos, y de organización de los sistemas de salud que garanticen un uso cada vez más eficiente de los recursos ⁽²⁸⁾.

Feinstein en 1970 acuñó el término comorbilidad. La depresión puede coexistir con diferentes trastornos; existe una asociación frecuente con los trastornos de angustia, los trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad y con el uso del alcohol y/o drogas. Los estudios familiares de los pacientes con crisis de angustia han demostrado su asociación con la depresión mayor y el alcoholismo; la depresión y la angustia coexisten frecuentemente hasta en un 50 % de los casos, lo cual es importante clínicamente, ya que la evolución de estos trastornos puede ser distinta y con un curso clínico más desfavorable y mayor recurrencias durante el tratamiento que los que tienen únicamente crisis de angustia. Algunos investigadores consideran que la combinación de las crisis de angustia y la depresión mayor constituyen una entidad diagnóstica específica. Se ha observado que la presencia de depresión concomitante se asocia a una mayor severidad de los síntomas y a una alta frecuencia de recaídas ⁽²⁶⁻³⁶⁾.

Pitts y Winokur encontraron en los siguientes estudios clínicos en pacientes depresivos que entre 748 pacientes consecutivos, 37 (4.9 %) reportaron un posible o definitivo suicidio en un primer grado relativo ⁽³⁸⁾.

La depresión es un trastorno potencialmente mortal, ya que cerca de un 15 % de los individuos que la padecen se quitan la vida. La depresión es causa de la mitad de los suicidios registrados, la segunda causa es el alcoholismo. En nuestro estado el suicidio representa un serio problema multifactorial de salud, a nivel nacional la tasa promedio es de dos suicidios por cada cien mil habitantes, pero en el sureste que comprende a Yucatán, la media es de cuatro por cada cien mil habitantes, esto no es más que el reflejo del elevado número de personas con problemas emocionales por ejemplo la depresión, y que por la escasa cultura médica y el estigma social de la enfermedad mental entre nuestra población, en pocos casos se acude a recibir ayuda médica especializada. Aproximadamente un 50 % de los sujetos suicidas padece de depresión, por lo que siempre se debe de tener presente el riesgo de intento suicida y por lo mismo se debe de evaluar constantemente al paciente en este sentido, se debe de interrogar de manera directa acerca de los pensamientos suicidas, que tan frecuentemente los tiene y si existe un plan estructurado para llevarlo a cabo. La evaluación acerca de planes suicidas no debe realizarse sólo en las primeras entrevistas, cuando la sintomatología depresiva es intensa, sino a todo lo largo del tiempo de tratamiento, ya que se ha observado que el riesgo suicida se incremento cuando el paciente recupera el impulso o se siente con la energía para llevarlo a cabo o bien, cuando el paciente ha notado mejoría importante de la sintomatología y por alguna razón nota la reaparición de la depresión momentáneamente. Los factores de riesgo para el suicidio son: para intento suicida el ser mujer, para suicidio consumado el ser varón, historia de intentos suicidas previos, antecedentes familiares, delirios o alucinaciones. Falta de apoyo social, abuso de alcohol y/o sustancias y angustia intensa. En algunos casos los pacientes llegan a

suicidarse inclusive recibiendo atención psiquiátrica óptima y tratamiento antidepresivo adecuado.

La depresión aumenta el riesgo de morir por un padecimiento físico como el infarto cardíaco y el cáncer. "Tiene un impacto negativo en los individuos sobre diferentes dimensiones de la personalidad, el impacto económico de la depresión incluye el costo del tratamiento y la falta de productividad debido a la enfermedad o a la muerte; el costo de la depresión es comparable al de otras enfermedades, pero aunque su tratamiento tiene resultados muy buenos su detección es baja.

En comparación con otras enfermedades, ésta tiene un inicio a edades tempranas y tiende a persistir durante años. A diferencia de pacientes con otras enfermedades, sólo uno de cada tres pacientes busca tratamiento. La dificultad para tratarla así como el estigma social de la enfermedad mental han obstaculizado los esfuerzos para resolver este serio problema de salud (11-45-41-17).

La prevalencia para los trastornos depresivos son las siguientes. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida varía entre el 10 % y el 25 % para las mujeres y entre el 5 % y el 12 % para los varones, la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 % y el 9 % para las mujeres y entre el 2 % y el 3 % para los varones. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno distímico es aproximadamente del 6 %, la prevalencia puntual es del 3 %. La prevalencia de los trastornos bipolares en las muestras de población general, indican para el trastorno bipolar tipo I una prevalencia entre el 0.4 % y el 1.6 % y para el trastorno bipolar tipo II su prevalencia es

aproximadamente del 0.5 %. La prevalencia del trastorno ciclotímico es de 0.4 % a 1.6 % ⁽⁵⁻⁶⁻⁴⁵⁾.

Estudios nacionales como el de Caraveo y cols en 1997 acerca de morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México reportan una prevalencia del 8.7 % de episodios depresivos a lo largo de la vida; así como una prevalencia puntual del 4.3 % de trastornos depresivos. Otros estudios nacionales reportan una prevalencia para la depresión hasta del 14.1 % y que es más frecuente en el sexo femenino. Diversos estudios reportan una comorbilidad de hasta un 50 % entre depresión y angustia ⁽⁶⁾.

En nuestro estado solamente se cuenta con 2 investigaciones referentes al tema. Una de ellas es un estudio realizado entre la población adolescente rural durante el ciclo escolar 1994-1995, en el que se concluyó que la prevalencia de cuadros depresivos fue de 12.1 % ⁽⁴⁶⁾. Durante 1998 se realizó un estudio en la comunidad de kopomá a población abierta donde se encontró que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en esta población fue del 13.5 % y que la edad y los antecedentes heredofamiliares de depresión son factores de riesgo en un 17.67 % y un 8.44 % respectivamente para el trastorno depresivo mayor ⁽²⁸⁾.

El diagnóstico de depresión no es siempre inmediato y estudios han encontrado que menos de la mitad de los pacientes depresivos con otros padecimientos médicos son diagnosticados, y de estos pacientes, únicamente el 30 % recibe la terapia adecuada. Los síntomas de la depresión son frecuentemente confundidos con síntomas de males crónicos y agudos. Cuando los síntomas de la depresión son identificados,

pueden ser aceptados como una parte natural o inevitable de un proceso de enfermedad. Frecuentemente familiares y personal médico creen que los síntomas de depresión se esperan en pacientes con enfermedades clínicas; por lo tanto los síntomas de depresión son constantemente ignorados y una terapia adecuada y efectiva es demorada o evitada ⁽³⁷⁾.

En una revisión de 21 estudios Koranyi E.K, y colaboradores investigaron la relación entre padecimientos clínicos y síntomas psiquiátricos, 50 % de los pacientes con depresión y otros padecimientos afectivos fueron encontrados con condiciones médicas existentes. Este hallazgo no es de sorprender, dada la comorbilidad de las enfermedades crónicas y la depresión crónica. Sin embargo el 50 % de los pacientes en este estudio, los padecimientos físicos no fueron reconocidos o atendidos antes de que el paciente fuera referido al profesional de salud mental. Por lo tanto, el adecuado diagnóstico y manejo de la depresión requiere un historial profundo y un examen físico detallado y reevaluación de las condiciones crónicas conocidas ⁽²³⁾.

El médico familiar se ha convertido en el 1er. clínico en atender la depresión. El 60 % de los pacientes depresivos reciben todo su tratamiento para esta enfermedad de un proveedor primario de la salud. Los pacientes depresivos con padecimientos clínicos coexistentes merecen el conocimiento especial, apoyo y continuidad y un médico personal. Junto con otros especialistas, el médico familiar puede trabajar con el paciente para aliviar los síntomas y mejorar los resultados de la depresión ⁽³¹⁾.

Existen herramientas útiles para poder realizar una detección de estos problemas ante su sospecha, estas herramientas consisten en

cuestionarios entre ellos se encuentran la escala de Hamilton, el inventario para la depresión y ansiedad de Beck, entre ellos se encuentra el inventario multifasético de la personalidad de Minnesota, la escala de Zung, etc., estas escalas son bien aceptadas entre la población médica ya que se ha podido demostrar su validez y confiabilidad por diversos estudios; en cuanto a la confiabilidad, test-retest varía entre .48 y .86 para pacientes psiquiátricos y entre .60 y .90 para pacientes no psiquiátricos. La validez concurrente fue presentada mediante comparaciones con otras medidas de la depresión en una variedad de estudios, y proporcionó datos entre .60 y .72 de validez ⁽³⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo juega un papel crítico como actividad central de la vida, la cual ocupa gran parte del tiempo y esfuerzo del hombre, estos factores poseen la potencialidad de afectar el comportamiento del individuo y su equilibrio emocional, al interferir en su interacción social ⁽²⁹⁾. Cierta número de población puede tener neurosis, trastornos psicofisiológicos y otro tipo de psicopatologías, sin embargo generalmente la población demanda atención en su mayoría por situaciones somáticas y con frecuencia el médico pasa por alto los trastornos de tipo depresivo.

En el desarrollo de mis funciones he podido observar la gran frecuencia de población deprimida la cual no recibe la oportuna atención por tal motivo se decidió estudiar:

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en la población usuaria del Hospital Regional ISSSTE Mérida?.

JUSTIFICACION.

En la práctica pacientes deprimidos, han sido manejados con antidepresivos sin éxito aparente, se les ha diagnosticado (etiquetado) y el paciente ha tomado la etiqueta y ha quedado congelado. Sin haber pasado por el marco de diagnóstico diferencial. En las mujeres a la depresión, puede asociarse a su presumible mayor sensibilidad, dependencia pasiva e impotencia para poder controlar su destino ante una sociedad orientada por el varón ⁽⁴⁾.

Es de suma importancia para la Salud Mental detectar a tiempo la depresión, en la consulta externa en el primer contacto del Médico Familiar, así como realizar el marco de diagnóstico diferencial, para medir la depresión, y los factores predisponentes que puedan dispararla en la población, además de medidas necesarias por enfatizar su prevención o tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer cual es la prevalencia de la depresión en la población de usuarios del Hospital Regional ISSSTE Mérida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar la frecuencia de depresión en la población de usuarios del Hospital Regional ISSSTE Mérida.
- Determinar en que edad es más frecuente la aparición de cuadros depresivos.
- Identificar que sexo es el más afectado.
- Identificar que ocupación es la más afectada en aparición de cuadros depresivos.
- Identificar cuales son los síntomas predominantes en los pacientes con diagnóstico de depresión.

HIPOTESIS

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo no requiere hipótesis

METODOLOGIA

A) Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal.

Observacional.- Se hace a partir de la observación de los fenómenos que se presentan en el ejercicio diario.

Prospectivo.- Porque se iniciará a partir de una fecha establecida por el investigador.

Descriptivo.- Se redactará la presencia del fenómeno en los términos que se establezcan.

Transversal.- Se establecerá una fecha en que se dará por terminada la observación del fenómeno a estudiar.

B) Población, lugar y tiempo.

La población de estudio correspondió a derechohabientes adscritos a medicina familiar, usuarios demandantes del Hospital Regional ISSSTE Mérida mayores de 20 años y menores de 65 años. La muestra se obtuvo por medio del programa estadístico de Epi Info 6. Con una frecuencia esperada del 10 % y un nivel de confianza del 95 % de acuerdo a los valores de la Z. Se tomaron muestras proporcionales por consultorio que reflejara la opinión del usuario sobre las variables de estudio. La muestra fue de 103 pacientes en el período comprendido del 2 de junio al 22 de diciembre del 99.

C) Tipo y tamaño de la muestra.

Adultos de ambos sexos mayores de 20 años y menores de 65 años tomados en forma estratificada por cada consultorio de medicina familiar y que no tuvieran diagnóstico de depresión previa. La muestra fue de 103 pacientes de los cuales 45.6 % hombres (50 pacientes) y 54.4 % mujeres (53 pacientes).

D) Criterios de selección:

D.1 Criterios de inclusión

- Edad: Mayores de 20 años a 65.
- Sexo: Ambos.

- Población adscrita al Hospital Regional ISSSTE Mérida.

D.2 Criterios de exclusión

- Edad: Menores de 20 años y mayores de 65.
- Aquellos que se negaron a participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico de depresión previa.
- Derechohabientes de otras unidades.

D.3 Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas.

E) Variables:

Se utilizarán variables cualitativas y cuantitativas.

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estado Civil
- Número de hijos

- Religión

- Ingreso

- Medición de la depresión de acuerdo a la escala de Hamilton

F) Procedimiento para captar la información:

- Se elabora la encuesta por el investigador con las diferentes variables.

- Se aplica a los pacientes que acuden a consulta la escala de Hamilton para la depresión, previa aprobación y explicación.

- Se entrevistaron 106 pacientes, de ambos sexos, mayores de 20 años y menores de 65 años, eliminándose 3 encuestas que no cubrieron en su totalidad los criterios de inclusión descritos previamente.

- A todos los pacientes que acudieron y aceptaron ser entrevistados, ya sea masculinos o femeninos mayores de 16 años se les preguntó nombre, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, religión, ingreso, así como la aplicación de la escala de medición para la depresión basada en la escala de Hamilton validada para el estudio de depresión. El rango de confiabilidad es de 0.76, frecuentemente usada en pacientes y en estudios en relación a drogas. Está adaptada al-español, en esta escala se entrevista al sujeto y este responde anotando el

número correspondiente a la frecuencia de la presentación del síntoma, después se suman los puntajes y de acuerdo a las normas se busca el número correspondiente al nivel de depresión que caracteriza al sujeto. Los síntomas que explora son: afecto deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio temprano, intermedio y tardío, trabajo y actividades, retardos psicomotor, agitación, ansiedad psicológica y somática, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas genitales, hipocondrías, pérdida de peso, intromisión. Normas para la calificación ⁽¹⁹⁾.

PUNTAJE	CLASIFICACION
<7	Sin depresión
7-17	Depresión media
>17	Depresión severa

- La información se procesa de manera estadística para obtener la prevalencia, cuadros y gráficas.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitó autorización a los pacientes que llenaban los criterios de inclusión para poderse recabar los datos necesarios para realizar el presente trabajo de investigación, así mismo se les informó que todos y cada uno de los resultados que se obtuvieron, se mantendría en completo anonimato y únicamente serían utilizados con fines didácticos de investigación como lo establece la declaración internacional de HELSINKI (art. 1, 9) que se requiere consentimiento informado y no trasgrede al individuo por las características del estudio.

ESTADÍSTICAS DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS



FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

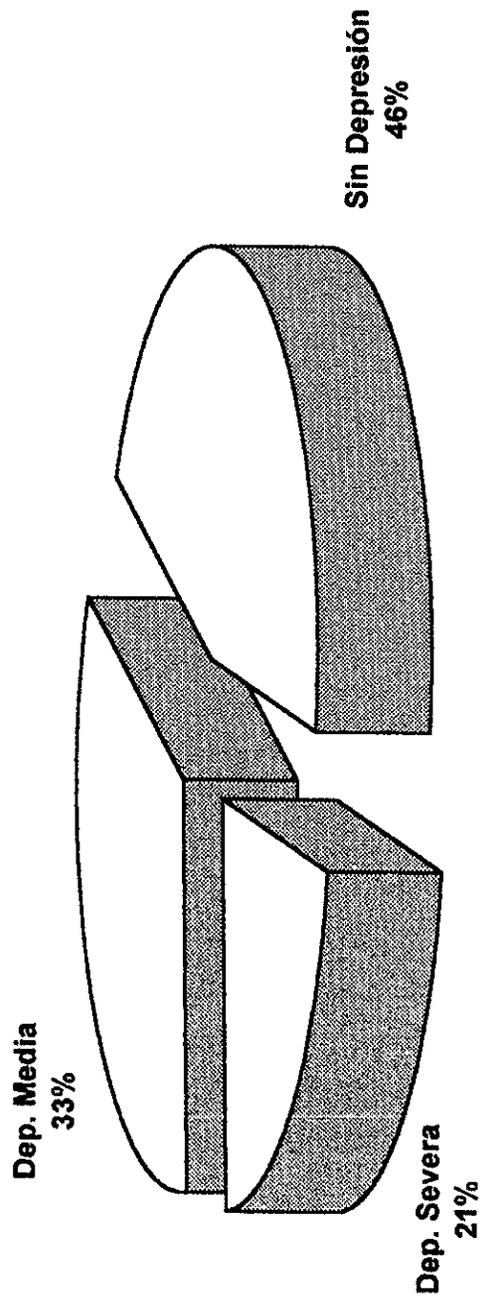
Tabla # 1

GRADO DE DEPRESIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
SEVERA	22	21.4%
MEDIA	34	33.1%
SIN DEPRESIÓN	47	45.7%
TOTALES	103	100.2%

Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DE SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

Grafica # 1



EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

TABLA # 2

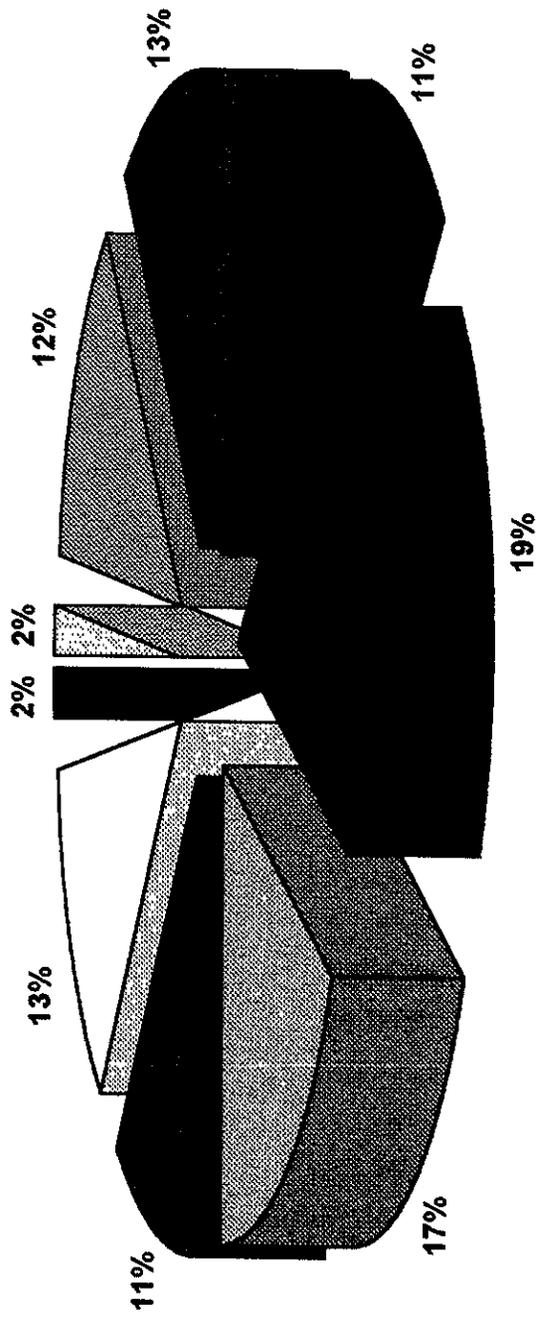
GRUPO DE EDAD	DEPRESIÓN	PORCENTAJE
20 – 24	1	1.7%
25 – 29	7	12.5%
30 – 34	7	12.5%
35 – 39	6	10.7%
40 – 44	11	19.6%
45 – 49	10	17.8%
50 – 54	6	10.7%
55 – 59	7	12.5%
60 – 64	1	1.7%
TOTALES	56	99.7%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

POBLACIÓN GLOBAL

GRAFICA # 2



20 - 24
 25 - 29
 30 - 34
 35 - 39
 40 - 44
 45 - 49
 50 - 54
 55 - 59
 60 - 64

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

POBLACIÓN MUJERES

Tabla # 2.1

GRUPO DE EDAD	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
20 – 24	0	0	2	2
25 – 29	1	4	0	5
30 – 34	1	3	3	7
35 – 39	2	2	2	6
40 – 44	2	4	2	8
45 – 49	4	5	4	13
50 – 54	2	0	3	5
55 – 59	3	1	1	5
60 – 64	1	0	1	2
TOTALES	16	19	18	53

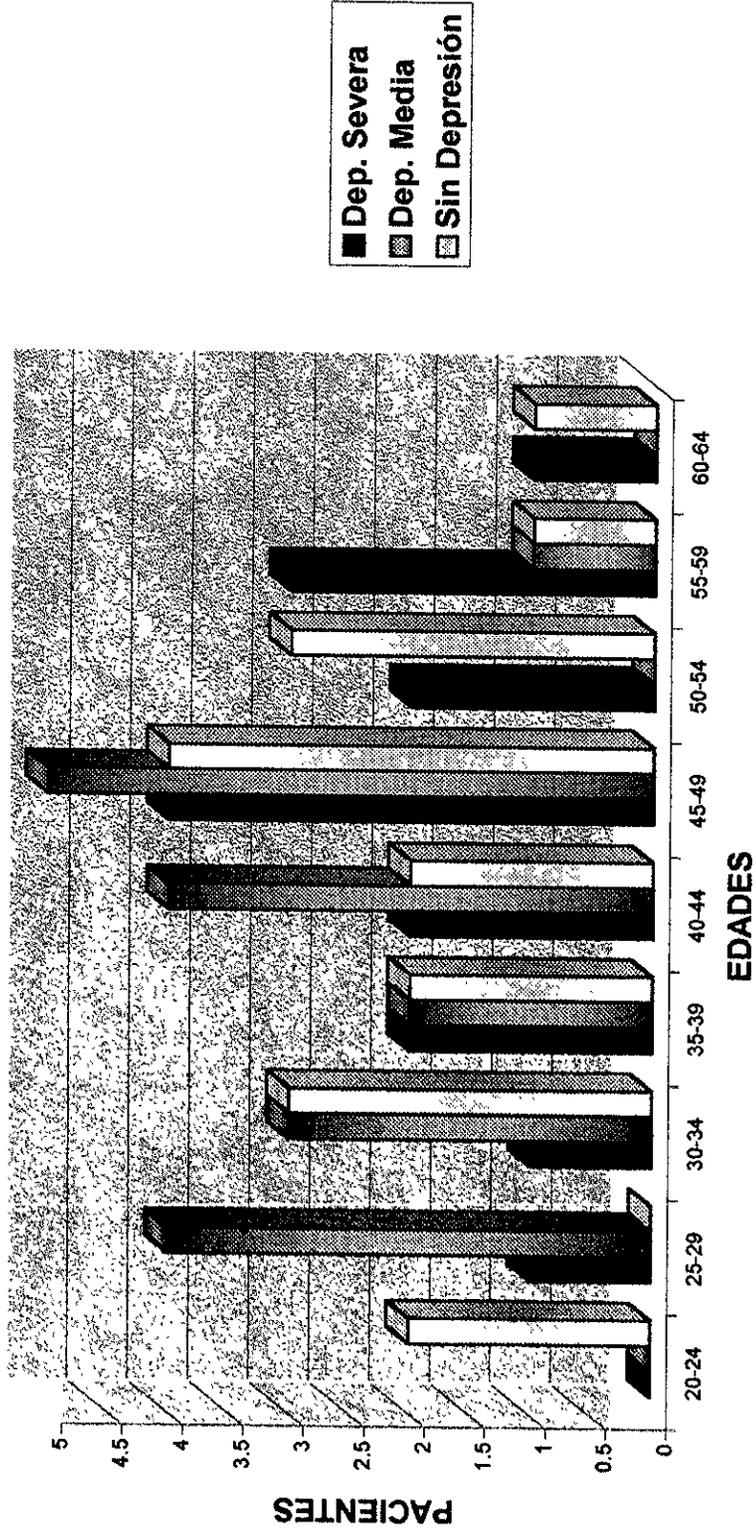
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

POBLACIÓN MUJERES

Grafica # 2.1

Escala: .5 casos. 1 cm



EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

POBLACIÓN HOMBRES

Tabla # 2.2

GRUPO DE EDAD	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
20 – 24	0	1	2	3
25 – 29	0	2	2	4
30 – 34	0	3	4	7
35 – 39	0	2	3	5
40 – 44	1	4	5	10
45 – 49	0	1	5	6
50 – 54	3	1	7	11
55 – 59	2	1	1	4
60 – 64	0	0	0	0
TOTALES	6	15	29	50

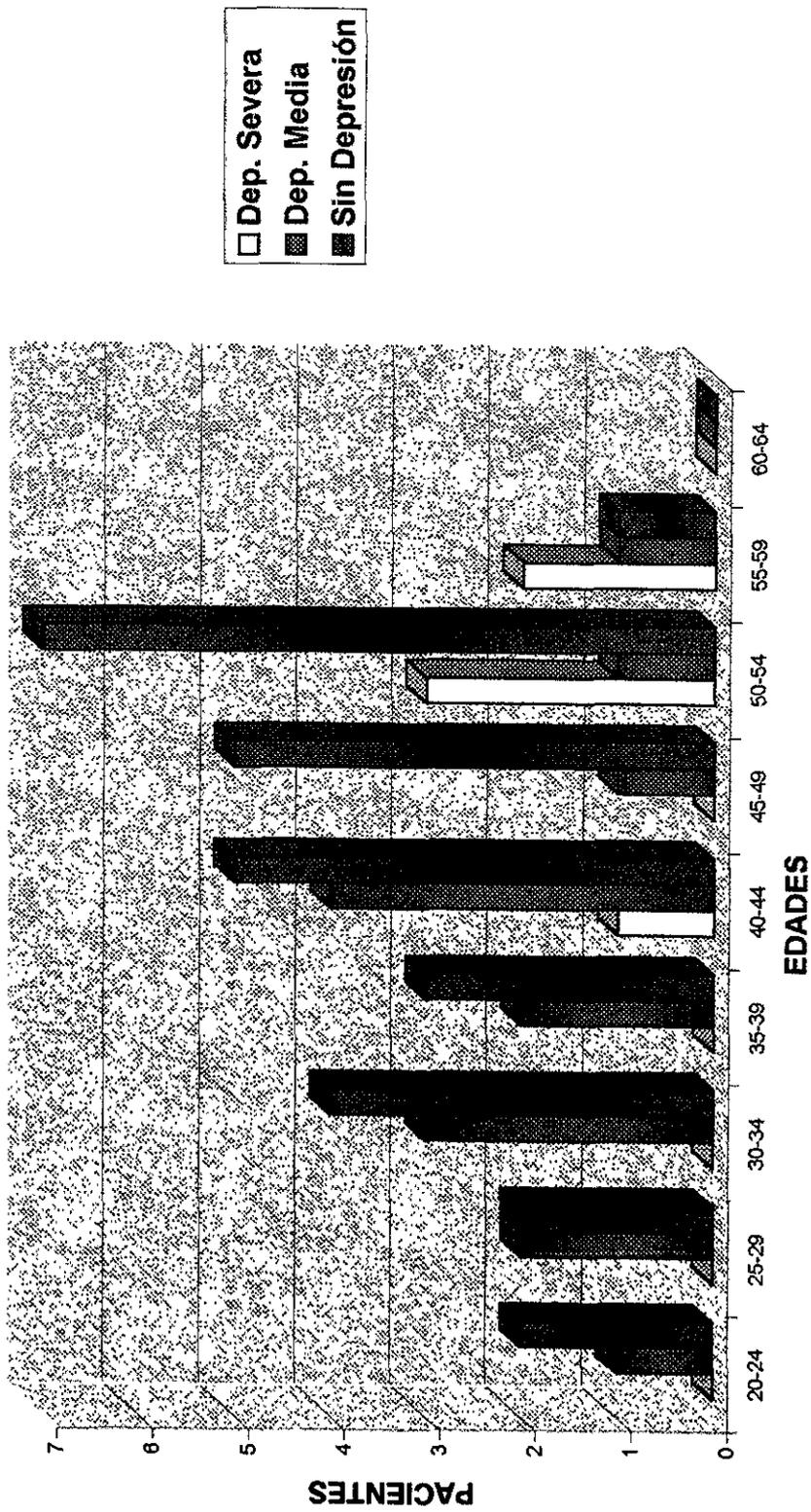
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

EDADES EN QUE SON MAS FRECUENTES LA APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS

POBLACIÓN HOMBRES

Grafica # 2.2

Escala: 1 caso, 1 cm



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

IDENTIFICACIÓN DEL SEXO MAS AFECTADO

POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS

Tabla # 3

SEXO	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
FEMENINO	16	19	18	53
MASCULINO	6	15	29	50
TOTALES	22	34	47	103

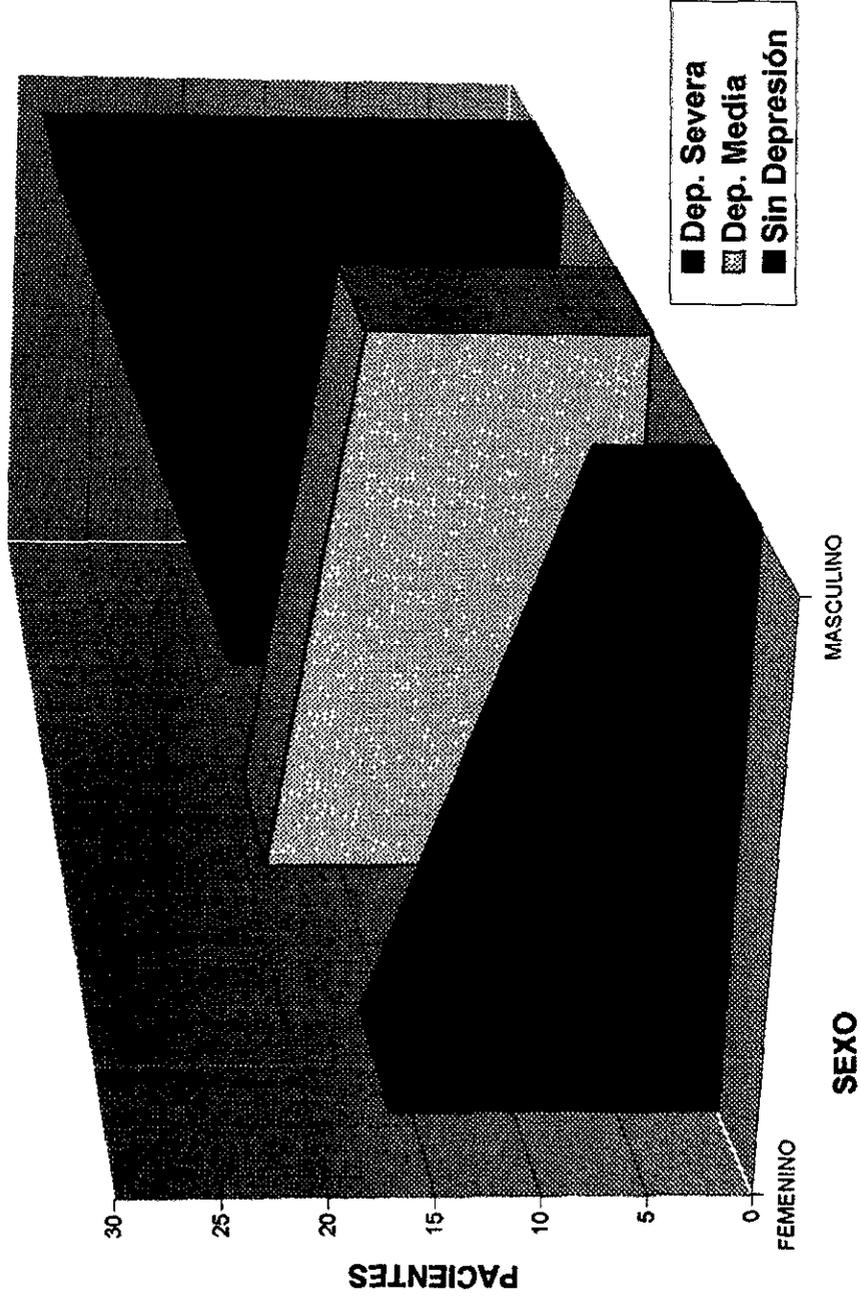
Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

IDENTIFICACIÓN DEL SEXO MAS AFECTADO

POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS

Grafica # 3

Escala: 5 casos, 1 cm



Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN
POBLACIÓN GLOBAL DEPRESIVA

Tabla # 4

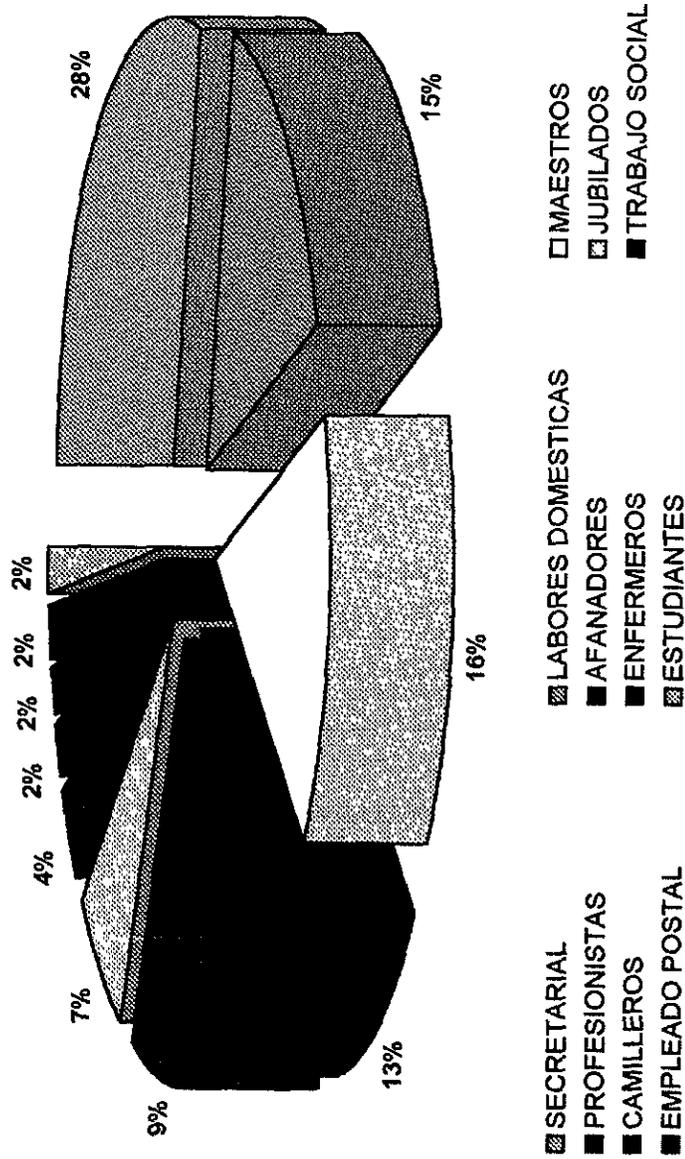
TIPO DE OCUPACIÓN	DEPRESIÓN	PORCENTAJE	TIPO DE OCUPACIÓN	DEPRESIÓN	PORCENTAJE
SECRETARIAL	16	28.5%	CAMILLEROS	2	3.5%
LABORES DOMESTICAS	9	16%	ENFERMEROS	1	1.7%
MAESTROS	9	16%	TRABAJO SOCIAL	1	1.7%
PROFESIONISTAS	7	12.5%	EMPLEADO POSTAL	1	1.7%
AFANADORES	5	8.9%	ESTUDIANTES	1	1.7%
JUBILADOS	4	7%	TOTALES	56	99.7%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN

POBLACIÓN GLOBAL

GRAFICA # 4



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

SINTOMATOLOGÍA ENCONTRADA EN EL GRUPO DE DEPRESIÓN

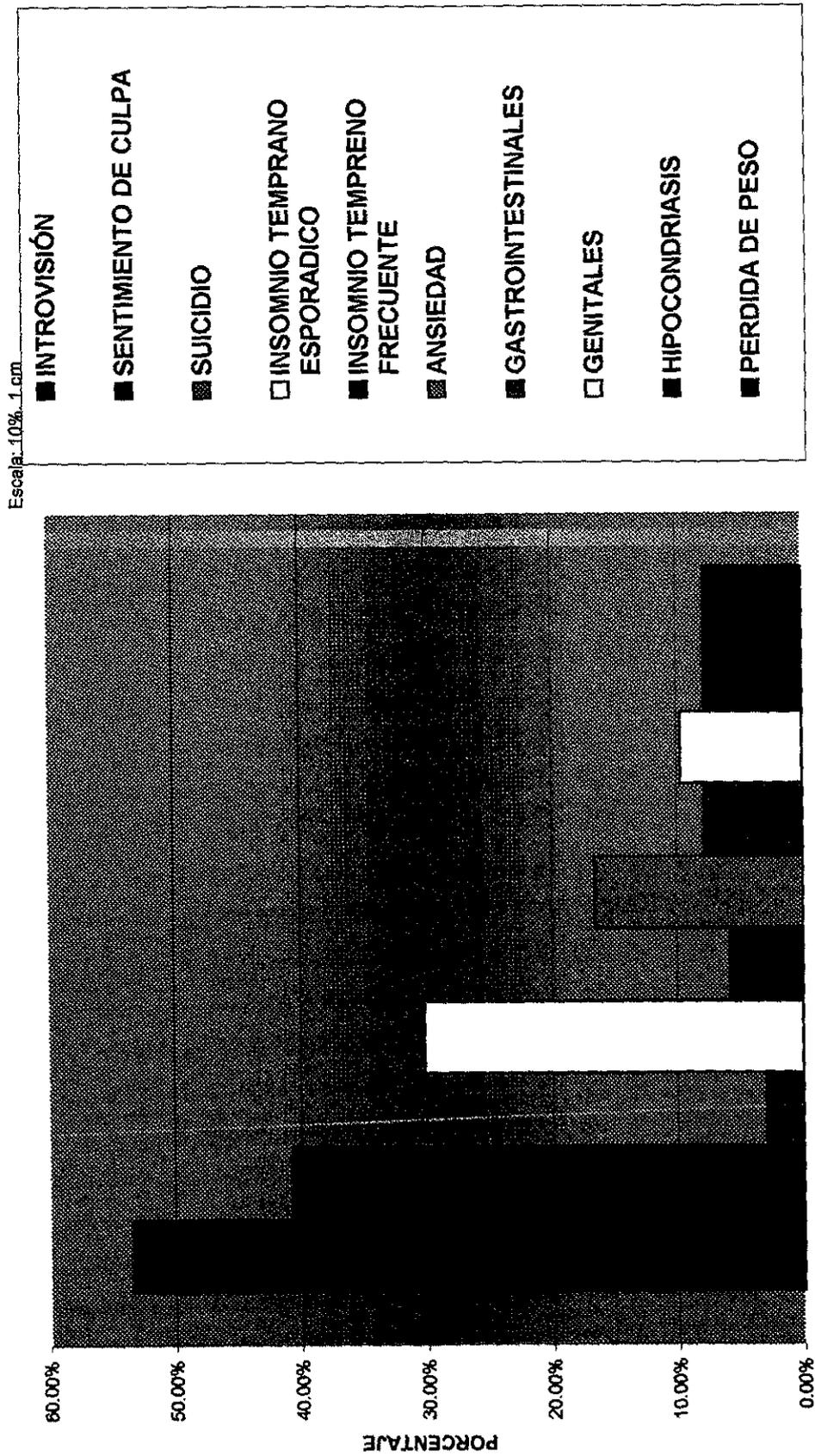
Tabla # 5

INTROMISION	53.4%
SENTIMIENTO DE CULPA	40.7%
SUICIDIO	2.9%
INSOMNIO TEMPRANO ESPORÁDICO	30.1%
INSOMNIO TEMPRANO FRECUENTE	5.8%
ANSIEDAD	16.5%
GASTROINTESTINALES	6.8%
GENITALES	9.7%
HIPOCONDRIASIS	7.8%
PERDIDA DE PESO	7.8%

Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

SINTOMATOLOGIA ENCONTRADA EN EL GRUPO DE DEPRESIÓN

GRAFICA # 5



SINTOMATOLOGIA

CRUCE DE VARIABLES DE LA SINTOMATOLOGÍA

Tabla # 5.1Y 5.2

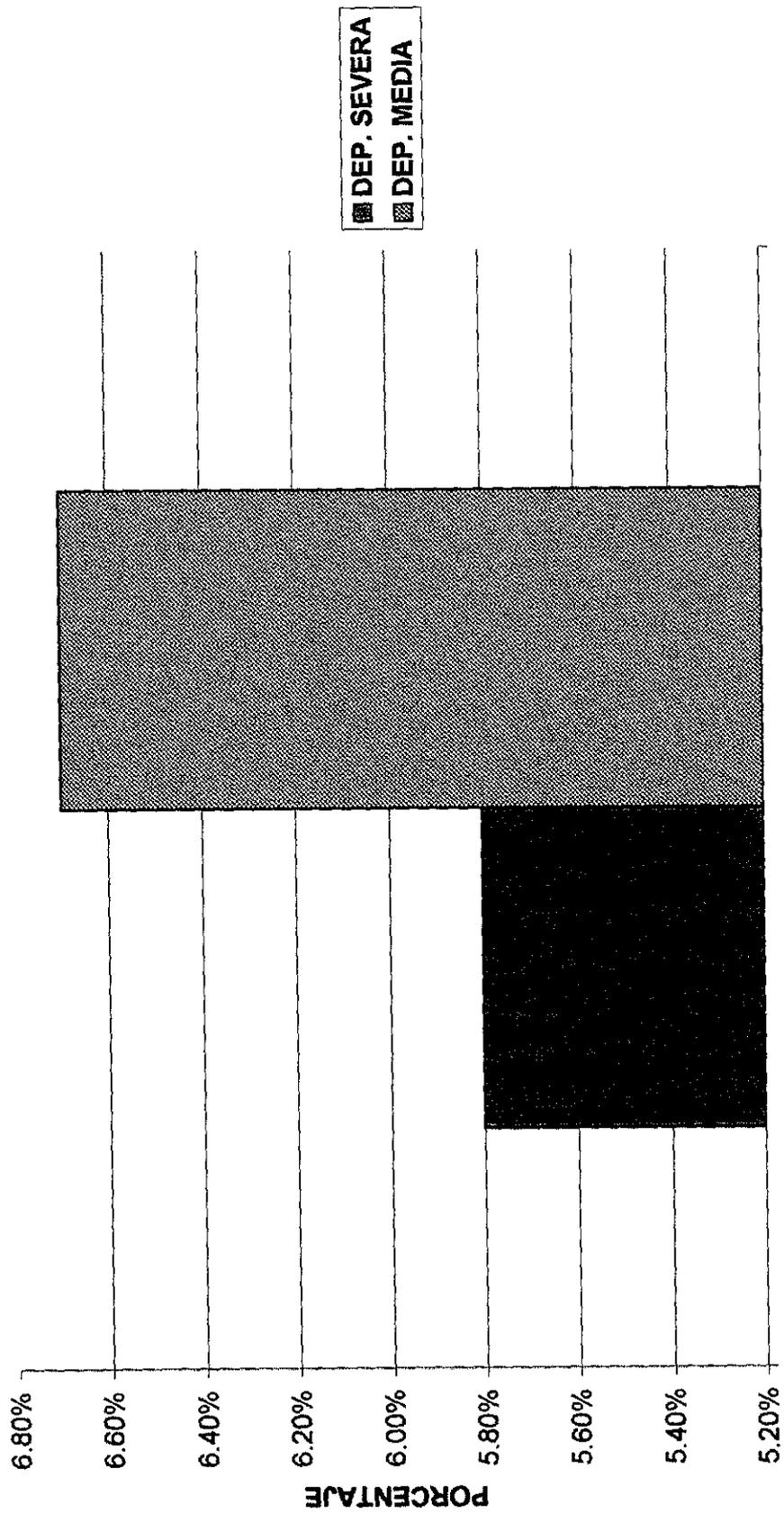
SINTOMAS	DEP. SEVERA	DEP. MEDIA	INSOMNIO TEMPRANO	GOSTROINTESTINALES	GENITALES	PERDIDA DE PESO
FALTA DE AFECTO	5.8%	6.7%	0	0	0	0
SENTIMIENTO DE CULPA	0	0	16%	23.3%	20.3%	6%

Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

VARIABLES DE LA SINTOMATOLOGÍA

Grafica # 5.1

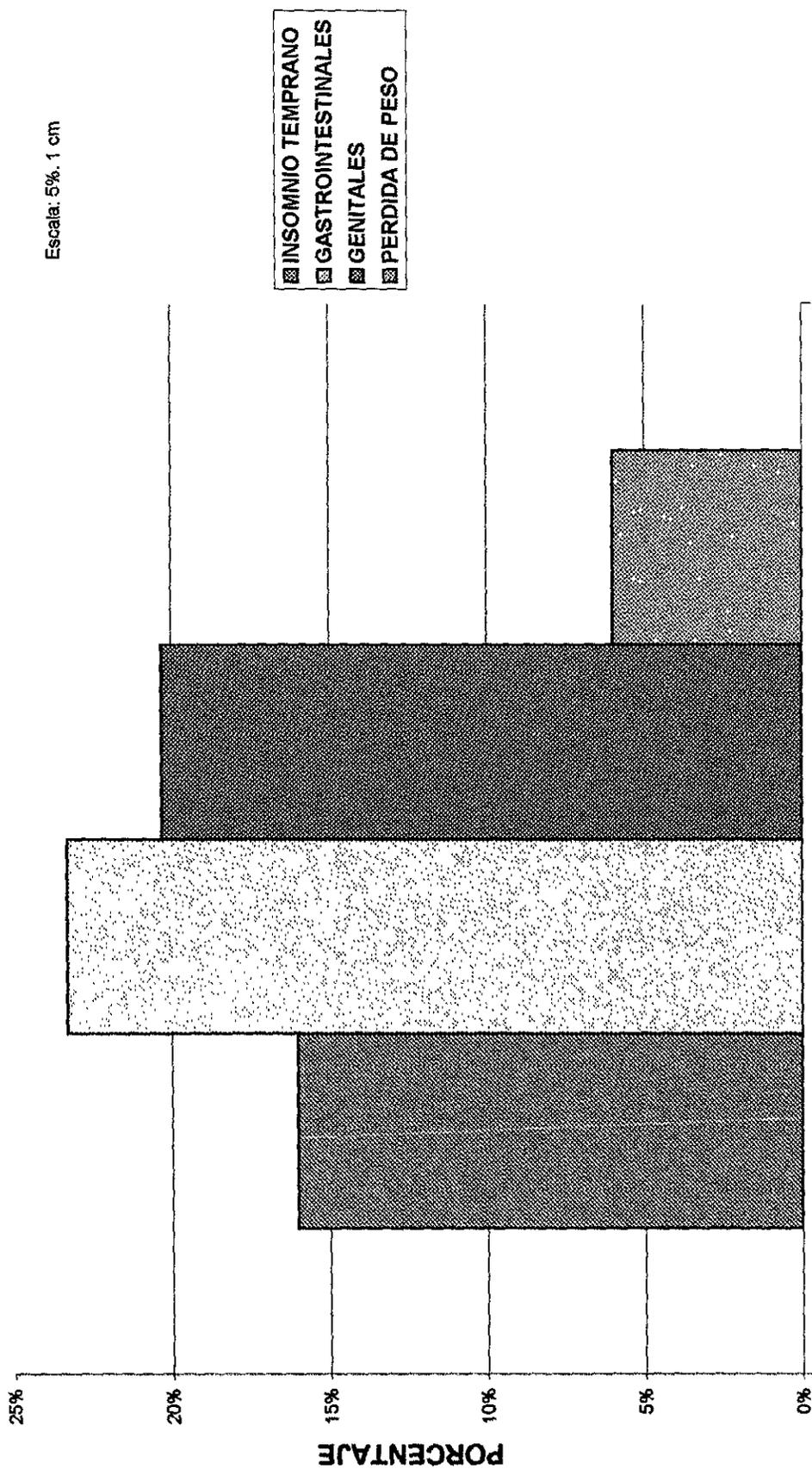
Escala: .20%. 1 cm



FALTA DE AFECTO

Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

Grafica # 5.2



Fuente: Hoja de Encuesta, Escala Hamilton

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO

POBLACIÓN GLOBAL

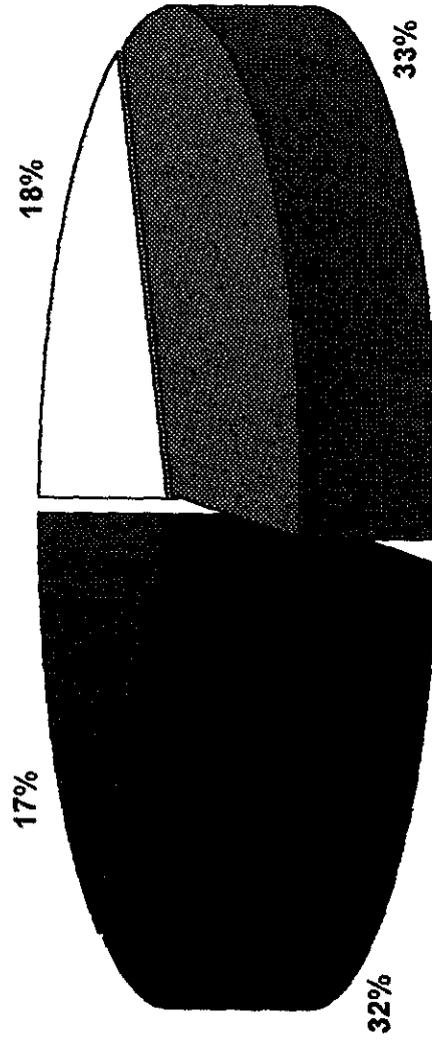
Tabla # 6

TIPO DE INGRESOS	POBLACIÓN ENTREVISTADA	PORCENTAJE
< \$1,500	19	18.4%
\$1,600 - \$3,000	34	33%
\$3,100 - \$5,000	33	32%
> \$5,000	17	16.5%
TOTALES	103	99.9%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO

GRAFICA # 6



- < \$1,500
- \$1,600 - \$3,000
- \$3,100 - \$5,000
- > \$5,000

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO

POBLACIÓN MUJERES

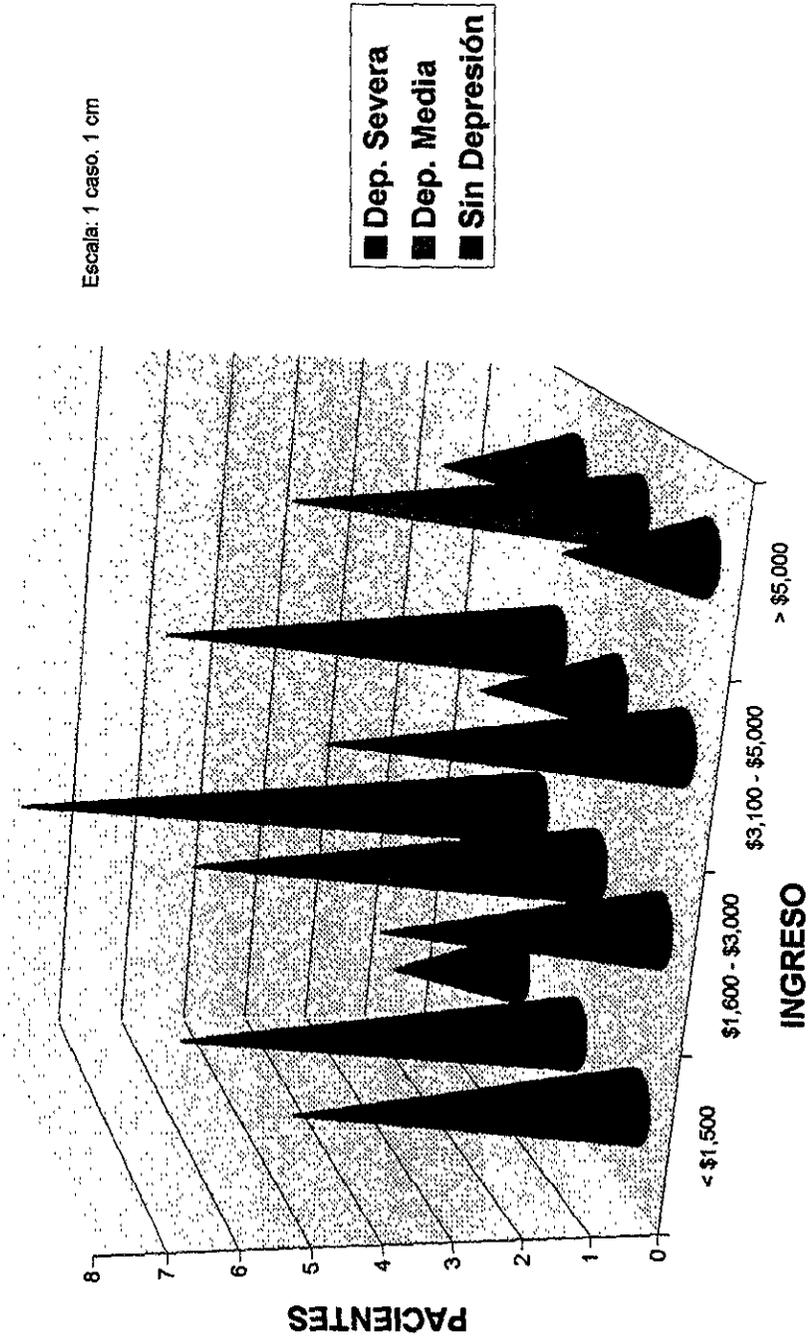
Tabla # 6.1

TIPO DE INGRESOS	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
< \$1,500	5	6	2	13
\$1,600 - \$3,000	4	6	8	18
\$3,100 - \$5,000	5	2	6	13
> \$5,000	2	5	2	9
TOTALES	16	19	18	53

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO

POBLACIÓN MUJERES
 Grafica # 6.1



APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO

POBLACIÓN HOMBRES

Tabla # 6.2

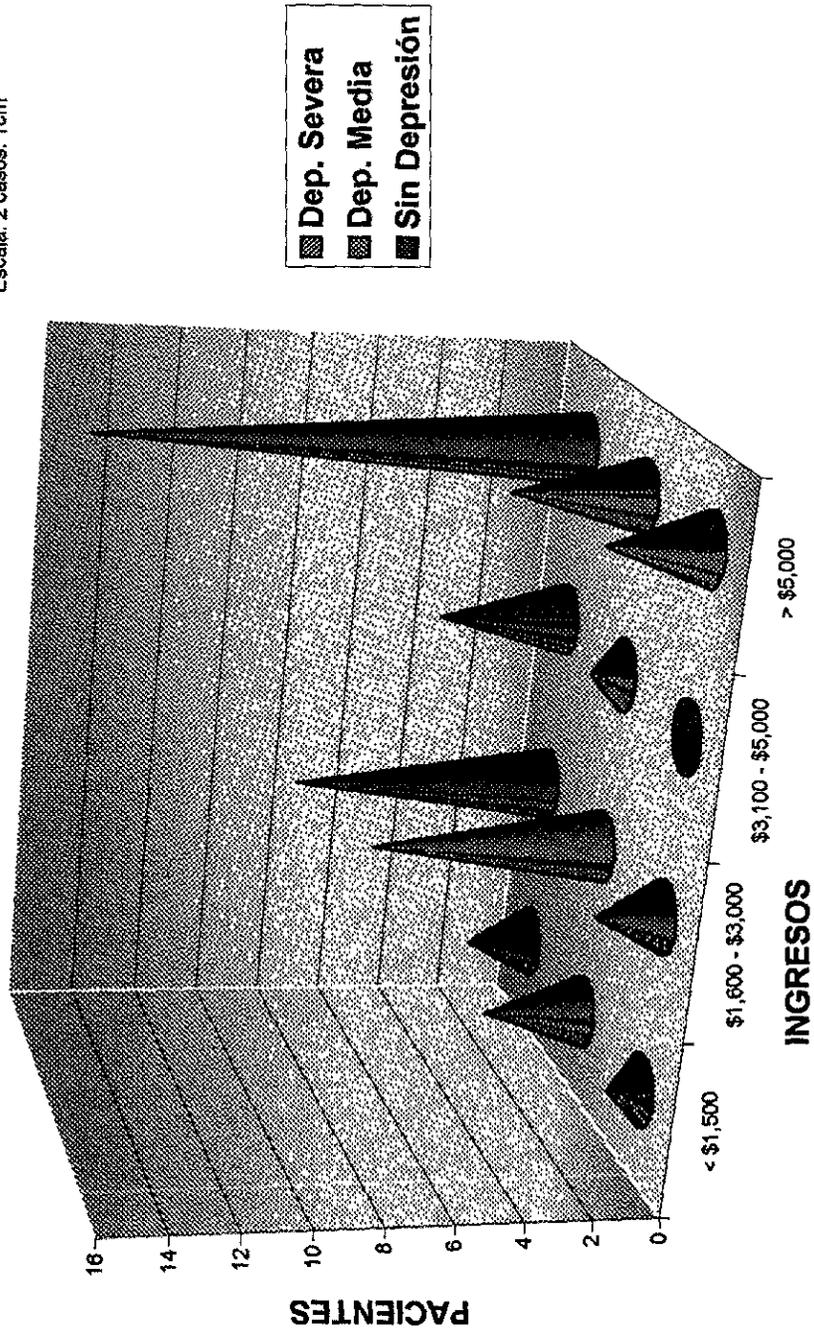
TIPO DE INGRESOS	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
< \$1,500	1	3	2	6
\$1,600 - \$3,000	2	7	8	17
\$3,100 - \$5,000	0	1	4	5
> \$5,000	3	4	15	22
TOTALES	6	15	29	50

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL TIPO DE INGRESO POBLACIÓN HOMBRES

Grafica # 6.2

Escala: 2 casos, 1cm



Fuente: Hoja de Recolección de Datos
58

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

POBLACIÓN GLOBAL

Tabla # 7

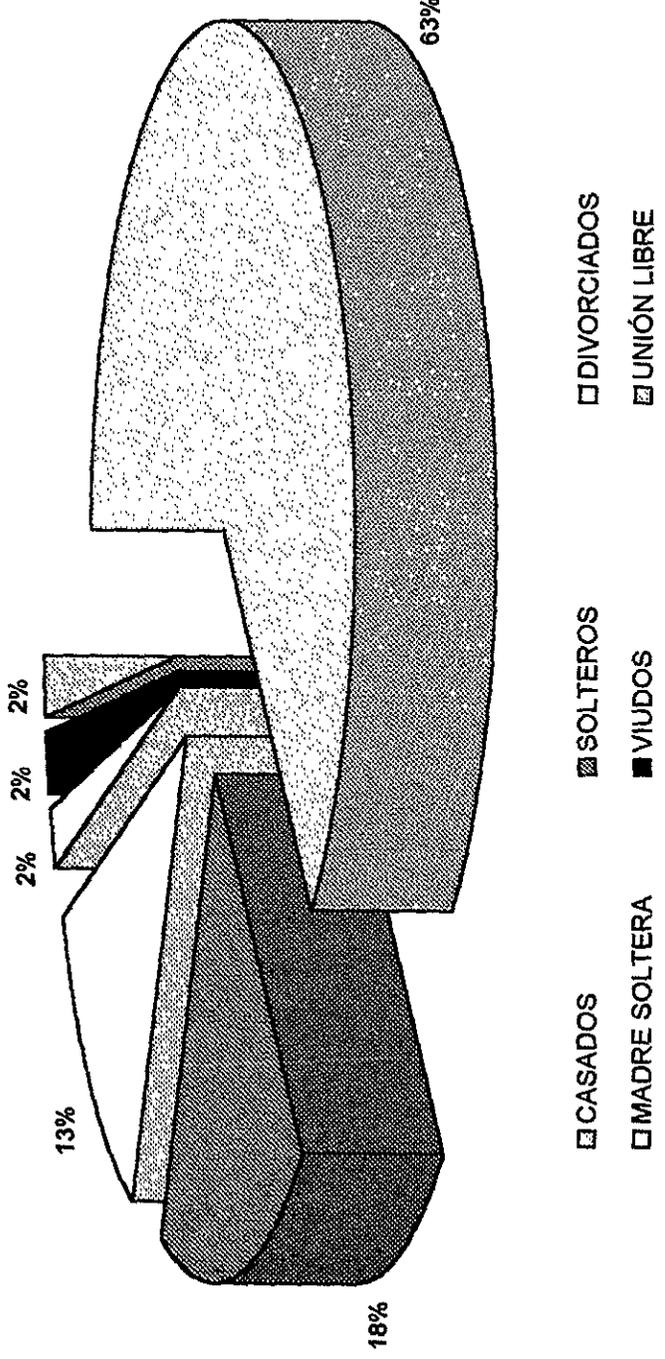
ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN	PORCENTAJE
CASADOS	66	64%
SOLTEROS	19	18.4%
DIVORCIADOS	13	12.6%
MADRE SOLTERA	2	1.9%
VIUDOS	2	1.9%
UNIÓN LIBRE	2	.9%
TOTALES	103	99.7%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

POBLACIÓN GLOBAL

GRAFICA # 7



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL
POBLACIÓN MUJERES

Tabla # 7.1

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
CASADAS	8	12	8	28
SOLTERAS	1	3	6	10
DIVORCIADAS	4	2	4	10
MADRE SOLTERA	0	2	0	2
VIUDAS	2	0	0	2
UNIÓN LIBRE	1	0	0	1
TOTALES	16	19	18	53

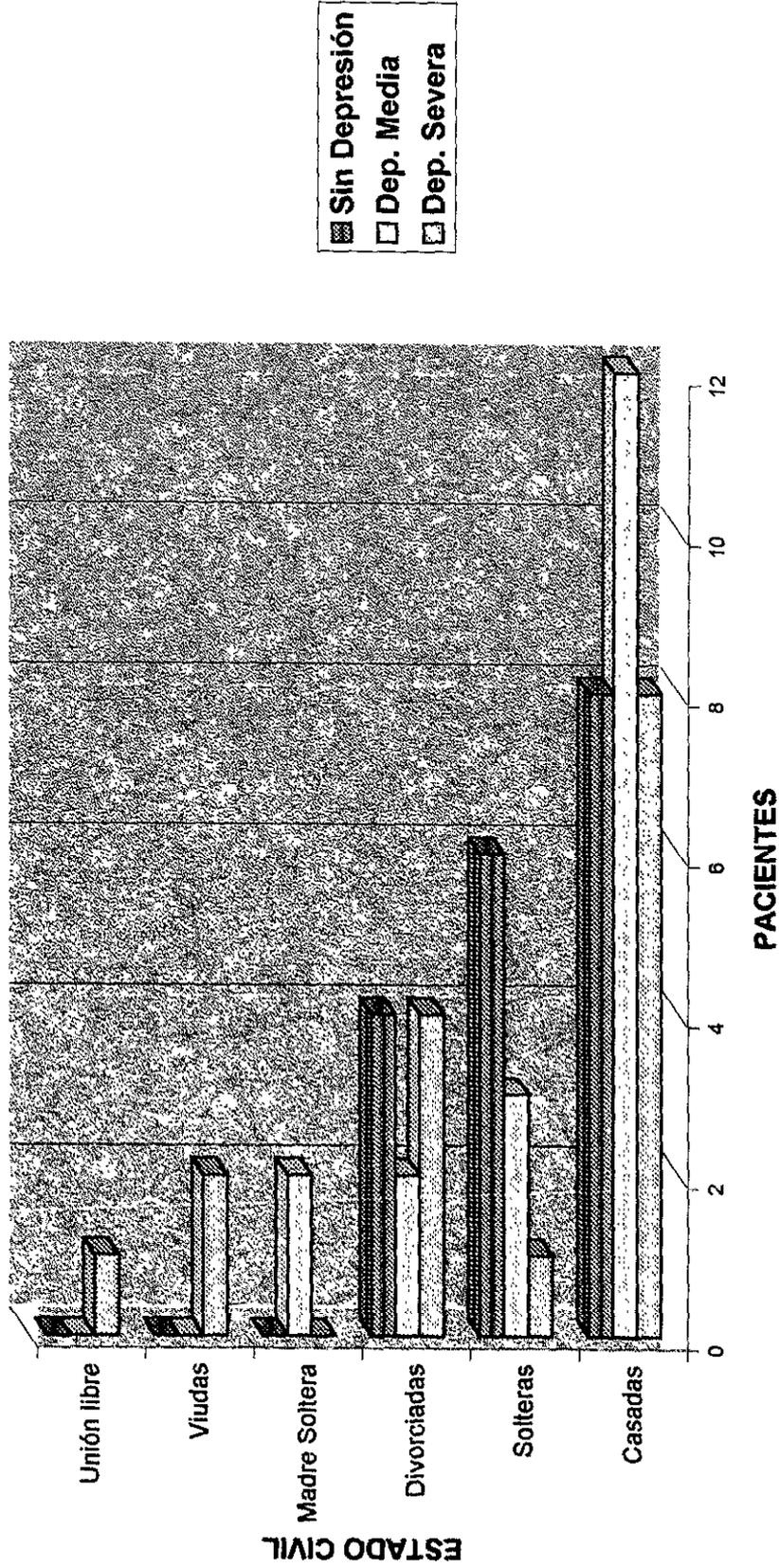
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

POBLACIÓN MUJERES

Grafica # 7.1

Escala: 2 casos. 1 cm



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

POBLACIÓN HOMBRES

Tabla # 7.2

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN SEVERA	DEPRESIÓN MEDIA	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
CASADOS	4	12	22	38
SOLTEROS	1	3	5	9
DIVORCIADOS	1	0	2	3
UNIÓN LIBRE	0	0	0	0
TOTALES	6	15	19	50

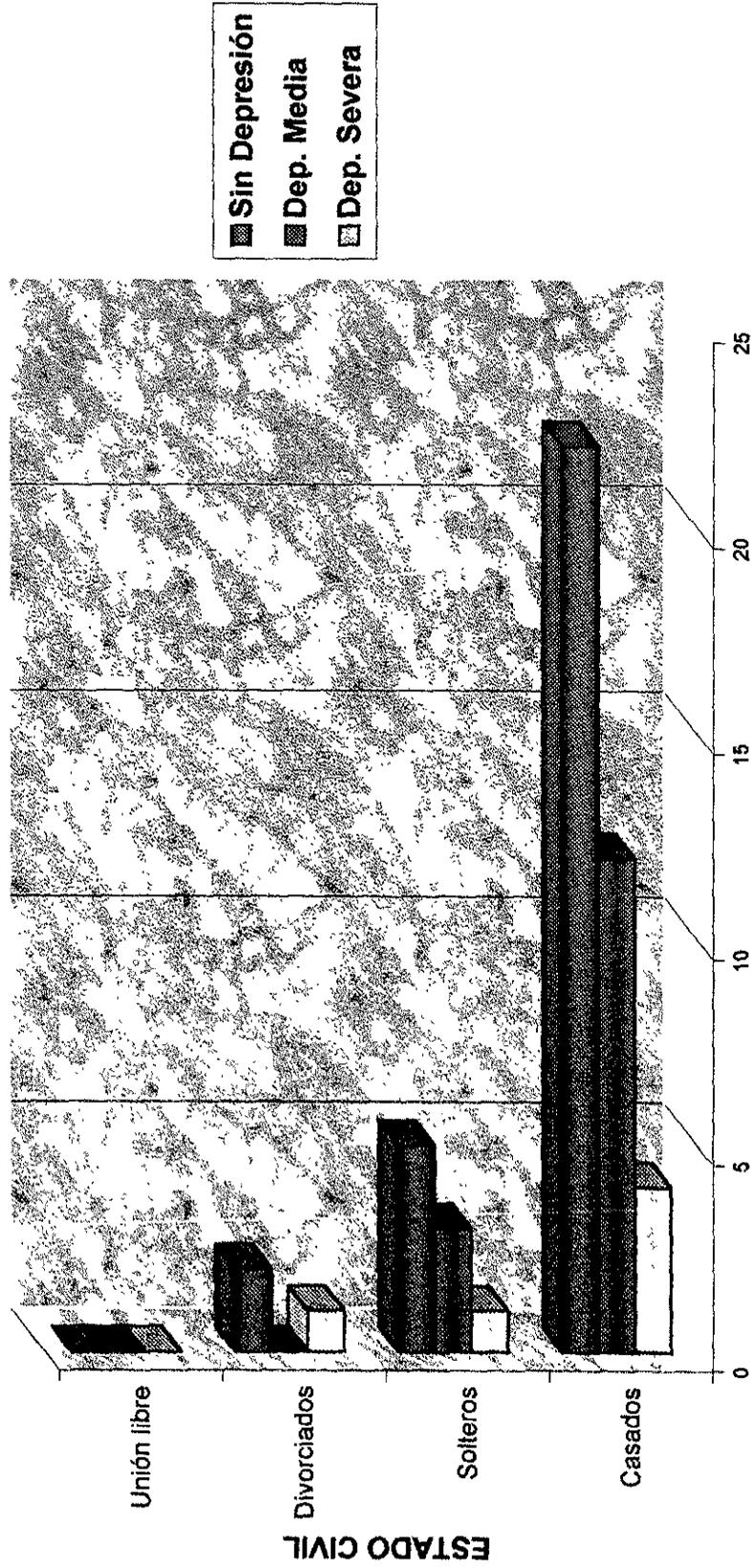
Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICION DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

POBLACIÓN HOMBRES

Grafica # 7.2

Escala: 5 casos. 1cm



Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS DE ACUERDO AL NUMERO DE HIJOS

Tabla # 8

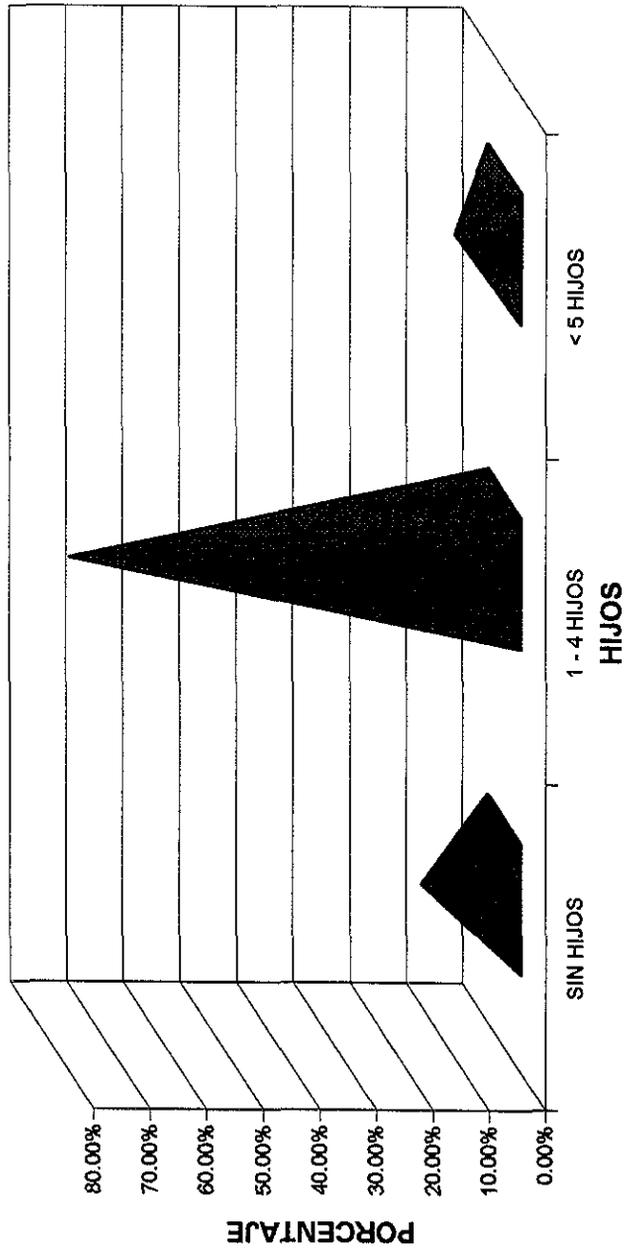
NUMERO DE HIJOS	PORCENTAJE
SIN HIJOS	14.6%
1 A 4 HIJOS	76.6%
5 o MAS HIJOS	8.7%

Fuente: Hoja de Recolección de Datos

APARICIÓN DE CUADROS DEPRESIVOS CON RELACIÓN AL NUMERO DE HIJOS

Grafica # 8

Escala: 10%. 1 cm



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

1.- De las personas mayores de 20 años y menores de 65 años resultaron con diagnóstico de depresión 56 pacientes lo cual representa el 54.4 %. Sin depresión 47 pacientes (45.7 %), con depresión severa 22 pacientes (21.4 %), con depresión media 34 pacientes (33.1 %), de acuerdo a la aplicación de la escala de Hamilton.

2.- La distribución del grupo etario para pacientes con depresión es: en el grupo de 20-24 años de edad, un paciente (1.7 %); para el grupo 25-29 años de edad, siete pacientes (12.5 %); para el grupo 30-34 años de edad, siete pacientes (12.5 %); para el comprendido entre 40-44 años de edad, 11 pacientes (19.6 %); para el grupo de 45-49 años de edad, 10 pacientes (17.8 %); para el grupo 50-54 años de edad, 6 pacientes (10.7 %); para el grupo de 55-59 años de edad, 7 pacientes (12.5 %) y para el grupo comprendido entre 60-64 años de edad, 1 paciente (1.7 %).

3.- Con relación al sexo principalmente afectado es el femenino con 35 pacientes 62.5 % en relación a 21 varones 37.5 %.

4.- El diagnóstico de depresión se presentó en orden decreciente de acuerdo al nivel ocupacional en la siguiente forma: 16 pacientes secretarias (28.5 %), labores domésticas 9 pacientes (16 %), maestros p pacientes (16 %), profesionales 7 pacientes (12.5 %), afanadores 5 pacientes (8.4 %), jubilados 4 pacientes (7 %), camilleros 2 pacientes (3.5 %), enfermeras 1 paciente (1.7 %), trabajo social 1 pacientes (1.7 %).

En las mujeres se manifestó en forma decreciente: 11 secretarias, 9 dedicadas a labores domésticas, 5 maestras, 4 profesionales, 4 afanadoras, 1 enfermera y 1 trabajadora social.

En los hombres se manifestó en orden decreciente, 5 secretarios administrativos, 4 maestros, 4 jubilados, 3 profesionales, 2 camilleros, 1 afanador, 1 empleado postal y 1 estudiante.

5.- Con relación a la sintomatología se reporta con algún sentimiento de culpa el 40.7 %, la presencia de insomnio temprano se dio en forma esporádica en el 30.1 % y muy frecuente en el 5.8 % de los casos, la ansiedad se reporta en el 16.5 %, los síntomas gastrointestinales en el 7.8 % y los genitales en el 9.7 %, la hipocondriasis se reporta en el 7.8 %, la pérdida de peso en el 7.8 % y casos de intromisión en el 53.4 % de los casos y en ideas de suicidio el 2.9 % refiere haberlo formulado.

En el cruce de variables es relevante mencionar que el 5.8 % reportaron depresión severa por la falta de afecto y el 6.7 % con depresión media también tuvo dicha percepción. El 16.5 % de pacientes que tuvieron sentimiento de culpa presentaron insomnio temprano, el 23.3 % que tuvieron sentimiento de culpa presentaron síntomas gastrointestinales y el 20.3 % con sentimiento de culpa presentó síntomas genitales y el 6 % con sentimiento de culpa presentó pérdida de peso.

6.- Con relación al ingreso se encontró una frecuencia del 18.4 % con un ingreso menor de 1,500, el 33 % de 1,600 a 3,000 el 32 % de 3,100 a 5,000 y el 16.5 % con más de 5,000.

7.- Con relación al estado civil se encontró una frecuencia del 64 % en pacientes casados, el 18.4 % en solteros, el 12.6 % en divorciados y el .9 % en unión libre, el 1.9 % viudos y el 1.9 % son madres solteras.

8.- Con relación al número de hijos se encontró una frecuencia del 14.6 % se registró sin hijos, el 76.7 % con 1-4 hijos y el 8.7 % con 5 o más.

9.- La religión católica fue la más frecuentemente profesada.

ANALISIS DE RESULTADOS

Registros recopilados en el informe mensual de trastornos mentales y del comportamiento de la subdirección médica del Hospital Regional ISSSTE Mérida, Yucatán, reportan los trastornos neuróticos en el período de 1998 de 2,819 casos diagnósticos como neurosis: diagnóstico emitido muchas veces en forma incorrecta ya que no se aplican escalas de medición y se confunde con otros trastornos psiquiátricos.

El análisis de resultados se presentará para cada una de las variables estudiadas en el siguiente orden: frecuencia de depresión, edad, sexo, ocupación y síntomas.

1.- La prevalencia a nivel mundial es de 3 a 15 % ⁽⁴⁴⁾. En el ámbito internacional 10 % ⁽²⁵⁾. En Estados Unidos en pacientes con enfermedades crónicas 25-50 % ⁽³¹⁾. En Yucatán a nivel rural 12.1 % y 13.5 % según Zapata y Mex Urbina ⁽⁴⁶⁻²⁷⁾.

En la República Mexicana los reportes IMSS son del 50.1 % en la consulta externa ⁽¹⁰⁾.

Existen estudios epidemiológicos que sugieren que la incidencia de la depresión se ha incrementado en los últimos años ⁽²⁵⁾ lo cual es de apreciarse en el presente estudio.

En el presente estudio en tratamiento se reportó una prevalencia del 54.4 % aproximándose los anteriores resultados a la frecuencia de depresión en el IMSS del 50.1 %, apreciándose una frecuencia de depresión que varía en intensidad en relación a otros estudios, tal vez debido a los factores sociales y culturales que prevalecen en nuestro estado, en consecuencia el apoyo psicosocial de los pacientes cobra una importancia elevada en relación a otros países.

2.- En relación a la edad en el presente estudio parece demostrar preponderancia en las edades comprendidas entre 40 a 44 años de edad con 11 pacientes (19.6 %), seguidas del grupo de 45 a 49 años de edad con 10 pacientes (17.8); cifras más altas en relación a lo encontrado en la bibliografía revisada ⁽¹³⁻¹⁹⁾, pero que se aproximan a lo encontrado en la ciudad de México entre 18-64 años de edad ⁽⁸⁾. Los resultados encontrados en el presente estudio van en relación a lo que menciona Kolb

debido a que el paciente tal vez se encuentra en un período de estrés psicofisiológico durante el cual, las amenazas cada vez mayores a una personalidad insegura tienden a producir angustia, depresión de acciones paranoides o los tres síntomas juntos, aunado a que existe el hecho de enfrentarse a los cambios del envejecimiento y todo lo que esto conlleva. No es fácil este nuevo ciclo de vida donde todo lo aprendido ya no funciona, ahora los problemas son nuevos y más difíciles, tanto de tipo psicológico como biológico, aumentando de esta forma la inseguridad al ver que los viejos errores no se pueden reparar así como la facilidad de tener éxito se hace cada vez más lejana ⁽²²⁾.

3.- En lo que respecta al sexo como lo mencionan todos los reportes ⁽⁸⁻¹³⁻⁷⁻²²⁻¹⁹⁻³⁴⁻¹⁶⁻⁴³⁻²⁴⁻⁵⁾, se encontró que la depresión es más frecuente en el sexo femenino, sin embargo se reportó en relación comparativa con los reportes recabados una relación de 1 a 1.7 en comparación a lo que menciona Kolb acerca de la frecuencia 2 a 3 veces mayor en mujeres que en hombres ⁽²²⁾. Lo anterior nos habla de que la depresión se presenta en nuestro medio también en personas del sexo masculino, en una relación mas alta que lo reportado en la bibliografía.

4.- En cuanto al nivel ocupacional Salgado de Snyder Nelly y cols mencionan que la baja escolaridad es un factor de riesgo para padecer depresión ⁽⁴³⁾ y en nuestro estudio la mayor incidencia se presentó en población de ocupación secretarial en un 28.5 % seguido de las amas de casa en un 16 %, lo que está en relación con este concepto.

5.- En cuanto a la sintomatología no existe ningún patrón definido en 2 autores ⁽²⁻⁴³⁾. Lo anterior puede deberse a factores de tipo cultural. Salgado de Snyder Nelly y cols mencionan que la influencia de los aspectos culturales en las manifestaciones sintomatológicas de la depresión son diferentes sobre todo en las poblaciones rurales de acuerdo al estereotipo tradicional ⁽⁴³⁾.

CONCLUSIONES

La depresión es un padecimiento que se presentó en el 54.4 % de la población mayor de 20 años y menor de 65 años y primordialmente en el sexo femenino. Siendo el rango etario más frecuentemente afectado el de los 40 a 49 años de edad. Es de suma importancia mencionar que en relación a lo reportado respecto a que se deprimen 2 a 3 veces más las mujeres que los hombres, en el presente estudio se encontró que los pacientes del sexo masculino se deprimen en número más alto que los reportes bibliográficos 1 a 1.7, en relación a las mujeres.

Es importante tomar en cuenta que la baja escolaridad es un factor de riesgo para padecer depresión ya que en el presente estudio se detectó mayor incidencia depresiva de 28.5 % a nivel secretarial, seguido de un 16 % a nivel de mujeres dedicadas a labores domésticas.

Los síntomas mas frecuentemente detectados en el presente estudio son variables, ya que no existe ningún patrón definido tal vez influenciado por los aspectos culturales y el estereotipo tradicional.

El trabajo juega un papel crítico como actividad central de la vida, la cual ocupa gran parte del tiempo y esfuerzo del hombre, estos factores poseen la potencialidad de afectar el comportamiento del individuo y su equilibrio emocional, al interferir en su interacción social¹. Cierta número de población puede tener neurosis, trastornos psicofisiológicos y otro tipo de psicopatologías, sin embargo generalmente la población demanda atención en su mayoría por situaciones somáticas y con frecuencia el médico pasa por alto los trastornos de tipo depresivo.

En el desarrollo de mis funciones he podido observar la gran frecuencia de población deprimida la cual no recibe la oportuna atención situación que motivo realizar el presente estudio.

Los datos presentados reflejan la necesidad de incidir en la semiología diagnóstica del paciente con la búsqueda intencionada de algún tipo de depresión, así como relacionarlos con los datos psicosociales que afectan al paciente. La capacitación continua al médico sobre los protocolos de manejo del paciente con depresión es necesaria a fin de detectar y tratar oportunamente al paciente con depresión.

El equipo de salud deberá integrarse para la formación de clubes para la asistencia profesional del paciente con algún grado de depresión que permita modificar los aspectos técnicos y conductuales del paciente.

SUGERENCIAS COMO MEDICO FAMILIAR

Para mejorar la calidad de vida del paciente se deben implementar ciertas acciones que se basan en:

- Capacitación continua al Médico sobre protocolos de manejo del paciente con depresión.
- Incluir el manejo de la escala de Hamilton en la semiología diagnóstica del paciente demandante.
- Revisión y fortalecimiento de los procesos específicos del personal de salud sobre manejo del paciente con depresión.
- Implementar los clubes de manejo del paciente con depresión.
- Continuar con la línea de investigación, en evaluación de la capacitación del personal de la salud sobre manejo del paciente con depresión.
- Evaluar el impacto de la capacitación en depresión.
- Evaluar la calidad de atención en el manejo del paciente con depresión.

BIBLIOGRAFIA

1. Agency For Health Care Policy And Research (AHCPR): Depression in primary care. Volumen 1 Detection and diagnosis, 124 pages, Rockville, M. D. (1993).
2. AYUSO Gutierrez JL. Comorbilidad depresión-ansiedad: Aspectos clínicos. Revista electrónica de psiquiatría. Vol. 1, No. 1, Marzo (1997). Hospital Universitario San Carlos Madrid. Pág. 1-7.
3. BECK AT, Rush AJ, Shaw BF y cols. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, (1979). Pags. 1-3.
4. BERKNOW Robert-Manual Merck Trastornos del humor. Capítulo 141. 9ª. Edición. Editorial Océano-Mosby Dogma Libros, España (1994). Pág. 1772.
5. CALDERON G. Aspectos Epidemiológicos. En: Calderón Narváez G. Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. 1º edición. Editorial trillas, México, D.F. (1984).
6. CARAVEO AJ, Epidemiología de los trastornos depresivos. Psiquiátrica Vol. 13 (2): 2-5 (1997).
7. CARAVEO Anduaga J. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. Salud Mental, Vol. 19, No. 3, Septiembre de (1996), Págs. 14-21.

8. CARAVEO Anduaga J., Martínez-v.n. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental, Vol. 20, Suplemento Julio (1997), Págs. 15-23.
9. COLIN Piana, R. Distimias. Guía informativa para enfermos, familiares y amigos. México: Roche. (1994), Págs. 1-10.
10. DE LA FUENTE R.: Estado actual y perspectivas: una década de actividades. Salud mental Vol. 13, (1990), 1-6.
11. FAWCETT J. Scheftner WA, Fogg l y col Time-related predictors of suicide in major affective disorders. Am J, Psychiatry (1990);147: 1189-1194.
12. FYER A, Mannuza S, Anxiety disorders. En Kaplan, Sadock. Comprehensive textbook of psychiatry VI WILLIAMS and WILKINS, (1995): 1191-1217.
13. GANZINI L. McParland B.H., Cutler D. Prevalence of Mental Disorders after Catastrophic. (1990), Págs. 1-5.
14. GOLDMAN HH. Trastornos afectivos. En: Goldman HH Depresión. Tratado de Medicina Práctica. Medicina II. 4ª. Edición. México: (1995) Pág. 404.
15. GONZALEZ F. C.: Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud mental. Vol. 2, (1998). Págs.1- 3.
16. GARDUÑO E. J. Frecuencia de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. INV. Clínica 50: (1998) 287-91.
17. GREENBERG PE, Stiglin LE, Finkelstein SN y col. The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry (1993), 54: 405-418.
18. HAMILTON M: A Rating scale for depression. J. Neurol. Neurosury Psychiatry, 23: (1960) 56-62.
19. HEINZE Martín G. La depresión en la práctica diaria. Gac. Med. Mex. Vol. 132, No. 4, Agosto (1996), Págs. 443-45.

20. JACOBSON AM. Depresión and diabetes, Diabetes Care (1993); 16: 1621-3.
21. KAPLAN, H. I. y Sadock, B.J. Trastornos afectivos mayores. Capítulo 13 en: Kaplan H.I. Compendio de Psiquiatría. 2º edición. México: Salvat. (1994). Págs. 246 a 249.
22. KOLB L. C. Psicosis afectivas. Cap. 20 En: Kolb L.C. Psiquiatría clínica moderna, 6ª. Edición, La prensa médica mexicana. (1992) Págs. 484-485.
23. KORANYI E. K, Potoezmy. W. M. Physical ILLNESSES Underlying Psychiatric Symptoms Psychother Psychosom (1992); 58: 155-60.
24. LARA M. A. Medina Mora M. E., Salgado de Snyder Nelly. Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: Tres estudios. Salud Mental V. 19, No. 2, Junio (1996), Págs. 42-49.
25. MYER JK. Weissman MM, Tischler GL: Six-month prevalence of psychiatric disorders in thee communities. Arch Gen Psychiatry 41: (1984), 959-967.
26. MAIER W, Lichtermann D, Minges J, Oehrlein A: Controlled family study in panic disorder. J Psychiatry Res (1993); 27: 79-87.
27. MEX. Urbina OR. Prevalencia y factores de riesgo del trastorno depresivo mayor en Kopomá, Yucatán. Tesis U.A.D.Y. (1998), Págs. 1-28.
28. MINISTERIO DE SALUD-BID: El financiamiento del sector salud. Asignación de recursos financieros al sector, informe técnico Final. Lima Perú, (1996), 28-41.
29. MORALES N.E. Factores psicosociales en el ambiente de trabajo. Subdirección General Médica, Jefatura de Medicina de Trabajo. IMSS (1985).
30. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV R) MASSON 1994 México. Pág. 274.
31. NESSE Robert E, MD, and Richard E. Finlayaan, M. D., Management Of Depression in patients with coexisting Medical ILLNESS. American Family Physician. Volumen 53 No. 6, Mayo 1, (1996), Págs. 2125-2133.

32. NEMEROFF Charles B. By. Scientific American. Feature article the Neurobiology of depression. (1998). Págs. 1-11.
33. PAPALIA, D. E. y Wendkos O. S. Psicología anormal. Capítulo 15. En: Papalia D.E. Psicología. Editorial Mc Graw-Hill. México (1999), Pág. 561.
34. RODRIGO J. E. Depresión del Paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. Med Int. Mex. 15: (1999), 111-115.
35. RASCON R., Arredondo A., Tirado L. Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México depresión y esquizofrenia. Salud mental. Volúmen 21 # 1, Febrero de (1998). Página 43 a la 47.
36. REICH J, Warshaw M, Peterson LG, Whittr K, Keller M, Lavori P, Yankers KA. Comorbidity of panic and major depressive disorder. J Psychiatry Res (1993); 27: 23-33.
37. RICHELSON E. Treatment of acute depression. Psychiatry Clin. North. Am. (1993), 16: 461-78.
38. ROY A. Genetics of Suicide in Depresión. J. Clin Psychiatry (1999); 60 (suppl 2): 12-17.
39. REUS V. I. MD Trastornos afectivos. Capítulo 30. En: Goldman. Psiquiatría general. Editorial El Manual Moderno. México, 3ª. Edición, (1996) Págs. 349-350.
40. SÁNCHEZ Rentería M.A. Depresión en el Hospital General. Simposium Auditorio Hospital San Javier. Septiembre 12 y 13 de (1998). Guadalajara, Jalisco.
41. STOUDEMIRE A, Frank R, Hedemarck N y col. the economic burden of depression. Gen Hosp. Psychiatry (1986); 8: 387-394.
42. STYRON W. Esa visible obscuridad. Memoria de la locura. México: (1990), Grijalbo, Pág. 20.
43. SALGADO de Snyder Nelly, D. S. W, Maldonado M. Características psicométricas de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pública de México, Abril de (1994); Volumen 36 No. 2, Págs. 200-209.

44. VALLEJO Ruiloba J. Trastornos depresivos Capítulo 31. En: VALLEJO RUILOBA J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 3°. Edición Salvat. México (1991), Pág. 470.
45. WELLS KB, Stewart A, Hays RD y col. The functioning and well being of depressed Patients. JAMA (1989); 262: 914-919.
46. ZAPATA Avila CM. Prevalencia de cuadros depresivos en adolescentes del medio rural y su relación con niveles de aprovechamiento educativo, Tesis U.A.D.Y. (1995).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO NO. 1**II. RECOLECCION DE DATOS****EDAD:** _____**SEXO:** _____**ESTADO CIVIL:** _____**NO. DE HIJOS:** _____**OCUPACIÓN:** _____**RELIGIÓN:** _____**INGRESO:** _____**SE CONOCE DEPRIMIDO****(SI)****(NO)**

ANEXO No. 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Nombre fecha / /

Instrucciones: Para cada factor, señale que enunciado mejor caracteriza al paciente:

1	Afecto deprimido	
----------	-------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Solo cuando se pregunta
- 2 Comunica verbal y espontáneamente
- 3 Comunica de forma no verbal
- 4 El paciente reporta sobre todo este tipo de sentimientos

2	Sentimiento de culpa	
----------	-----------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Auto reproche
- 2 Ideas de culpa, énfasis en errores pasados o pecados cometidos
- 3 Lo que siente es un castigo, delusiones de culpa
- 4 Escucha voces que lo acusan

3	Suicidio	
----------	-----------------	--

- 0 Ausente
- 1 Siente que la vida no vale la pena vivir
- 2 Desearia estar muerto(a)
- 3 Piensa en suicidarse
- 4 Intenta

4	Insomnio temprano	
----------	--------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Algunas dificultades para dormir
- 2 Casi siempre tiene dificultades para dormir

5	Insomnio intermedio	
----------	----------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Inquietud durante la noche o sueño ligero
- 2 Se levanta a media noche

6	Insomnio tardio	
----------	------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Se levanta temprano pero duerme otra vez
- 2 Se levanta temprano pero no puede volver a dormir

7	Trabajo y actividades	
----------	------------------------------	--

- 0 Sin dificultad
- 1 Sentimiento de fatiga, incapacidad o debilidad con respecto al trabajo o a pensamientos
- 2 Ha perdido el interes en el trabajo o en sus pasatiempos
- 3 Ha reducido significativamente el tiempo que trabaja o dedica a sus pasatiempos
- 4 Ha dejado de trabajar o de hacer su vida cotidiana

8	Retardo psicomotor	
----------	---------------------------	--

- 0 Discursos y pensamientos normales
- 1 Un poco de lentitud al hablar
- 2 Retardo obvio en su ritmo de discurso
- 3 Dificultades para realizar la entrevista
- 4 Estupor

9	Agitación	
----------	------------------	--

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 2 Se muerde los labios, come las uñas etc.

10	Ansiedad psicológica	
-----------	-----------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Tension subjetiva, irritabilidad
- 2 Se preocupa por motivos sin importancia
- 3 Actividad aprehensiva
- 4 Expresa miedos espontáneos

11	Ansiedad somatica	
-----------	--------------------------	--

- 0 Ausente
- 1 Media
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

12	Síntomas gastrointestinales	
-----------	------------------------------------	--

- 0 Ninguno
- 1 Disminucion del apetito o siente molestias
- 2 Se le tiene que "obligar" a comer o exige laxantes u otras medicinas para el estomago.

13	Síntomas somáticos generales	
-----------	-------------------------------------	--

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en puiernas, espalda o cabeza. Dolores de espalda o musculares. Perdida de energia ofatoga.
- 2 Cualquier síntoma significativo.

14	Síntomas genitales	
-----------	---------------------------	--

- 0 Ausentes
- 1 Disminusion de la libido, dismenorrea
- 2 Perdida de la libido, amemorrea.

15	Hipocondriasis	
-----------	-----------------------	--

- 0 Ausentes
- 1 Preocupacion solo consigo mismo
- 2 Preoccupacion con el estado de salud
- 3 Se queja y pide ayuda frecuentemente
- 4 Delusiones hipocondriacas.

16	Perdida de peso	
-----------	------------------------	--

- 0 No
- 1 Probable (menos de un kg en la ultima semana)
- 2 Definitiva (mas de kg por semana)

17	Introvision	
-----------	--------------------	--

- 0 Reconoce estar deprimido(a) o enfermo(a)
- 1 Reconoce la enfermedad pero la atribuye a otras causas (clima, comida, virus, etc.)
- 2 Niega estar enfermo(a)

Puntuación Total	
-------------------------	--