

112404 14



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD COMUNITARIA

CURSO DE ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR Y ATIPICA

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. MONTERROSA GALINDO ALMA ROCIO

ASESOR: DR.FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN
MEDICO PSIOIATRA CMNSXXI

MEXICO, D.F.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

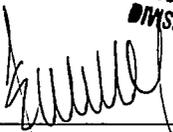
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Vo. Bo.

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
INVESTIGADOR ASOCIADO "A"
ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.



DR. JORGE ESCOBEDO DE LA PEÑA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y JEFE DE ENSEÑANZA DE
LA ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 21 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN ESPECIAL A LA DOCTORA LEONOR CAMPOS ASÍ COMO A SU EQUIPO DE TRABAJO POR LAS FACILIDADES PRESTADAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

A MI ASESOR CLÍNICO, DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN Y MI ASESORA EN ESTADÍSTICA DRA. EVANGELINA GONZÁLEZ FIGUEROA POR EL INVALUABLE APOYO OTORGADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.

DEDICATORIA

A MI ESPOSO BERNARDO Y A MIS HIJOS JESSICA Y GIBRÁN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

Resumen	3
Marco Teórico	5
Antecedentes	7
Justificación	17
Planteamiento del problema	18
Objetivo	19
Hipótesis	20
Material y métodos	21
Criterios de selección	21
Definición de variables	22
Procedimiento y organización general	26
Análisis estadístico	28
Resultados	29
Conclusiones	30
Bibliografía	31
Anexos	33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de Depresión mayor y Depresión atípica además de su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y metabólicos. Determinar la prevalencia de Depresión mayor y Depresión atípica además de su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y metabólicos.

METODOLOGÍA: El estudio se realizó en la UMF 21, del 1 de marzo al 30 de junio del 2001. Se aleatorizaron sujetos > 18 años, de cualquier sexo, (podían ser o no derechohabientes), de consulta externa, control de prestaciones, medicina preventiva y farmacia. Se aplicó un cuestionario estandarizado, la escala de Depresión Atípica y la escala de Beck, se midió glucosa, colesterol y triglicéridos con Accutrend GCT, además peso, talla, tensión arterial, cintura y cadera.

RESULTADOS: Fueron incluidas 800 personas 193 (24.1%) hombres y 607 (75.9%) mujeres. La prevalencia global de Depresión Mayor (DEM) (Beck >12 puntos) fue de 25.6% (IC_{95%} 22.6, 28.7), el género más afectado fue el de las mujeres con una prevalencia 28.8% (IC_{95%} 25.2, 32.4). La prevalencia global de depresión Atípica (DEA) (ADDS =4) fue de 26.9% (IC_{95%} 23.8, 29.9), el género más afectado fue el de las mujeres con una prevalencia 32% (IC_{95%} 28.3, 35.7).

Al separar a los pacientes con Depresión Mayor subtipo atípica, (DMA), los que tuvieron depresión Mayor simple (DMS) y los pacientes con sintomatología atípica pero sin depresión mayor (SA), los resultados fueron: DMA 11.1% (IC_{95%} 8.95, 13.3), DEMS 14.5% (IC_{95%} 12.1, 16.9), pacientes con SA 15.8% (IC_{95%} 13.2, 18.3). Al realizar el análisis multivariado para DEM las variables que mostraron tener mayor asociación fueron: ser mujer tiene 51% de exceso de riesgo (RM 1.51, IC_{95%} 1.00-2.3), el antecedente familiar de trastorno mental 70% de exceso de riesgo (RM 1.69, IC_{95%} 1.00-2.85), el antecedente familiar de intento de suicidio, 3 veces mas riesgo (RM 3.54 IC_{95%} 1.72-7.30), el ser viudo tiene 72% de exceso de riesgo, a diferencia del divorciado que resultó ser factor protector aunque los intervalos de confianza no son precisos, se tomó como referencia el ser casado, tener una o más enfermedades crónicas muestra 2 veces más riesgo. Para depresión atípica el modelo más explicativo fue, el ser mujer, (RM 1.59 IC_{95%} 1.58-6.14), el antecedente familiar de intento de suicidio aumento el riesgo a 3 veces del obtenido en el análisis bivariado, (RM 3.19 IC_{95%} 1.58-3.14), la obesidad es un factor muy importante (RM 2.29 IC_{95%} 1.64-3.47), el grupo de edad mas joven, el NSE alto (RM 1.46, IC_{95%} 1.28-1.73), y de las enfermedades crónicas, tener gastritis (RM 1.46 IC_{95%} 1.28-1.73),

CONCLUSIONES: En el presente estudio, la estimación de la prevalencia de depresión mayor fue de 26.9% y de depresión mayor simple, es decir sin acompañarse del subtipo de depresión atípica. 14.5% En este sentido los resultados en el estudio mostraron fue la prevalencia de depresión mayor se ha incrementado los últimos cinco años. Los resultados muestran que existe una alta prevalencia de depresión atípica. Los factores de riesgo con más fuerza de asociación fueron: La obesidad, el ser mujer, tener antecedente familiar con depresión, antecedente de un familiar con suicidio. Este estudio contribuye como una plataforma para el desarrollo de futuros estudios epidemiológicos para identificar un locus genético para esta enfermedad, y tal vez realizar un seguimiento para determinar la relación causa-efecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

Estudios recientes han demostrado que la incapacidad debida al estado de ánimo deprimido, supera a la de la mayor parte de los principales trastornos médicos crónicos como diabetes, artritis y angina de pecho. Los trastornos afectivos de mayor prevalencia son: Depresión mayor (trastorno unipolar) y enfermedad maníaco depresiva (trastornos bipolares)¹

DEFINICIONES

Los trastornos depresivos se dividen en depresión mayor y cinco subtipos (depresión atípica, distimia, melancolía, depresión recurrente y depresión posparto), estos a su vez se clasifican en primarios y secundarios.²

El trastorno afectivo mayor primario se define por la presencia de un episodio depresivo que surge sin causa aparente y no se asocia a ningún otro proceso médico o psiquiátrico.

El Trastorno afectivo secundario aparece cuando ya existe otra enfermedad mental como esquizofrenia, alcoholismo, adicción a sustancias o trastornos de la personalidad y además otras enfermedades como: endocrinopatías, enfermedad de la colágena, enfermedades cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, deficiencias vitamínicas, etc.³

DEPRESIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría, normó el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV) cuyos criterios son utilizados por la Asociación Mexicana de Psiquiatría para fines clínicos y de investigación⁷

Para llegar al diagnóstico de depresión existen diferentes escalas validadas y aplicadas en diferentes países por ejemplo: La Atypical Depression Diagnostic Scale (ADDS) realizada por Jonathan W. Stewart.1988-1990, contiene los criterios para depresión atípica del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos Mentales cuarta edición (DSM IV);⁴ Diagnostic Interview Schedule (DIS), es un cuestionario diagnóstico estructurado diseñado para ser aplicado por entrevistadores capacitados no médicos, que incluye los criterios del DSM IV; La Escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff (CES-D) mide la

sintomatología depresiva en la población general, y pone énfasis en el componente afectivo. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) mide la severidad de los síntomas de depresión, ha demostrado su utilidad en pacientes hospitalizados y en población abierta.⁵ La Schedule for Affective disorders and Schizophrenia (SADS) en conjunto con el DSM IV, se utiliza para enfermedades afectivas y esquizofrenia. La escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink está diseñada para aplicarse a personas mayores de 60 años.⁶

DEPRESIÓN MAYOR

La depresión es un trastorno afectivo de naturaleza recurrente caracterizado por cambios en el humor y el afecto, síntomas conductuales, cognitivos y neurovegetativos. Tiene varios subtipos entre ellos la depresión atípica.

Los criterios para el diagnóstico de DM basado en el DSM-IV son:

Episodio depresivo que dura más de 2 semanas.

Criterio A. Al menos 5 de los siguientes síntomas la mayor parte del día o casi a diario: Estado del ánimo deprimido (irritable en niños y adolescentes), disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades (anhedonia), pérdida de peso importante (más del 5% del peso del cuerpo en un mes), disminución del apetito, insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad de concentrarse o indecisión, pensamiento recurrente de muerte (miedo de morir o suicido), intento o plan de suicidio.

Criterio B. No se puede establecer un factor orgánico que inicie o mantenga el trastorno y el trastorno no es una reacción normal a la muerte de un ser querido.

Criterio C. En ningún momento hay delirios ni alucinaciones.

Criterio D. No debe estar superpuesto con esquizofrenia o trastornos delirantes o psicóticos.^{3,7}

TRASTORNO RECURRENTE

Cuando se reiteran los episodios depresivos a lo largo de la vida del paciente. (Después del primer episodio, entre el 50% y el 80% suelen presentar otro episodio)^{3,7}

DEPRESIÓN ATÍPICA

La depresión atípica es un subtipo de la depresión mayor que se distingue de esta última por los síntomas invertidos. Los criterios utilizados para establecer el diagnóstico son:

Síntomas vegetativos: bulimia (caracterizado por "antojo de carbohidratos" e ingesta excesiva de alimentos dulces, mínimo tres veces por semana), hipersomnia (siestas durante el día que juntas acumulan alrededor de 10 horas), sensibilidad al rechazo interpersonal, parálisis de la iniciativa, excesiva susceptibilidad, aumento de peso, abatimiento o aplomamiento de extremidades (dificultad para movilizar las extremidades "sentirlas pesadas o entumidas"), reactividad del estado de ánimo (la persona vuelve a su estado normal de ánimo con la visita de los hijos, con un halago, etc.), una característica importante es que responde a los inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa)^{7,8}

FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La exploración posmortem en suicidas sugiere una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a los receptores alfa₁, alfa₂ y betaadrenérgicos de la corteza cerebral y un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus. El hallazgo de bajos niveles de triptofano en el plasma de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito principal de la serotonina en el cerebro) en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de 5HT en el encéfalo de los suicidas. Al igual que cambios neuroendocrinos compatibles con una disfunción pre o postsináptica de las neuronas serotoninérgicas. Las alteraciones neuroendócrinas compatibles con los signos y síntomas neurovegetativos son: 1) aumento de la secreción de cortisol, 2) aumento

del tamaño de las suprarrenales, 3) descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y 4) respuesta amortiguada de la hormona estimulante del tiroides (TSH) a la inyección de hormona liberadora de hormona tiroidea (TRH). Las variaciones diurnas de la gravedad de los síntomas y alteraciones, según el patrón circadiano de varios factores neuroquímicos y neuroendocrinos sugiere que las diferencias biológicas podrían ser secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos. En los pacientes con depresión mayor se encuentran datos constantes consistentes en descenso del comienzo del sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y en algunos disminución del sueño profundo de ondas delta lentas.

ANTECEDENTES

Prevalencia de Depresión Mayor

La prevalencia de Depresión Mayor, en los diferentes estudios varía de acuerdo a la definición de la enfermedad y al instrumento de medición que ha utilizado, aunque en la mayoría de los estudios la operacionalización del diagnóstico se basa en el DSM IV o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª. revisión).

La investigación realizada en 1984, en cinco ciudades de los Estados Unidos, con una población total de 18571 personas, reportó una prevalencia global de 2.2% de síntomas depresivos un mes antes del estudio, 3.0% los últimos seis meses y 5.8% alguna vez en su vida. El instrumento de diagnóstico fue el Diagnostic Interview Schedule (DIS), basado en el DSM III.⁹

En otra investigación que llevó a cabo el equipo de Canino GJ, en Puerto Rico, la ocurrencia de síntomas depresivos en 1984 es relativamente común. El resultado de 10 poblaciones investigadas muestra que un tercio de los sujetos, han reportado síntomas depresivos alguna vez en su vida. Se investigaron 1513 personas de 18 a 64 años de edad, en población abierta. Existió mas depresión en el área urbana con 4.9% y en el área rural 3.9%. El instrumento de diagnóstico fue El Diagnostic Interview Schedule (DIS), basado en el DSM III.¹⁰

En un estudio realizado en Finlandia, se mostró que la prevalencia de episodios depresivos variaba de 2.6% a 11.8%. Los síntomas depresivos que mas destacaron fueron; ánimo depresivo, pérdida del interés, ideas recurrentes de muerte o suicidio, disminución de la capacidad de concentración, indecisión, y cambios en el apetito. ¹¹

Caraveo y cols. realizaron en 1995 un estudio sobre la morbilidad psiquiátrica en una muestra representativa de la Ciudad de México en la cual encontraron que 7.9% de los adultos de la población urbana en México había presentado un episodio depresión mostrando un claro predominio en las mujeres, prevalencia en hombres 5.6% y en mujeres 10.3 utilizando como instrumento de medición la encuesta de CIDI ^{12,13}

Burvill PW en 1995 en un meta-análisis reportó que en la mayoría de los estudios, los síntomas depresivos persistieron de 6 meses hasta 1 año; encontró también que la prevalencia más alta en ciudades europeas fue de 17.0%. No menciona que instrumento de medición utilizaron en cada estudio pero sí que se basaron en el DSM IV. Todos coincidieron en una alta prevalencia de depresión en las mujeres y sobre todo en adultos jóvenes.¹⁴

En su estudio De Santillana Hernández y cols. en 1996 reportaron una prevalencia global de 46.4% en población adulta mayor derechohabiente del IMSS. En población ambulatoria derechohabiente encontraron 10% leve y 20% moderada a severa y 25% y 40% en pacientes hospitalizados, utilizando la escala de Yasavage y Brink.⁶

Prevalencia de Depresión Atípica

Son muy escasos los estudios sobre DA, solo dos han examinado la prevalencia de este padecimiento, Asnis y Mark analizaron una muestra de 114 pacientes deprimidos diagnosticados con la escala de SADS (Schedule for Affective disorder and Schizophrenia) y para el diagnóstico de DA utilizaron la ADDS.¹⁵ Mas recientemente en 1996 Roberston y cols. Reportaron 28% vs 30% de una muestra de 109 pacientes diagnosticados con un episodio de depresión mayor unipolar o bipolar, respectivamente; utilizaron para el diagnóstico la escala ADDS. (Atypical Depresión Diagnostic Scale) y los criterios del DSM-IV. En sus resultados mostraron que 65% tuvieron reactividad al humor, 40% parálisis aplomada, 40% hipersensibilidad al rechazo, 33% hipersomnía y 32% hiperfagia. No encontraron diferencia significativa en los factores demográficos como (edad, sexo, y duración del episodio) entre depresión típica y atípica. Concluyen que la depresión atípica esta frecuentemente asociada a la depresión bipolar.¹⁶ Algo importante de recalcar es que su muestra consistió en pacientes ambulatorios y hospitalizados con enfermedades crónicas y graves.

La depresión atípica es un subtipo de la depresión mayor o típica, que responde muy bien a los inhibidores de la MAO, en su estudio Jarret RB en 1999 refiere que de 366 pacientes estudiados, 287 pacientes fueron diagnosticados con depresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(78.4%) y de esos 242 tenían depresión atípica (66.1%), de esta muestra, 69% eran mujeres, 94% de raza blanca, la media de edad de 38.7, 17% solteras, 58% divorciadas o separadas, la media de los años de educación fue de 14.3, 72% eran empleados de tiempo completo, 6% amas de casa, 22% desempleados y 6% tenían antecedente familiar de enfermedad depresiva.¹⁷

Existen otros estudios que se han enfocado básicamente a su tratamiento, ejemplo de ello es el ensayo clínico que se realizó para probar la eficacia de la fenelzina vs Imipramina, en una muestra aleatorizada de 60 pacientes con depresión atípica, con una media de edad de 38 años. Los resultados apoyan la superioridad de la fenelzina (un inhibidor de la monoamino-oxidasa) sobre la imipramina y el placebo.¹⁸

Factores De Riesgo Relacionados

Edad

Las prevalencias de depresión por grupos de edad en el estudio de Darrell fueron: El grupo de edad que mayor frecuencia presentó fue el de 25 a 44 años (3.0%) y el de menor fue el de 65 años (0.7%). La ocurrencia de síntomas depresivos en América ha sido mas prevalente en mujeres jóvenes y tiende a disminuir con la edad, mientras que en hombres la prevalencia se incrementa con la edad.⁹

En Puerto Rico en 1985 reportaron la mayor ocurrencia en el grupo de 45-64 años de edad, tanto en los pacientes que alguna vez habían tenido depresión, como en los que la padecían actualmente (5.1% y 3.2% respectivamente).¹⁰

En cuanto a la edad de inicio en el hombre se ha descrito una media de 26.3 años con una desviación estándar (DE) de 11.5 y un rango de 8 a 52 años, y en las mujeres una media de 27.2 años, DE ± 12.3 y rango de 5 a 61 años, de acuerdo a esto, los episodios depresivos en la población adulta de la ciudad de México se inician principalmente en la segunda mitad de la 3° década de la vida, sin que se observen diferencias significativas de acuerdo al género.¹³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La creencia común es pensar que la depresión incrementa con la edad; sin embargo, Burvill en su meta-análisis encontró que la mayor prevalencia de alteraciones depresivas se da en adultos jóvenes y va disminuyendo entre las personas de edad avanzada, de igual manera la severidad es más común en los adultos jóvenes y moderada a leve en los ancianos. Henderson sugiere que este fenómeno puede deberse a que los criterios diagnósticos usuales son inapropiados para los pacientes de edad avanzada o a una alta mortalidad lo cual reduce la prevalencia en esta edad.¹⁴

Paralelamente con el incremento de la depresión hay aumento del suicidio y el abuso de drogas entre adolescentes y adultos jóvenes. Klerman explica este fenómeno a partir de los cambios en la alimentación, urbanización, estructura familiar, alteraciones en el papel de la mujer y la introducción de la mujer a la fuerza de trabajo.

Género

Darrel A y cols. en Estados Unidos obtuvieron como resultado un rango de la prevalencia en varias ciudades que osciló entre 6.1% a 8.6% en hombres y 11.0% a 22.6% en mujeres, con predominio en el sexo femenino.⁹

Canino GJ en Puerto Rico reportó que el 3.5% de los hombres habían tenido depresión alguna vez en su vida síntomas depresivos en comparación del 5.5% de las mujeres, y de estos el 2.4% de los hombres tuvieron DM en los últimos seis meses, en contraste con las mujeres que fueron 3.3%.¹⁰

También Lehtinen V. y Joukamaa observaron que los síntomas depresivos han demostrado ser mas prevalentes en las mujeres que en los hombres, realizaron una revisión de estudios de depresión en varias ciudades de Finlandia y encontraron que la media de la prevalencia para las mujeres fue de 7.9% y para los hombres de 4.0%.¹¹

Los estudios concuerdan en que la depresión es mas prevalente en el sexo femenino que en el masculino con una relación de 2:1. Caraveo-Colmenares en un

estudio transversal realizado en México D. F., reportaron una prevalencia en mujeres de 10.0% y en hombres de 5.2%, mas alta en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad.¹³

En su meta-análisis Burvill refiere que Anthony y Petronis mostraron que las mujeres de 18 a 44 años tienen 1.5 veces más riesgo de iniciar con depresión que los hombres, otro estudio menciona que las mujeres en el grupo de 10-14 años tiene un riesgo 12.3 veces mayor. Kessler puntualiza que esta diferencia de 2:1 solo se presenta en la adolescencia y adultos jóvenes; sin embargo, en la edad mayor o avanzada se emparejan 1:1 en la prevalencia de depresión, Nolen-Hoeksema propone que una explicación para esta diferencia en la prevalencia 2:1 se debe a que la mujer tiene mas facilidad para buscar ayuda y externar sus síntomas en comparación con los hombres.¹⁴

De Santillana al clasificar la depresión en leve, moderada y severa encontró, que 30% de los hombres y 42% de las mujeres reportaron depresión leve, y 7.0% de los hombres y 15.0% de las mujeres tuvieron de moderada a severa.⁶

En un estudio realizado en México en 1999 se encontró una proporción aumentada de los siguientes factores para que las mujeres desarrollen depresión: una baja autoestima, acontecimientos de la vida que producen una gran tensión, experiencias de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia, alcoholismo, y posibles problemas afectivos en la familia de origen.¹⁰

Paykel y cols. encontraron una mayor prevalencia de depresión en mujeres trabajadoras y de la clase media en Londres. Se ha demostrado en numerosos estudios que la relación es 2:1 con predominio en el sexo femenino, el autor propone varias explicaciones para esto, una de ellas es que la mujer demanda mas atención, solicita ayuda con mas frecuencia que el hombre, otras podrían ser causas biológicas como genes, hormonas y antecedente familiar. Se ha encontrado un gen recesivo en el cromosoma X como en la hemofilia relacionado a la depresión. La pubertad, menopausia, y el postparto pueden ser factores de riesgo. Otra serian las causas sociales, el ser trabajadora y tener buen soporte económico

esta asociado con bajos niveles de depresión. Otra hipótesis es que esta asociada con la discriminación, el menosprecio y la inequidad social y económica.²⁰

Estado Civil

En cuanto al estado civil, los mas afectados fueron los que reportaron divorcio (8.7%), separación (7.3%) y viudos (10.1%)¹¹

Caraveo reportó que en cuanto al estado civil los que presentaron mayor frecuencia de depresión fueron los viudos (22.9%), los separados (12.4%) y los divorciados (10.1%)¹³

Burvill en su meta-análisis muestra una prevalencia significativamente alta, entre personas separadas o divorciadas. Las mujeres casadas, particularmente jóvenes y con niños pequeños tienen mayor prevalencia de depresión que las solteras.¹⁴

En cuanto al estado civil las mujeres casadas y con hijos pequeños tienen altas tasas de depresión al contrario que los hombres donde es mayor la depresión en solteros o viudos.²⁰

Escolaridad

La prevalencia en las personas que estudiaron de 7 a 11 años es mayor, comparada con la de los que tenían de 0 a 6 años de escolaridad.¹⁰

Es de esperarse que los trastornos afectivos se presenten entre la población que tiene menos escolaridad; sin embargo, en el estudio de Caraveo y Colmenares resultó que los episodios depresivos fueron más frecuentes en las personas que tenían de 10 a 12 años de estudios (11.2%).¹³

Nivel Socioeconómico

En México, Los episodios depresivos se presentan en personas con menores ingresos, pero no los mas pobres, seguidos por aquellos con mayores ingresos. Nivel alto (8.8%), Nivel medio (10.9% y Nivel bajo (7.0%).¹³

En el meta-análisis de Burvill hay una disminución de la prevalencia a mayor ingreso y educación en comparación con una alta prevalencia en población con bajo ingreso y pobre educación, hallazgos similares se encontraron en otros estudios de Estados Unidos. Bebbington encontró una prevalencia muy alta en hombres y mujeres desempleadas y divorciadas.

Antecedentes Familiares

Duggan realizó un estudio con una muestra de 89 pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión clasificada por la escala de SADS. Se examinaron los antecedentes psiquiátricos en familiares de línea directa (519) a través de fuentes directas e indirectas, para medir el antecedente familiar se construyó un índice de historia familiar que incluyó tamaño de la familia, edad de los integrantes, hospitalizaciones por enfermedad mental o suicidio. Los autores reportaron una asociación significativa entre antecedente familiar y depresión severa, sin embargo sus intervalos no son precisos $RM\ 1.98\ IC_{95\%}\ (0.98-3.98)\ x^2\ 4.68\ p=0.03.$ ⁽²¹⁾

Factores de tipo metabólico y neuroquímico

Asnis y Mark midieron la frecuencia de DA y compararon las características biológicas entre pacientes con DA y típica. A todos los pacientes se les midió cortisol en plasma. 39% del total reunieron los criterios para DA, fue mayor la prevalencia en las mujeres, los niveles de cortisol (después de inyectarles desipramina que es un agonista noradrenérgico) fueron significativamente mas altos en los pacientes con DA vs DM, lo que sugiere que la DA esta asociada con un mayor daño al sistema noradrenérgico¹⁵

Obesidad

Una disminución de la actividad de serotonina (5HT) lleva a un síndrome llamado "antojo de carbohidratos". Este síndrome está caracterizado por signos de depresión atípica y una concomitante urgencia para consumir carbohidratos llevando al paciente a la obesidad. En estos pacientes el consumo de carbohidratos, sirve como un tipo de auto-medicación ya que alivia los síntomas depresivos por el incremento de 5HT en el tejido cerebral.²²

Jogin realizó una investigación de los efectos del cortisol en la grasa corporal en pacientes deprimidos por medio de la tomografía computarizada. Hizo un estudio de casos y controles con 7 mujeres con DM (casos) y 7 mujeres sanas (controles), ninguna de las 14 tenían antecedentes familiares de obesidad. Para diagnóstico de DM se basaron en el DSMIV y en la escala de Hamilton. No encontraron diferencias significativas en las medidas antropométricas, en cambio los niveles de cortisol estuvieron elevados en las pacientes con depresión (759 vs 292) y además hubo correlación positiva entre la grasa visceral y el cortisol en plasma en las pacientes con depresión.²³

Judith M. Investigó la correlación entre sobrepeso y síntomas depresivos en mujeres afro-americanas tomando en cuenta factores demográficos como estado de salud, nivel socioeconómico, edad, escolaridad, estado civil, y número de integrantes en la familia. La muestra para este estudio no fue aleatorizada ya que se incluyeron a todas las mujeres que desearan participar. En un total de 429 mujeres pudo observarse una fuerte asociación entre sobrepeso y depresión; esta asociación fue mayor en las que tenían mas escolaridad y mayor nivel socioeconómico. El alcoholismo esta muy asociado con la depresión controlando el resto de las variables. Los niveles más bajos de depresión se encontraron en mujeres con un fuerte arraigo étnico y menor sobrepeso. El mal estado de salud, el alcoholismo y la hostilidad son fuertes predictores del estado depresivo.²⁴

Kenneth M. realizó un estudio en 1992 donde asoció el peso corporal con la depresión clínica, ideas suicidas, e intento de suicidio, en una muestra de 40086 personas, utilizando el cuestionario AUDADIS el cual contiene preguntas sobre alcohol, drogas, y depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Para obesidad

consideraron el índice de masa corporal IMC >30. En sus resultados la relación entre peso corporal y depresión clínica e intento de suicidio fue diferente para hombres y mujeres. La obesidad fue asociada con incremento en el riesgo para depresión entre mujeres pero disminuyó el riesgo entre los hombres.²⁵

Robert E. En 1994 examinó la prevalencia de obesidad y su asociación con depresión mayor y otros factores de riesgo como sexo, estado civil, estado socioeconómico, estado de salud, y estrés en una cohorte de mayores de 50 años.

Para el diagnóstico de depresión se basaron en los criterios del DSM-IV, utilizaron el IMC para el diagnóstico de obesidad, interrogaron también la presencia de enfermedades crónicas. La prevalencia de depresión mayor entre pacientes obesos fue del 15.5%. El mayor riesgo para depresión fue observado en obesos, mujeres, solteros, divorciados y viudos, con menos escolaridad y con una o más enfermedades crónicas.²⁶

Colesterol

Hyman Engelberg realizó una revisión bibliográfica de seis estudios aleatorizados y controlados donde encuentran asociación entre disminución en los niveles de colesterol sérico y suicidio. Hyman menciona que hay evidencia de que la concentración baja de colesterol sérico en sujetos de edad media ocasionada por dieta, medicamentos o ambos con el fin de disminuir las enfermedades coronarias está asociada con el incremento en muertes por suicidio y violencia. En uno de los estudios revisados por Hyman existe evidencia de que la disfunción en el sistema de serotonina cerebral esta asociada con un mal control de la reacción al medio ambiente, el cual se manifiesta con ideas suicidas o agresividad. El cerebro de las víctimas de suicidio tiene baja concentración de serotonina y en pacientes con depresión se encuentra escasa concentración de ácido 5-hidroxiindol acético (el principal metabolito de la serotonina), y la concentración fue aún menor en pacientes deprimidos con ideas suicidas. En otro estudio, realizado en un hospital de salud mental, los pacientes con concentraciones altas de colesterol (media de 7.5 mmol/l) fueron menos retraídos o agresivos que cuando tenían bajas concentraciones (media 4.80 mmol/l).²⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muldoon y cols. (E.U. 1990) recomiendan mayor cautela en los programas para el control de lípidos, para que se apliquen solo en los individuos que tengan un alto riesgo de enfermedad isquémica, por la relación que se ha evidenciado entre la disminución del colesterol sérico y el incremento en la tasa de suicidio.

El objetivo de su estudio fue examinar los efectos de la baja concentración de colesterol sérico en las tasas de mortalidad general y muerte atribuible a enfermedad coronaria, cáncer y otras causas (accidentes, violencia y suicidio), utilizando un meta-análisis, que incluyó seis estudios de los cuales resultaron 24,847 participantes y aproximadamente 119,000 años persona. En sus resultados observaron una importante reducción en la incidencia de eventos coronarios en pacientes con terapia reductora de colesterol dieta o medicamentos ($p=0.04$). Los seis estudios coincidieron en la asociación entre reducción del colesterol y una alta mortalidad por suicidio y violencia. Estos datos sugieren asociación entre concentraciones bajas de colesterol sérico, función neuronal y predisposición ambiental. La significativa alta mortalidad por muerte violenta y suicidio entre gente bajo tratamiento para disminuir el colesterol, justifica realizar más investigaciones.²⁸

En 1995 Maes y cols examinaron si los niveles de colesterol sérico (HDL-C) estaban disminuidos en pacientes con depresión mayor y en pacientes que en algún momento de su vida habían tenido ideas suicidas y si estaba asociado al uso de antidepressivos. Incluyeron 64 sujetos en total, 28 controles que fueron voluntarios y 36 pacientes con depresión mayor. Los pacientes se clasificaron de acuerdo al DSM-III-R y se aplicó la escala de Hamilton para depresión. El antecedente de ideas suicidas se obtuvo por medio de un cuestionario estandarizado aplicado a pacientes y familiares. A todos los participantes se les realizaron exámenes de laboratorio (química sanguínea, función hepática y perfil hormonal). En sus resultados reportan que el HDL- C/colesterol fue significativamente menor en sujetos con depresión mayor que en los controles y no hubo diferencia significativa en los lípidos séricos o vitamina E en los deprimidos con los controles. El segundo hallazgo fue que los niveles de HDL/C fueron significativamente más bajos en pacientes deprimidos que habían tenido ideas o intento de suicidio. Y el tercer hallazgo es que no hubo asociación entre los niveles de HDL/C ni Colesterol total con el tratamiento o posttratamiento.²⁹

En 1987 Morgan realizó un estudio cuyo objetivo fue encontrar si la enfermedad depresiva esta asociada con concentraciones bajas de colesterol en plasma en hombres mayores de 50 años. La cohorte fue tomada de un estudio de seguimiento para investigar factores de riesgo para enfermedad cardiaca, diabetes y otras enfermedades crónicas. A los pacientes se les aplicó la escala de Beck para depresión. A todos los participantes se les tomó muestra sanguínea y se midió concentración de colesterol en plasma, se aplicó también un cuestionario estandarizado para investigar antecedentes familiares y personales patológicos, alcoholismo, tabaquismo, dieta y actividad física. En sus resultados reportaron que los síntomas depresivos incrementaron significativamente con la edad ($p=0.007$). La edad fue también asociada con una significativa disminución en el colesterol en plasma. La proporción de hombres con concentraciones de colesterol bajo, se incrementó hasta 6.5% en el grupo de 50-59 años de edad y 11.9% en el grupo de 80-89 años. Los grupos de mayor edad reportaron una importante disminución del apetito, más que en los grupos jóvenes. La concentración de colesterol menor a 4.14 mmol/L estuvo asociada con 16% de la prevalencia de depresión en hombres mayores de 70 años. En los adultos mayores el colesterol bajo representa un 14.2% del riesgo atribuible.³⁰

Maes M, refirió que encontró muchos reportes sobre cambios en los lípidos séricos relacionados con suicidio y depresión mayor. Hallazgos de laboratorio sugieren que la depresión mayor esta acompañada de reducción en colesterol. Los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) estaban significativamente disminuidos en los pacientes con depresión mayor, el colesterol también estaba disminuido aunque en menor porcentaje.³¹

Lindberg en su estudio realizado en Suecia demostró una fuerte asociación entre bajas concentraciones de colesterol sérico y muertes violentas durante los primeros siete años de un seguimiento de veinte años en 26 693 hombres y 27 692 mujeres de los cuales 146 hombres y 44 mujeres murieron por suicidio.

Comorbilidad

La comorbilidad entre enfermedad mental y física es de considerable interés por los resultados obtenidos en diferentes estudios, donde se enfatiza la importancia de reconocer la co-morbilidad de la enfermedad física y psiquiátrica para el diagnóstico y la práctica clínica.⁶

La depresión es el más común de los trastornos mentales, relacionado a enfermedad física con una prevalencia de 10-45% para los diferentes padecimientos asociados.⁹

La literatura muestra una fuerte asociación entre enfermedad depresiva y varias enfermedades físicas por ejemplo, diabetes mellitus, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, migraña y cefalea, cáncer, SIDA, Alzheimer, Parkinson, fracturas de cadera y fémur. La prevalencia de depresión es muy frecuente en pacientes con enfermedad vascular cerebral y en pacientes con dolor de músculo-esquelético crónico.¹⁴

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es la enfermedad endócrina más frecuente, la cual afecta 1% al 2% de la población mundial. La prevalencia de diabetes mellitus va de 8.5%-27.2%. Reconocer y tratar la depresión puede ser muy importante en personas con diabetes, numerosos estudios han mostrado una asociación entre depresión y una mala regulación de la glucosa que disminuye la adherencia al tratamiento.¹⁴

En años recientes se reportó un valor predictivo del 70% para la Escala de Depresión de Beck (BDI) para pacientes diabéticos. Los principales indicadores para evaluar son: apetito, patrones del sueño, concentración, atención, fatiga y disminución de la libido (teniendo solo un síntoma no es suficiente para diagnosticar la depresión). La media de la edad de presentación de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es de 28-36 años y generalmente aparece antes del diagnóstico de DM. Lutsman en este estudio encontró que el BDI tiene un 85% de sensibilidad y 88% de especificidad como prueba diagnóstica de depresión mayor en pacientes con diabetes mellitus³³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Wilkinson reportó que la prevalencia de morbilidad psiquiátrica fue alta en pacientes que tenían problemas sociales, que presentaban una o más complicaciones de diabetes y cuando la hemoglobina glucosilada fue mayor de 11.5% ³⁵

En 1999 Black examinó la comorbilidad de diabetes mellitus con depresión mayor en México-americanos mayores de 65 años. El 22% de la muestra reportó tener diabetes mellitus. Encontró un alto nivel de síntomas depresivos en estos pacientes especialmente en mujeres, en individuos con pocos años de escolaridad y en individuos sin pareja actual.³⁶

Winokur reportó que las concentraciones de glucosa sérica después de la curva de tolerancia a la glucosa fue mas elevada en pacientes con depresión que en los controles sin embargo la media de insulina circulante fue mayor en los pacientes con depresión ³⁷

Wells y cols. encontraron que las enfermedades crónicas o concomitantes están asociadas con la depresión clínica. La diabetes puede tener una predisposición especial para la depresión y no para otras enfermedades psiquiátricas. En una cohorte de 800 diabéticos de primer nivel de atención solo el 1.6% están tomando antidepresivos, esto indica que no se hace diagnóstico oportuno por lo tanto no se esta dando el tratamiento adecuado a los pacientes. ⁸

En un estudio en San Luis Missouri. ^{17,33} de 28 pacientes con diabetes 18 (64%) habian experimentado un episodio de depresión, de esos 42% recayeron en los siguientes 5 años del diagnóstico. Recientemente en Baltimore se demostró que los pacientes con depresión mayor tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 al compararse con pacientes sin depresión (RM 2.23; IC 0.9-5.6). ^{18, 33}

Algunos signos y síntomas como la fatiga, las variaciones en el peso corporal y la disminución de la energía y la libido, pueden confundirse con los de depresión. Para eso se sugirieron cuatro propuestas: etiológica, inclusiva, exclusiva y sustitutiva las cuales sirven para diferenciar los síntomas de una enfermedad biológica de una psicológica.³³

Recientemente se han descubierto que existen factores biológicos que están fuertemente asociados con la presencia de depresión, aunque existe controversia debido a que algunos autores los consideran como factores de riesgo y otros más bien consideran que son consecuencia de los trastornos depresivos. En el paciente adulto mayor, la severidad de la depresión ha sido correlacionada con un aumento de la glucosa. La presencia de depresión afecta significativamente el funcionamiento cognoscitivo en el diabético adulto mayor. El cambio en los niveles de catecolaminas y serotonina tiene un impacto en el humor y la regulación de la glucosa.³³ El neurotransmisor 5HT juega un papel importante en la modulación del consumo de carbohidratos y el sentido del humor. El consumo de carbohidratos lleva a un incremento de triptófano (TrP) dentro del tejido cerebral, la hidroxilación del TrP limita la síntesis de 5 hidroxitriptamina (5HT), la 5HT regula la neurotransmisión cerebral y esta involucrada en muchos procesos psicológicos.³

JUSTIFICACIÓN

Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con estos trastornos, han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo. La depresión ocupa el 4° lugar entre las enfermedades más discapacitantes (medida en AVISA (años de vida saludable, perdidos), se estima que para el año 2020 será la 2° causa de morbilidad.¹⁰

Las personas deprimidas frecuentemente tienen ideas suicidas, por lo tanto la tarea más importante consiste en realizar un diagnóstico temprano de la depresión y especialmente de los impulsos suicidas.

El reconocimiento de la magnitud y el costo de la depresión así como su tendencia a aumentar, ha llevado a que algunos países se tomen medidas para mejorar la detección la prevención y el tratamiento de este trastorno, por lo que respecta nuestro país, aun no ha habido una respuesta en este sentido, lo que viene a sumarse a la deficiencia e ineficiencias en los servicios para la atención de la salud mental. Una depresión mayor además de que por sí misma produce un gran sufrimiento, reduce el rendimiento de la persona.¹⁰

La mayoría de las escalas de depresión miden los síntomas clásicos de la depresión como tristeza, falta de apetito, pérdida de peso etc., y dejan escapar datos de depresión atípica. Es necesario también conocer la relación entre síntomas depresivos especialmente los atípicos y los elementos que integran el síndrome metabólico. Por medio del presente trabajo se conocerá la prevalencia de la depresión y plantaremos una escala donde se puedan medir simultáneamente ambos tipos de depresión para clasificar adecuadamente al paciente y así proporcionarle un tratamiento adecuado ya que es diferente para cada una.

Dada la falta de información actual, tanto de su ocurrencia como de los factores de riesgo que la condicionan. El presente investigación permitirá fundamentar acciones de salud pública tendientes a disminuir la morbilidad por esta enfermedad en nuestra población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se ha determinado la magnitud del problema de la depresión, sobretodo del subtipo llamado depresión atípica, en la población mexicana, aunado a la falta de estudios enfocados a medir los factores de riesgo relacionados con ésta; hasta ahora no existen estudios que relacionen los síntomas de depresión con factores de riesgo de tipo metabólico, por lo que es necesario conocer la relación entre síntomas depresivos, especialmente los atípicos, y los elementos que integran el síndrome metabólico. No cabe duda que esta patología es por demás importante no solo para conocer la magnitud que presenta, sino por las repercusiones en términos de incapacidad que tiene para muchos pacientes.

Por todo lo anterior surgen las siguientes cuestiones:

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión mayor y atípica?

¿Son los trastornos metabólicos factores predisponentes para el desarrollo de la depresión?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la prevalencia de Depresión mayor y Depresión atípica además de su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y metabólicos.

ESPECÍFICOS:

Determinar la prevalencia de depresión mayor y atípica, por edad y sexo.

Determinar si existe asociación entre los antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe diferencia entre la edad, y la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre el estado civil, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre el género femenino, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre el menor nivel educativo, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre el nivel socioeconómico, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre la presencia de enfermedades crónicas con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre la obesidad con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Determinar si existe asociación entre algunos trastornos metabólicos (hiperglucemia dislipidemia), con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

HIPÓTESIS

GENERAL:

Existen factores de riesgo de orden sociodemográfico y metabólico que están asociados a la prevalencia de depresión mayor y atípica.

ESPECÍFICAS:

Existe diferencia entre la prevalencia de depresión mayor y atípica, por edad y sexo.

Existe asociación entre los antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre el estado civil, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre el género femenino, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre el menor nivel educativo, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre el nivel socioeconómico, con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre la presencia de enfermedades crónicas con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre la obesidad con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

Existe asociación entre algunos trastornos metabólicos (hiperglucemia dislipidemia), con la ocurrencia de depresión mayor y atípica.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Transversal.

LUGAR: UMF. No. 21 del IMSS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Población usuaria y acompañantes de la UMF No. 21 mayores de 18 años.

PERIODO DE ESTUDIO: Del 1 de marzo al 30 de junio del 2001.

TIPO DE MUESTREO: Aleatorio por conglomerado (consultorio), aleatorio sistemático (individuos)

TAMAÑO MÍNIMO DE MUESTRA: Con una prevalencia de 12% y tomando un nivel de confianza de 95% con poder de la prueba al 80% se estima un tamaño mínimo de muestra de 253 casos y agregando una posible pérdida de 10% el tamaño aumenta a 300 individuos. Fuente = Epi info V6.04

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Sujetos mayores de 18 años.
2. De ambos géneros
3. Acompañantes o usuarios de la UMF 21
4. Que se encuentren en ayuno o acudan al siguiente día en ayuno.
5. Que acepten participar

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

DEPRESIÓN

Definición: Trastorno afectivo caracterizado por cambios en el humor y el afecto

Escala: Ordinal primero y convertido en nominal para su análisis

Indicador: 1) leve, 2) moderada, 3) severa

1) Si 2) No

Operacionalización: Se aplicará la "Escala de Beck" La escala consiste en un cuestionario de 21 afirmaciones. Se considera depresión leve con un puntaje de 12 a 20, moderada de 21 a 30 puntos y severa mayor de 30 puntos. Se aplicará también la "Escala de depresión atípica" Se considera positiva para depresión atípica si tiene mas de 50% en el primer apartado y por lo menos cuatro respuestas afirmativas del segundo apartado.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

EDAD

Definición: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Tipo: Cuantitativo

Escala: Razón

Indicador: Años cumplidos

Operacionalización: Se interrogará en forma directa a través de preguntas abiertas en un cuestionario

GÉNERO

Definición: características orgánicas y fisiológicas que marcan las diferencias entre el hombre y la mujer.

Tipo: Cualitativo

Indicador: 1) Masculino 2) Femenino

Escala: nominal

Operacionalización: Este dato se verificará mediante interrogatorio y observación directa de los pacientes.

ESTADO CIVIL

Definición: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles que tienen ante la ley

Tipo: Cualitativo

Escala: Nominal

Indicador: 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre 4) Separado 5) Divorciado 6) Viudo

Operacionalización: Este dato se obtendrá mediante interrogatorio directo a los pacientes

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición: Es el status que obtiene un individuo y está determinado por la presencia o ausencia de recursos en una población

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal

Indicador: 1. Bajo 2. Medio 3. Alto

Operacionalización: Se interrogará con preguntas cerradas en un cuestionario estructurado y se conformará un índice.

ESCOLARIDAD

Definición: Estudios formales realizados por el paciente

Tipo: ordinal

Escala: Razón y ordinal

Indicador: Total de años de estudio y nivel

0) analfabeta 1) Sabe leer y escribir 2) primaria 3) secundaria 4) bachillerato o equivalente 5) licenciatura y 6) postgrado

Operacionalización: Este dato se obtendrá por interrogatorio directo con preguntas abiertas.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN

Definición: Son aquellos antecedentes de transmisión en línea directa a un descendiente (Abuelos, padres, tíos y hermanos)

Tipo: Cualitativo

Escala: nominal

indicador: 1) Si 2) No

Operacionalización: Se interrogará directamente a través de preguntas cerradas incluidas en el cuestionario

ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE

Definición: Cambios o desviaciones en el balance entre al hombre y su ambiente total, son permanentes, dejan impotencia residual, no reversibles, requieren largos periodos de tratamiento.

Tipo Y Escala: Cualitativa , Nominal.

Indicador: 1). Sí ¿cuáles? 2). No

Operacionalización: Se interrogará directamente a través de preguntas cerrada y abierta en el cuestionario

TENSIÓN ARTERIAL

Definición: Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared del vaso sanguíneo, la que se encuentra determinada por el flujo sanguíneo y por la resistencia de los vasos que presentan a dicho flujo.

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal.

Indicador: 1) Bajo 2) Normal 3) Alto

Operacionalización: Se obtendrá por medio de esfigmomanómetro de mercurio, con el brazo desnudo y colocado al nivel del corazón sobre una superficie.

Baja < 100/60 mm/Hg Normal 110-140/70-80 mm/Hg alta >140/90 mm/Hg

OBESIDAD

Definición: Es una entidad patológica crónica y recidivante, consistente en una proporción excesiva de grasa corporal, que se relaciona con importantes riesgos para la salud.

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal

indicador: IMC 1) $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$ 2) $< 27 \text{ Kg/m}^2$
y en población de talla baja 1) $> 25 \text{ Kg/m}^2$ 2) $< 25 \text{ Kg/m}^2$

Operacionalización: Se utilizará el Índice de masa corporal IMC que es un criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado.

IMC = peso (Kg) / talla (m^2). Se determina talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros.

OBESIDAD ANDROIDE O CENTRALIZADA Definición: Entidad patológica, crónica y recidivante, que consiste en una mayor acumulación de grasa corporal en el segmento superior. Tipo: Cualitativa

Escala: Nominal Indicador: ICC ≥ 0.93 hombres y ≥ 0.84 mujeres

Operacionalización: Se utilizará el ICC. Circunferencia cintura (cm) / circunferencia cadera (cm).

GLUCEMIA

Definición: Concentración de glucosa en sangre.

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal.

Indicador: 1) Bajo 2) Normal 3) Alto

Operacionalización: Se obtendrá de todos los pacientes una prueba capilar, medida a través del lector, Accutrend GCT. Para determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos por fotometría de reflexión, a partir de sangre capilar fresca, funciona mediante tiras codificadoras, su rango de medición es de 20 – 600 mg/dl. De acuerdo a esto se harán rangos para el análisis. (valores normales en ayunas 70 – 100 mg/dl.)

COLESTEROLEMIA

Definición: Concentración de colesterol en sangre.

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal.

Indicador: 1) Bajo 2) Normal 3) Alto

Operacionalización: Se obtendrá de todos los pacientes una prueba capilar, medida a través del lector, Accutrend GCT. Para determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos por fotometría de reflexión, a partir de sangre capilar fresca, funciona mediante tiras codificadoras, su rango de medición es de 150 – 300 mg/dl.

TRIGLICERIDEMIA

Definición: Concentración de triglicéridos en sangre.

Tipo: Cualitativo

Escala: Ordinal.

Indicador: 1) Bajo 2) Normal 3) Alto

Operacionalización: Se obtendrá de todos los pacientes una prueba capilar, medida a través del lector, Accutrend GCT. Para determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos por fotometría de reflexión, a partir de sangre capilar fresca, funciona mediante tiras codificadoras, su rango de medición es de 70 – 600 mg/dl.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el artículo 96 y 100 del Título V de la Ley General de Salud, este estudio lleva un riesgo mínimo, que no requiere de consentimiento escrito, solo verbal.

PROCEDIMIENTO Y ORGANIZACIÓN GENERAL

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 que pertenece a la Delegación número 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo del 1 de marzo al 30 de junio del 2001.

Se realizó un estudio piloto con 20 pacientes elegidos aleatoriamente, para determinar la validez y la confiabilidad de la escala de depresión atípica, Atípica Depresión Diagnostic Scale (ADDS). Esta escala fue diseñada por Jonathan W Stewart en 1988 y fue validada en 1990. La escala consta de once reactivos distribuidos en cinco apartados: I) Reactividad del humor, II) características asociadas (A.-sueño, B.-parálisis aplomada, C.-apetito / peso), D.-sensibilidad al rechazo (sensibilidad interpersonal, calidad de las relaciones, alteración funcional, evitación de las relaciones y otra evitación del rechazo) El puntaje de cada reactivo es de 1 a 6 y se considera positivo de 4 a 6; la reactividad del humor se mide en porcentaje en una escala de 0% a 100% y tomando como positivo a partir de 50%, finalmente el diagnóstico se establece de la siguiente manera: 1= depresión con humor no reactivo (reactividad es menor a 50%), 2 =depresión con humor reactivo simple (I es mayor a 50% y II A-D son todos negativos)

3= Probable depresión atípica (I más de 50% más un criterio II A-D positivo)

4=Depresión atípica definitiva (I >50% más dos o más II A-D positivos). La aplicación duró 10 a 15 minutos.

Para seleccionar los consultorios de consulta externa, se realizó un muestreo aleatorio simple por medio de un sorteo con el número de consultorios, de manera que queden 5 consultorios en cada piso, se incluyó también farmacia, control de

prestaciones y medicina preventiva, posteriormente; se realizó una reunión con representantes de cada uno de estos servicios, quienes, previa capacitación enviaron de forma sistemática (1 de cada 5) a las personas que solicitaron información o consulta médica y que fueron mayores de 18 años, al módulo de medicina preventiva.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron invitados a participar en el estudio. Se les aplicó un cuestionario estandarizado que abarca factores sociodemográficos y otros factores de riesgo como son. antecedentes heredo-familiares de trastorno mental, edad, género, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico este ultimo se interrogó a los pacientes con preguntas abiertas en un cuestionario, dándole peso a las siguiente variables: la escolaridad del jefe de familia, ocupación, vivienda (propia, rentada o prestada), medio de transporte, ingreso familiar, propiedades significativas, recreo y diversiones, de forma tal que cada categoría tenga un peso y se pueda conformar un índice con la suma de estos pesos.

El cuestionario contiene también la "Escala de Beck" la cual ha sido validada en diferentes países, entre ellos México. En nuestro país ha sido aplicada tanto a población abierta de diferentes niveles socioeconómicos como a población cautiva (escolares, universitarios, trabajadores, presidiarios etc.). La escala consiste en un cuestionario de 21 afirmaciones con cuatro posibles respuestas cada una que van de menor a mayor severidad, y engloba el estado de ánimo, sentimiento de culpa, insatisfacción, subestimación, ideas suicidas, pérdida de interés, toma de decisiones, cambios en el deseo, sueño, apetito, peso corporal y libido. Al final se suman los puntos y se considera depresión leve con un puntaje de 12 a 20, moderada de 21 a 30 puntos y severa mayor de 31 puntos.

Se interrogó también la "Escala de depresión atípica" esta ha sido validada en varios países de Europa y Estados Unidos. La cual se describió anteriormente.

Las escalas de depresión fueron evaluadas por el investigador y el médico especialista en psiquiatría.

De todos los pacientes se obtuvo una muestra capilar de la yema del dedo con una lanceta softclix II. Para determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos con el lector, Accutrend GCT. por fotometría de reflexión, a partir de sangre capilar fresca,

funciona mediante tiras codificadoras, considerando normal de 70-100 mg/dl. Para colesterol los valores normales en ayunas son de 150 – 200 mg/dl, Para triglicéridos, los valores normales en ayunas son de 70 – 200 mg/dl se formaron terciles para el análisis. A los individuos con niveles mayores a lo normal, se les solicitó una prueba confirmatoria y fueron referidos con su médico familiar.

Se midió peso y talla a todos los pacientes, en una báscula-estadímetro con la menor ropa posible. Para evaluar obesidad, se calculó el índice de masa corporal $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$. Considerando obesidad $IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$ y normal $< 27 \text{ Kg/m}^2$ y en población de talla baja $> 25 \text{ Kg/m}^2$ y $< 25 \text{ Kg/m}^2$ (Se determinó talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros.)

Posteriormente para valorar obesidad troncal, se calculó el ICC. Circunferencia cintura (cm) / circunferencia cadera (cm) Se midió la cintura y la cadera con cinta métrica flexible, con el sujeto en posición de firmes, sin ropa, en el sitio de circunferencia mínima entre el reborde costal y las crestas ilíacas, al final de la espiración normal. Para obtener la tensión arterial (TA) se usó un baumanómetro de mercurio, con el brazo desnudo y colocado al nivel del corazón sobre una superficie rígida. Se consideró baja $< 100/60 \text{ mm/Hg}$, normal $110-160/70-80 \text{ mm/Hg}$, y alta $> 140/90 \text{ mm/Hg}$. Los individuos con TA diastólica mayor de 90 fueron referidos con su médico familiar para examen confirmatorio.

Se llevó a cabo un estudio de concordancia intraobservador e interobservador con las escalas de depresión para evitar la presencia de sesgo de clasificación.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios, se elaboró la base de datos para iniciar con el análisis estadístico. A continuación se desarrollaron los resultados y conclusiones, para finalizar con la presentación, difusión y publicación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ANÁLISIS UNIVARIADO: Para las variables cuantitativas se realizó un análisis exploratorio de datos para ver la normalidad de las variables continuas, posteriormente se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar) para variables distribuidas normalmente, para las variables no distribuidas normalmente se obtuvieron la mediana y el rango intercuartil. Para las variables cualitativas proporciones simples.

ANÁLISIS BIVARIADO: Diferencia de medias y medianas, prevalencias, razón de momios de la prevalencia (RMP), e intervalos de confianza al 95% ($IC_{95\%}$), Prueba de "t" para variables continuas normales y prueba de U de Mann Whitney para variables continuas no distribuidas normalmente, Ji de Mantel y Haenszel, $IC_{95\%}$, valor alfa al 0.05.

ANÁLISIS MULTIVARIADO: Modelo de regresión logística no condicional, para explicar la ocurrencia del evento, controlando las variables potencialmente confusoras.

RESULTADOS

En el estudio piloto de la escala de depresión atípica, se determinó la confiabilidad intra e inter-observador donde el coeficiente de correlación intraobservador fue de 0.72 y el coeficiente interobservador fue de 0.77.

ANÁLISIS UNIVARIADO:

La fase de levantamiento de las entrevistas en la U.M.F. se realizó entre el 01 de marzo al 31 de junio del 2001. De un total de 876 personas elegibles 76 (52 hombres y 24 mujeres) no aceptaron participar representando una pérdida de (8.5%) la causa principal fue "prisa por irse a trabajar" por lo que rehusaron ser entrevistados, quedando 800 personas las cuales fueron incluidas.

La representatividad de la muestra en función a los grupos de edad comparada con la pirámide poblacional adscrita a la UMF en el año 2001 se muestra en la gráfica 1. Las tasas específicas por género muestran un claro predominio en las mujeres. (gráfica 1).

De la población estudiada 541 (67.6%) fueron usuarios que acudieron solicitando algún servicio y 259 (31.5%) solo acompañaban al usuario y podían ser o no derechohabientes del IMSS.

De las personas estudiadas 193 (24.1%) fueron hombres y 607 (75.9%) mujeres. Gráfica 2. La distribución de la población por grupos de edad demostró que el grupo con más población fue el de 31 a 51 años, de tal forma que el grupo de 18 a 30 años contribuyó con 16.5%, el de 31 a 51 años con 45.3%, el de 51 a 70 años con 31.1% y los mayores de 70 años con 7.1% Gráfica 3

En cuanto a la escolaridad el 9.6% tuvieron primaria o menos, el 10.4% secundaria, el 27% preparatoria, 13.5% licenciatura y 4.5% postgrado. Gráfica 4

Al preguntar sobre el estado civil, el 65.8% fueron casados, el 14.3% solteros, el 9.6% divorciados y 10.4% viudos. Gráfica 5

En relación a la ocupación, el 41.4% reportaron ser amas de casa o jubilados, el 3.6% estudiantes, el 5% obreros, el 4.1% comerciantes, el 18.6% tener un oficio y trabajar por su cuenta, el 7% empleados, el 7.9% técnicos y el 12.4% profesionistas.

Al evaluar el nivel socioeconómico (NSE), el 33.6% pertenece al nivel bajo, el 40% al nivel medio y el 26.3% al nivel alto. Gráfica 6. Al preguntar sobre los antecedentes familiares, el 11.3% de la población estudiada refirió tener un familiar con algún trastorno mental, el 5.3% tuvo un familiar que cometió intento de suicidio y el 3.1% tuvo un familiar que se suicidó. Al indagar sobre las variables metabólicas, el 42.9% resultó con colesterol >200 mg/dl, 33.9% con triglicéridos >200 mg/dl, el 11.6% glucosa >126 mg/dl, el 60.9% resultó con obesidad generalizada y el 62.1% con obesidad central o androide. El 13.5% de la población tuvo diabetes mellitus, 18.4% hipertensión arterial y 4.6% artritis reumatoide. Tabla 1

En el análisis exploratorio se observó que ninguna de las variables continuas se distribuyen normalmente por lo que se presentan las medianas y rango intercuartilar. La mediana de la edad estudiada fue de 46 años, con un rango de 18 a 87 años. En la tabla 2 se observa que de las variables continuas ninguna se distribuyó normalmente. Al aplicar la prueba de U de Mann y Whitney para diferencia de medianas, se muestra que el índice de masa corporal, y el peso, mostraron diferencia para los casos de depresión mayor contra los no casos. La escolaridad y la glucosa, mostraron diferencia para los casos de depresión mayor subtipo atípica y la edad, la escolaridad, la glucosa, el índice de masa corporal, el Índice cintura-cadera, y el peso mostraron diferencia para los pacientes con sintomatología atípica.

ANÁLISIS BIVARIADO

La prevalencia global de Depresión Mayor (DEM) (Beck >12 puntos) fue de 25.6% (IC_{95%} 22.6 – 28.7), el género más afectado fue el de las mujeres con una prevalencia 28.8% (IC_{95%} 25.2 – 32.4).

La prevalencia global de depresión Atípica (DEA) (ADDS =4) fue de 26.9% (IC_{95%} 23.8 – 29.9), el género más afectado fue el de las mujeres con una prevalencia 32% (IC_{95%} 28.3 – 35.7).

Al separar a los pacientes con Depresión Mayor subtipo atípica, (DMA) los que tuvieron depresión Mayor simple (DMS) y los pacientes con sintomatología atípica pero sin depresión mayor (SA) los resultados fueron:

DMA 11.1% (IC_{95%} 8.95 – 13.3), DEMS 14.5% (IC_{95%} 12.1 – 16.9), pacientes con SA 15.8% (IC_{95%} 13.2 – 18.3). Tabla 3

En cuanto a la severidad de la depresión mayor, la depresión leve presentó una prevalencia de 17.8% (IC_{95%} 15.1 – 20.4), la moderada de 6.75% (IC_{95%} 5.11 – 8.75), y la severa de 2.38% (IC_{95%} 1.43 – 3.68). Gráfica 7., No hubo diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres. Tabla 4

Se observan diferencias en la presentación de depresión en relación a los grupos de edad y sexo. En Depresión mayor, ambos hombres y mujeres muestran una tendencia, a mayor edad, mayor riesgo de tener depresión. Sin embargo en la depresión atípica las mujeres presentan un pico entre los 31 y 50 años y los hombres, hombres entre los 31 y 50 años para disminuir y volver a elevarse después de los 70 años. Gráfica 8

Dentro de la sintomatología de la depresión atípica se observó que la más alta prevalencia después de reactividad 97% (IC_{95%} 96.6 – 98.8), fue parálisis aplomada 29.4% (IC_{95%} 26.2 – 32.5) seguida de hiperfagia 22.4% (IC_{95%} 19.5 25.3); Gráfica 9. No se observaron diferencias entre la sintomatología entre hombres y mujeres excepto en el aumento de peso que presentó mayor prevalencia en los hombres. Tabla 5

Al clasificar por subtipos de depresión resultó que siempre las mujeres tuvieron la más alta prevalencia, en cuanto al grupo de edad los más afectados con SA fueron los más jóvenes 18.2% (IC_{95%} 11.6-24.8), a diferencia que en DMS que fueron los mayores de 70 años 22.8% (IC_{95%} 12.7-35.8), cuando el paciente tiene DMA el grupo más afectado es el de 31 a 50 años. Al analizar la prevalencia de depresión en cuanto al estado civil, los divorciados y separados tuvieron mayor prevalencia para SA y DMA, a diferencia que el paciente con DMS que los más afectados son los solteros. En relación con la ocupación en las personas con SA los más afectados son los técnicos y los profesionales y en DMS y DMA son los comerciantes y con oficio propio. Al evaluar la escolaridad en SA resultó que la prevalencia fue mas alta en los que estudiaron mas de 10 años, mientras que en DMS y DMA es mayor en los que estudiaron de 7 a 10 años. Al analizar la prevalencia del NSE en la DMS fue más alta en el nivel bajo y por el contrario en SA Y DMA es mayor en el alto, y por último la obesidad y la diabetes mellitus fue más prevalente en las personas con DMS. Dicho de otra manera se demostró que existen diferencias en cuanto a la prevalencia de los factores de riesgo y estos subtipos de depresión. Tabla 6

Quando se analizó el riesgo de sufrir Depresión Mayor se demostró que las mujeres tienen 54% de exceso de riesgo (RM 1.54, 1.04-2.28), otro de los factores de riesgo evaluado fue la edad donde se tomó como referencia el grupo de <30 años, encontrando una tendencia significativa con relación a mayor edad mayor riesgo de depresión mayor. (Ji^2 tendencia 7.83 $p=0.005$), en cuanto a la escolaridad también se observó una tendencia pero inversa, a menos años de estudio mayor riesgo de depresión mayor. (Ji^2 tendencia 4.17 $p=0.04$), Con relación a la ocupación y tomando como referencia el ser profesionista le ser ama de casa o jubilado tiene 6 veces mas riesgo (RM 6.30, 2.84 – 14.05), la variable NSE evidenció que hay una tendencia inversa, a menor NSE mayor riesgo de tener depresión. (Ji^2 tendencia 7.83 $p=0.005$), el antecedente familiar tuvo gran fuerza de asociación, el tener uno o mas familiares con trastorno mental representa 2 veces mas riesgo, (RM 2.32, 1.47-3.64), tener un familiar que haya cometido intento de suicidio es 4 veces mas riesgo (RM 4.89, 2.56-9.31) y un familiar que se haya suicidado 2 veces mas riesgo (RM 2.20, 0.89-5.30), cuando se evaluaron las variables metabólicas resulto que tener glucemia entre >250mg/dl tiene 55% de exceso de riesgo (RM 1.55, 1.04-2.31), tener diabetes mellitus con más de 10 años de evolución mostró 3 veces mas riesgo (RM 3.15, 1.04-9.74), otra enfermedad con la cual también se observó asociación fue la hipertensión arterial (RM 2.29, 1.58-3.34). No se observó asociación entre dislipidemias y riesgo para depresión mayor.

En la tabla 9 se observa el análisis bivariado para DEA donde se muestran solo los factores que resultaron con significancia estadística para demostrar la asociación entre las variables. Estas fueron: el ser mujer con 54% en relación con la escolaridad se observó mas riesgo en los que estudiaron mas de 13 años de estudio, el antecedente familiar de trastorno mental tiene 2 veces más riesgo, (2.2, 1.24-3.26), tener un familiar que haya cometido intento de suicidio es 3 veces mas riesgo (RM 3.12, 1.58-6.14) y un familiar que se haya suicidado 3 veces mas riesgo (RM 3.29, 1.36-8.02), y a diferencia de la DEM si se encontró asociación entre glucemia > 54% de exceso de riesgo (RM 3.29, 1.03-2.31), obesidad generalizada con 2 veces mas riesgo (RM 2.37, 1.64-3.47) y la obesidad centralizada 89% de exceso de riesgo (RM 1.89, 1.32-2.75).

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Al realizar el análisis multivariado con regresión logística no condicional, para DEM, con el fin de controlar las variables potencialmente confusoras, se encontró que el ser mujer tiene 51% de exceso de riesgo, el antecedente familiar de trastorno mental 70% de exceso de riesgo, el antecedente familiar de intento de suicidio, 3 veces mas riesgo, el ser viudo tiene 72% de exceso de riesgo, a diferencia del divorciado que resultó ser factor protector aunque los intervalos de confianza no son precisos, se tomo como referencia el ser casado. Tener una o más enfermedades crónicas muestra 2 veces mas riesgo.

En la tabla 10 se muestra el mejor modelo del análisis multivariado para DEA, como se observa las variables mas explicativas fueron, el ser mujer, el antecedente familiar de intento de suicidio aumento el riesgo a 3 veces del obtenido en el análisis bivariado, la obesidad es un factor muy importante, el grupo de edad mas joven, el NSE alto y de las enfermedades crónicas, tener gastritis.

DISCUSIÓN

En lo referente a la precisión del Accutrend GCT, el manual del aparato menciona que para la glucosa tiene un coeficiente de variación de menos del 3%, y su exactitud es de 95%; para colesterol, tiene un coeficiente de variación menor del 5% y su exactitud es del 95% y para triglicéridos tiene un coeficiente de variación menor del 5% y su exactitud es del 94%. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría reportaron que al comparar la concentración de glucosa sérica con la obtenida mediante tiras reactivas cuya medición se obtuvo por electrodos, el coeficiente de correlación fue de 0.935 ($p < 0.001$) con un error típico de 25 mg/dl y una variación de promedios de 4.9%. Concluyen que el utilizar el método electrónico se pueden evitar ciertos factores y disminuir el error humano, y que solo se requiere de una pequeña cantidad de muestra sanguínea para la medición.⁴¹

En el estudio de la ECA llevado a cabo en México (1995) la prevalencia de depresión mayor fue de 7.9%, utilizando como instrumento el CIDI.⁽¹²⁾ Burvill en su meta análisis reportó que la prevalencia más alta en ciudades europeas fue del 17% basándose en el DSM IV⁽¹⁴⁾ Por otra parte los estudios que se hicieron en Finlandia encontraron que las prevalencias variaban de 2.6% a 11.8%⁽¹¹⁾. En otro estudio también realizado en México y en población derechohabiente del IMSS reportaron prevalencia de 46.4% sin embargo su población >60 años de edad y que acudió a la UMF eso explicaría la frecuencia tan alta. En el presente estudio, la estimación de la prevalencia de depresión mayor fue de 26.9% y de depresión mayor simple, es decir sin acompañarse del subtipo de depresión atípica, 14.5%. En este sentido los resultados en el estudio mostraron que la prevalencia de depresión mayor se ha incrementado los últimos cinco años.

La prevalencia de depresión atípica encontrada en nuestro estudio, fue 25.6% considerablemente menor que la encontrada por Jarret que fue de 66.1%⁽¹⁷⁾ y que la encontrada por Asnis y Mark de 65%⁽¹⁵⁾, aunque en estos estudios se exploraron solo pacientes ambulatorios u hospitalizados con enfermedades crónicas y graves y

en nuestra investigación se estudio población abierta. Un hallazgo del presente estudio fue que el 15.8% de la población estudiada presentó sintomatología atípica sin embargo no alcanzó a calificar para depresión mayor en la escala de Beck, a esto podría ser porque el paciente en el momento de la entrevista presentaba una depresión subclínica, y 11.1% presentó los dos tipos de depresión (depresión mayor subtipo atípica), tal vez si siguiéramos en el tiempo a esos pacientes con sintomatología atípica sin depresión mayor comprobaríamos que desarrollan o alcanzan la depresión mayor.

En relación con los factores de riesgo relacionados, con depresión mayor.; al igual que en otros estudios epidemiológicos ^(9,10, 11, 12, 13,14), se encontró que las personas con depresión mayor eran mujeres, tenían predominantemente un menor nivel socioeconómico, eran viudos, tuvieron el antecedente familiar de trastorno psiquiátrico ⁽²¹⁾ Con relación a la edad hay controversia algunos estudios reportan que la prevalencia de depresión mayor es elevada en el grupo de 25 a 45 años, ⁽⁹⁾ otros que es en el de 45 a 64 ⁽¹⁰⁾ Burvill encontró mayor prevalencia en los adultos jóvenes y es menor entre las personas de edad avanzada. A diferencia de estos, en nuestro estudio fueron mas frecuente en el adulto mayor y va disminuyendo en los mas jóvenes. También con la escolaridad, se observa inconsistencia ya que otros autores encontraron que la depresión mayor es mas prevalente en los sujetos que estudiaron mas de 10 años , mientras que en nuestra investigación este resultado se observa en depresión atípica a diferencia de la depresión mayor que se presenta entre la población que tiene menos escolaridad, otra variable que y obviamente el mismo fenómeno resultó con nivel socioeconómico. Los resultados obtenidos en otros estudios deben compararse con cautela, tomando en cuenta los diferentes criterios diagnósticos de las clasificaciones y los diferentes instrumentos diagnósticos utilizados. Y las diferentes poblaciones de estudio.

El sobre peso y la obesidad son muy prevalentes en la población general, sin embargo pocos estudios han probado la asociación entre obesidad y sicopatología. ^(22,23,24,25,26) Algunos estudios muestran el incremento en el riesgo para depresión entre los obesos, ^(24,25) y otros no encontraron asociación ⁽²⁶⁾, Keneth reporta que la relación entre peso corporal y depresión es diferente entre hombres y mujeres. ⁽²⁵⁾ . Los resultados de el presente estudio indican que la obesidad esta

asociada con un incremento en el riesgo de depresión, pero del subtipo atípica. La exploración o los resultados de este hallazgo requiere de análisis detallados que rebasan los propósitos de este trabajo, por ejemplo la investigación de Jogin que asocia los efectos del cortisol en la grasa corporal en pacientes deprimidos y lo verifica por medio de tomografía computarizada. ⁽²³⁾

Muchos estudios han encontrado asociación entre colesterol bajo y suicidio, (32, Nuestro estudio mostró una ligera relación entre bajas concentraciones de colesterol y la presencia de depresión atípica pero no fue significativa.

En el estudio de Maes encontraron que el colesterol fue significativamente más bajo en paciente con depresión mayor. Lo cual mostró una disminución en colesterol esterificado pero no en los niveles de colesterol libre total y la asociación fue mayor en pacientes que habían atentado contra su vida. ⁽²⁹⁾ En otro estudio Morgan encontró asociación entre alta prevalencia de depresión y niveles bajos de colesterol ⁽³⁰⁾

La comorbilidad entre enfermedad mental y física es de considerable interés por los resultados obtenidos en diferentes estudios, donde se enfatiza la importancia de reconocer la comorbilidad para el diagnóstico en la práctica clínica ^(6, 9, 14)

En el presente estudio las enfermedades con mayor fuerza de asociación fueron: hipertensión arterial, gastritis, migraña, cáncer y en menor proporción diabetes mellitus.

En este estudio a diferencia de otros, la muestra fue aleatoria, se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM IV, la misma variable se analizó como variable continua, ordinal y categórica, se realizó análisis multivariado para controlar la confusión. Los presentes hallazgos deberán ser interpretados con cautela por las limitaciones del tipo de estudio, un diseño transversal tiene ambigüedad temporal por lo que no podemos inferir la relación causa-efecto.

CONCLUSIONES

Los estudios de prevalencia permiten apreciar el comportamiento global de la enfermedad. la razón de personas afectadas por género ha sido constante, dos mujeres por cada hombre, una explicación podría ser que los hombres manifiesten de otra manera la depresión (ira, enojo, irritación). La información acerca de la historia natural de los eventos depresivos señalan que usualmente se presentan en promedio hacia el final de la década de los 30 años, pero el trastorno puede presentarse a cualquier edad . Nuestro estudio mostró que la prevalencia de este trastorno afecta con mas frecuencia en la edad productiva y con responsabilidades familiares, por lo que se debe enfatizar la necesidad de difundir esta información y de capacitar al personal médico para que pueda hacer una identificación temprana de este tipo de trastornos. ya que fue un hallazgo interesante que los factores de riesgo son diferentes para depresión mayor y depresión atípica

Las escalas para depresión utilizadas por los médicos como la de Beck, Hamilton o Montgomery que son las mas recurridas, tienen limitaciones porque no preguntan sobre apetito o peso aumentado, incorporan los síntomas típicos de la depresión y dejan fuera la sintomatología de la depresión atípica, esto es muy importante de hacerlo notar ya que la prevalencia de esta trastorno fue muy alta en la población de estudio.

Una explicación de porque encontramos paciente con depresión atípica sin calificar para depresión mayor es que estas personas tienen ciertos rasgos de personalidad sin embargo en el momento de la entrevista no lo presentaban es decir tienen lo que se llama depresión subclínica con repercusión funcional. Sería interesante hacer un seguimiento de estas personas e investigar si con el tiempo desarrollan depresión.

Según se ha podido apreciar, el estudio acucioso de la depresión atípica constituye un reto apenas explorado y del cual surgen diversas líneas de trabajo y se pueden explorar otras hipótesis. Por ejemplo ¿qué pasa con los pacientes atípicos con respecto al tratamiento? al corregir la depresión ¿ se corrige su peso? ¿la terapéutica corrige los trastornos del apetito y el sueño?

En los pacientes obesos generalmente se piensa en bulimia o ansiedad, sin embargo el factor afectivo de la depresión atípica no se ha estudiado a fondo en este tipo de pacientes.

Otro estudio sería averiguar la discapacidad y ausentismo que ocasiona la depresión atípica ya que se caracteriza por una fuerte sensibilidad al rechazo y a la crítica, que manifiesta encerrándose en si mismos alejándose de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison, Principios de Medicina Interna. Ed Interamericana Vol II 12ª edición.
2. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criterion research Genova: World Health Organization 1993
3. Kaplan HI, Sadok BJ. Synopsis of psychiatry. Ed. Williams and Wilkins 8th edition 1998,524-573
4. Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG, Quitkin FM, (Atypical depression: A valid clinical entity?) Psychopharmacology I, (Treatment of acute depression) *Psychiatric clinics of North America* 1993;16(3):461-478
5. Samuel-Jurado, Enequina-Villegas. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998;21(3):26-30
6. De Santillana-Hernández S, Depresión en población adulta mayor. *Rev Med IMSS* 1999;37(2):111-115
7. Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales 4ª (DSM IV) de la Asociación Mexicana de Psiquiatría México DF
8. Richelson E, Psychopharmacology I, (Treatment of acute depression) *Psychiatric clinics of North America* 1993;16(3):461-478
9. Darrel AR, Boyd J, One-month prevalence of mental disorder in the United States, *Arch Gen Psych.* 1988;45:977-986
10. Canino GJ, Bird HR, The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psych.* 1987;44:727-735

11. Lehtinen V, Joukamaa M, Epidemiology of depression, prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psych Scand* 1894 suppl;377:7-10
12. Caraveo J, Martínez VN, Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20(supl jul):15-23
13. Caraveo-Anduaga J, Estudio Clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;22(2):7-17
14. Burvill PW, Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):21-31
15. Asnis, Mark G, McGinn, Keswani L, Sanderson, Charles W. Atypical depression: Clinical aspects and noradrenergic function *Am J Psychiatry* 1995;152(1):31-36
16. Robertson HA, Stewart JN, Yatham LN, Tam EM, Zis AP Atypical depressive symptoms and clusters in unipolar and bipolar depression. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:421-427
17. Jarret RB, Schaffer M. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(may):431-437
18. Steward JW, Tricamo E. Prophylactic efficacy of phenelzine and imipramine in chronic atypical depression: Likelihood of recurrence on discontinuation after 6 months' remission *Am J Psychiatry* 1997;154(1):31-34
19. Asunción-Lara, Mondragón-Liliana. Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. 1999;22(4):41-47
20. Paykel ES. Depresión in Women *British Journal of Psychiatry* 1991;158 (suppl 10);22-29

21. Duggan C, Sham P, Minne C, Murray L, Family history as a predictor of poor long-term outcome in depression *British Journal of Psychiatry* 1998;173:527-530.
22. Toornvliet AC, Pijl H, Tuinenburg JC Psychological and metabolic responses of carbohydrate craving obese patients to carbohydrate, fat and protein-rich meals. *International Journal of Obesity* 1997;21:860-864
23. Thakore JH, Richards PJ. Increased intra-abdominal fat deposition in patients with major depressive illness as measured by computed tomography. *Biol Psychiatry* 1997;41:1140-1142
24. Siegel JM, Hyg MS. Overweight and depressive symptoms among african-american women. *Prev Med* 2000;31:232-240
25. Carpenter KM, PhD, Hasin DS, Allison DB. Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results From a General Population Study. *Am J Public Health* 2000;90(2):251-257
26. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ Are the Obese at Greater Risk for Depression? *Am J Epidemiol* 2000;152(2):163-170
27. Engelberg H. Low serum cholesterol and suicide. *Lancet* 1992;339(21):727-728
28. Muldoon MF, Manuck SB. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *Br Med J* 1990;301:309-314
29. Maes M, Smith R. Lower serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicidal attempts: relationship with immune-inflammatory markers. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:212-221

30. Morgan RE, Palinkas LA. Plasma cholesterol and depressive symptoms in older men. *Lancet* 1993;341(9):75-78
31. Maes M, Delanghe J, Meltzer HY, Scharpé S, D'Hondt P. Lower degree of esterification of serum cholesterol in depression: relevance for depression and suicide research. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:252-258
32. Lindberg G, Råstam L, Gullberg B, Eklund GA. Low serum cholesterol concentration and short term mortality from injuries in men and women *BMJ* 1992;305(1):277-279
33. Lustman PJ, Glouse RE. Screening for depression in diabetes using the Beck depression inventory. *Psychosomatic Medicine* 1997;59:24-31
34. Peyrot M, Rubin RR. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. *Diabetes Care* 1999;22(3):448-452
35. Wilkinson G, Borsley DQ. Psychiatric morbidity and social problems in patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. 1988; 153(38-43)
36. Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. *Diabetes Care* 1999;22(1):56-64
37. Winokur A, Maislin G, Phillips JL, Amsterdam JD. Insulin resistance after oral glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am J Psychiatry* 1988;145(3):325-330
38. Jimenez IM, Goodnick P. Depression in patients with Diabetes Mellitus. *Directions in Psychiatry*. 1999;19(14):231-247

39. Candiani CL, Gallardo LA. Correlación de las mediciones rutinarias de glucosa sanguínea, con las de tiras cromógenas y las de un sensor por electrodos. Revista Mexicana de Pediatría 1999;66(6):246-249.
40. Fundación Mexicana para la salud. Consenso Funsalud Obesidad México 1997 1ª edición vol 1, pag 20-21
41. Frenk J, Lozano R, Gonzales-Block MA. Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México, Reporte final Fundación Mexicana para la Salud. México 1994

ANEXOS

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	Sin depresión n (%) 469(58.6%)	Síntomas Atípicos n (%) 126(15.8%)	Depresión Mayor n (%) 116(14.5%)	Depresión Mayor / Atípica n (%) 89 (11.1%)	Total n (%) 800 (100%)
Genero					
Mujer	336 (71.6)	104 (82.5)	96 (82.8)	71 (79.8)	607 (75.9)
Hombre	133 (28.4)	22 (17.5)	20 (17.2)	18 (20.2)	193 (24.1)
Edad					
< 30 años	76 (16.2)	25 (19.9)	24 (20.7)	7 (7.9)	132(16.5)
31 – 50	199 (42.4)	40 (31.7)	62 (53.4)	61 (68.5)	362 (45.3)
51 – 70	158 (33.7)	48 (38.1)	26 (22.4)	17 (19.1)	249 (31.1)
> 71	36 (7.7)	13 (10.3)	4 (3.4)	4 (5)	57 (7.1)
Estado Civil					
Casados/Unión Libre	312 (66.5)	74 (58.7)	85 (73.3)	55 (61.8)	526 (65.8)
Solteros	72 (15.4)	17 (13.5)	11 (9.5)	14 (15.7)	114 (14.3)
Divorciados/Separados	49 (10.4)	11 (8.7)	9 (7.8)	8 (9.0)	77 (9.6)
Viudos	36 (7.7)	24 (19.0)	11 (9.5)	12 (13.5)	83 (10.4)
Ocupación					
Hogar	206 (43.9)	58 (46.0)	35 (30.2)	32 (36.)	331 (41.4)
Estudiante	15 (3.2)	4 (3.2)	7 (36.)	3 (3.4)	29 (3.6)
Obrero	26 (5.5)	5 (4.0)	5 (36.)	4 (4.5)	40 (5.0)
Comerciante	21 (4.5)	7 (5.6)	3 (36.)	2 (2.2)	33 (4.1)
Oficios	92 (19.6)	30 (23.8.)	13 (36.)	14 (15.7)	149 (18.6)
Empleado	33 (7.0)	11 (8.7.)	6 (36.)	6 (6.7)	56 (7.0)
Técnico	29 (6.2)	4 (3.2)	19 (36.%)	11 (12.4)	63 (7.9)
Profesional	47 (10.0)	7 (5.6)	28 (24.1%)	17 (19.1)	99 (12.4)
Escolaridad					
0 – 3años	36 (7.7)	13 (10.3)	9 (7.8)	8 (9.0)	66 (8.3)
4 – 6	135 (28.8)	27 (21.4)	12 (10.3)	8 (9.0)	182 (22.8)
7 – 9	104 (22.2)	42 (33.3)	24 (20.7)	22 (24.7)	192 (24.0)
10 – 12	120 (25.6)	25 (19.8)	41 (35.7)	30 (33.7)	216 (27.0)
13 y mas	74 (15.8)	19 (15.1)	30 (25.9)	21 (23.6)	144 (18.0)
Nivel socioeconómico					
Bajo	172 (36.7)	48 (38.1)	25 (21.6)	25 (28.1)	270 (33.8)
Medio	200 (42.6)	47 (37.3)	40 (34.5)	33 (37.1)	320 (40.0)
Alto	97 (20.7)	31 (24.6)	51 (44.0)	31 (34.8)	210 (26.3)
Usuario	299 (63.8)	96 (76.2)	83 (71.6)	63 (70.8)	541 (67.6)
Acompañante	170 (36.2)	30 (23.8)	33 (28.4)	26 (29.2)	259 (31.5)
Antecedente					
Trastorno mental	38 (8.1%)	17 (13.5%)	13 (11.2%)	22 (24.7%)	90 (11.3)
Intento suicidio	10 (2.1%)	11 (8.7%)	6 (5.2%)	15 (16.9%)	10 (7.9)
Suicidio en familiar	9 (1.9%)	3 (2.4%)	5 (4.3%)	8 (9.0%)	25 (3.1)
Diabetes Mellitus	79 (16.8)	13 (11.2)	12 (9.5)	4 (4.5)	108 (13.5)
Hipertensión Arterial	94 (20.0)	17 (14.7)	26 (20.6)	10 (11.2)	147 (18.4)
Artritis Reumatoide	24 (5.1)	3 (2.6)	6 (4.8)	4 (4.5)	37 (4.6)
Obesidad generalizada	60 (64.8)	58 (50)	75 (59.5)	304 (67.4)	497 (62.1)
Obesidad androide	57 (64)	57 (49.1)	82 (65.1)	301 (64.2)	497 (62.1)

Tabla 2 Análisis exploratorio de datos de las variables continuas. (resultados globales y comparativos).

Variable	Median.	R.I.	Min.	Max.	Pba.Normalid		U Mann-Whitney	
					Est.KS	p	Z	p
Edad	46	22.00	18	87	.054	0.000		
Depre Mayor/Atipic	45	12.00	18	86	.132	.001	-.962	.336
Síntomas atípicos	41	18.75	18	76	.071	.200	-2.991	.003
Depre Mayor	49	26.25	18	87	.078	.057	-.753	.452
No caso	47	23	18	86	.055	.002		
Años estudio	9	6.00	0	23				
Depre Mayor/Atipic	12	3.00	0	23	.167	.000	-2.841	.004
Síntomas atípicos	12	4.00	0	20	.191	.000	-3.643	.000
Depre Mayor	9	6.00	0	19	.167	.000	-.544	.598
No caso	9	6.00	0	20	.150	.000		
glucosa	95	18.75	49	373	.274			
Depre Mayor/Atipica	91	16.50	70	274	.191	.000	-3.790	.000
Síntomas atípicos	91	14.00	65	268	.235	.000	-3.492	.000
Depre Mayor	94	17.00	51	278	.235	.000	-2.449	.014
No caso	97	19	49	373	.296	.000		
Colesterol	195	51.75	80	400	.057	0.000		
Depre Mayor/Atipica	183	48.00	140	295	.084	.170	-2.493	.013
Depre Mayor	195	52.75	124	400	.078	.082	-.034	.973
Síntomas atípicos	198	47.50	101	297	.072	.174	-0.173	.863
No caso	196	53	80	320	.050	.006		
Triglicérido	160	113.00	60	606	.157	0.000		
Depre Mayor/Atipica	160	121.00	70	600	.194	.000	-.772	.440
Síntomas atípicos	159	98.00	70	600	.236	.000	-7.67	.443
Depre Mayor	154	91.75	70	600	.126	.000	-1.476	.140
No caso	164	126.50	60	606	.146	.000		
TA Sistólica	120	20.00	80	190	.175	0.000		
Depre Mayor/Atipica	120	20.00	100	150	.217	.000	-0.708	.479
Síntomas atípicos	110	20.00	90	190	.217	.000	-1.834	.067
Depre Mayor	120	30.00	80	170	.177	.000	-0.237	.813
No caso	120	20.00	80	180	.157	.000		

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TA diastólica	80	10.00	40	120	.170	0.000		
Depre Mayor/Atípica	80	17.50	60	110	.203	.000	-1.230	.219
Síntomas atípicos	80	20.00	60	120	.187	.000	-1.577	.115
Depre Mayor	80	20.50	50	120	.205	.000	-0.556	.578
No caso	80	10.00	40	100	.179	.000		
I.M.C.	27.82	6.17	14.20	46.96	.058	0.000		
Depre Mayor/ típica	27.68	6.40	20.39	41.14	.105	.017	-.911	.362
Síntomas atípicos	26.80	5.48	14.20	40.27	.100	.007	-3.598	.000
Depre Mayor	27.27	5.91	18.18	43.64	.064	.200	-2.732	.006
No caso	28.46	6.21	15.62	46.46	.059	.001		
I.C.C	.88	.1133	.56	1.24	.044	0.001		
Depre Mayor/Atípica	.87	.10	.69	1.24	.060	.200	-.024	.981
Síntomas atípicos	.85	.314	.69	1.23	.088	.027	-2.9974	.003
Depre Mayor	.88	.121	.60	1.08	.101	.003	-.187	.852
No caso	.89	.112	.63	1.07	.046	.020		
TALLA	1.55	.1100	1.38	1.99	.077	0.000		
Depre Mayor/Atípica	1.55	9.50	1.38	1.88	.086	.120	-.397	.691
Síntomas atípicos	1.56	7.75	1.39	1.79	.109	.002	-1.627	.104
Depre Mayor	1.56	.112	1.38	1.80	.066	.200	-0.590	.555
No caso	1.55	.110	1.39	1.99	.082	.000		
PESO	68.000	17.000	40.500	117.000	.054	.000		
Depre Mayor/Atípica	66.000	21.25	45.500	104.000	.127	.127	-1.134	.257
Síntomas atípicos	65.500	15.37	43.500	95.500	.081	.081	-2.581	.010
Depre Mayor	65.750	16.21	42.000	100.000	.061	.061	-2.266	.023
No caso	69.000	18.10	40.500	117.000	.062	.000		

Tabla 3. Prevalencia de Depresión

	Prevalencia	IC _{95%}
DEPRESIÓN MAYOR (Beck >12)		
Global	26.9%	23.8 – 29.9
Mujeres	28.8%	25.2 – 32.4
Hombres	20.7%	15 – 26.4
DEPRESIÓN ATÍPICA (Escala = 4)		
Global	25.6%	22.6 – 28.7
Mujeres	32.0%	28.3 – 35.7
Hombres	23.8%	17.8 – 29.8
Subclasificación	Prevalencia	IC_{95%}
DEPRESIÓN MAYOR SUBTIPO ATÍPICA	11.1%	8.95 – 13.3
DEPRESIÓN MAYOR SIMPLE	14.5%	12.1– 16.9
SINTOMATOLOGÍA ATÍPICA CON DEPRESIÓN SUBCLÍNICA	15.8%	13.2 – 18.3

Tabla 4 Prevalencia de Severidad de (Depresión Mayor) por genero

	LÉVE	MODERADA	SEVERA
MUJERES	18.5	7.4	3.0
HOMBRES	15.5	4.7	0.5

Tabla 5. Prevalencia de sintomatología atípica

CARACTERISTICA	MUJERES Prevalencia %	HOMBRES Prevalencia%	TOTAL	IC _{95%}
Reactividad	96.2	98.9	97%	96.6 – 98.8
Hipersomnia	7.5	5.2	57 %	5.44 – 9.1
Parálisis aplomada	32.5	19.7	29.4%	26.2 – 32.5
Apetito excesivo	18.1	7.4	16.8%	14.2 – 19.3
Hiperfagia	23.2	19.7	22.4%	19.5 25.3
Aumento de Peso	16.1	19.2	16.9%	14.3 – 19.5
Hipersensibilidad al rechazo	13.0	8.8	12%	9.7 – 14.3
Relaciones tormentosas por sobre- reacción a la crítica	11.2	7.3	10.2%	8.15 – 12.4
Alteración funcional	12.0	7.8	11%	8.8 – 13.2
Evitación de las relaciones por temor al rechazo	12.2	9.3	11.5 %	9.2 – 13.7
Evitación de actividades cotidianas por miedo al rechazo	8.7	6.7	6.62%	5.0 – 8.5

Tabla 6 Prevalencia de los factores de riesgo por subtipo de depresión.

Variable	Síntomas Atípicos prevalencia (IC _{95%})	Depresión Mayor prevalencia (IC _{95%})	Depresión Mayor/Atípica prevalencia (IC _{95%})
Género			
Mujer	15.3 (12.5-18.2)	19.7 (14.1-25.3)	11.9 (9.2-14.4)
Hombre	11.9 (7.3-16.5)	14.5 (11.7-17.3)	8.8 (5.2-13.7)
Edad			
< 30 años	18.2 (11.6-24.8)	18.9 (12.3-25.6)	5.3 (2.1-10.6)
31 – 50	17.1 (13.2-21.0)	11.0 (7.8-14.3)	16.9 (13.0-20.7)
51 – 70	10.4 (6.6-14.2)	19.3 (14.4-29.2)	6.8 (4.7-10.7)
> 71	7.0 (1.9-17.0)	22.8 (12.7-35.8)	7.0 (1.9-17.0)
Estado Civil			
Casados	13.6 (10.4-16.7)	14.0 (10.8-17.2)	12.2 (9.2-15.2)
Unión Libre	14.5 (7.4-24.4)	6.5 (2.1-14.7)	6.5 (2.1-14.7)
Solteros	18.4 (11.3-25.5)	20.2 (12.8-27.5)	9.6 (4.9-16.6)
Divorciados	16.7 (5.6-34.0)	16.7 (5.6-34.0)	16.7 (5.6-34.0)
Separados	27.6 (12.7-27.2)	8.5 (2.3-20.4)	12.8 (4.8-25.0)
Viudos	8.4 (3.4-16.6)	16.9 (9.5-26.7)	8.4 (3.4-16.6)
Ocupación			
Hogar	10.6 (7.2-13.9)	17.5 (13.4-21.6)	9.7 (6.7-13.14)
Estudiante	24.1 (10.3-43.5)	13.8 (3.8-31.7)	13.8 (3.8-31.7)
Obrero	12.5 (4.1-26.8)	12.5 (4.1-26.8)	12.5 (4.1-26.8)
Comerciante	9.1 (1.9-24.3)	21.2 (8.9-38.9)	21.2 (8.9-38.9)
Oficios	8.7 (4.7-14.5)	20.1 (13.7-26.6)	20.1 (13.7-26.6)
Empleado	10.7 (4.0-21.9)	19.6 (10.2-32.4)	19.6 (10.2-32.4)
Técnico	30.2 (19.2-43.0)	6.3 (1.7-36.5)	6.3 (1.7-15.5)
Profesional	28.3 (19.7-38.2)	7.1 (2.8-14.0)	7.1 (2.8-14.0)
Escolaridad			
0 – 3años	13.6 (6.4-24.3)	19.7 (10.9-31.3)	12.1 (5.3-22.5)
4 – 6	6.6 (3.4-11.2)	14.8 (9.6-20.0)	4.4 (1.9-8.4)
7 – 9	12.5(7.8-17.2)	21.9 (16.0-27.7)	15.5 (6.9-16.0)
10 – 12	19.0 (13.8-24.2)	11.6 (7.3-15.8)	13.9 (9.2-18.5)
13 y mas	20.8 (14.2-27.5)	13.2 (7.6-18.7)	14.6 (8.8-23.3)
Nivel Socioeconómico.			
Bajo	9.3 (6.0-13.4)	17.8 (13.2-23.6)	9.3 (6.0-13.4)
Medio	12.5 (8.8-16.1)	14.8 (10.8-18.6)	10.3 (6.9-13.6)
Alto	24.3 (18.5-30.1)	14.8 (9.9-19.6)	14.8 (9.9-19.6)
Antecedente			
Trastorno mental	11.1 (5.4-19.5)	15.6 (8.7-24.7)	14.4 (7.9-23.4)
Intento suicidio	9.5 (2.6-22.6)	23.8 (12.1-39.4)	16.7 (11.6-24.8)
Suicidio en familiar	8.0 (0.98-26.0)	32.0 (14.9-53.5)	12.0 (2.5-3.12)
Obesidad			
Generalizada	11.7 (8.8-14.5)	15.1 (11.9-18.2)	12.1 (9.2-14.9)
Central	11.5 (8.6-14.3)	16.5 (13.2-19.8)	11.5 (8.6-14.3)
Diabetes Mellitus	3.7 (1.0-9.2)	12.0 (5.9-18.2)	11.1 (5.18-17.0)

Tabla 7 Análisis Bivariado, factores de riesgo para Depresión Mayor

Variable	RM	IC _{95%}	XMH	p
Género				
Hombres	1.00			
Mujeres	1.54	1.04-2.28	4.89	0.02
Acompañante				
Usuario	1.00			
	1.51	0.90-2.31	2.49	0.02
Estado Civil				
Casados	1.00			
Solteros	1.15	0.71-1.86	0.36	0.55
Divorciados	1.01	0.56-1.81	0.07	0.97
Viudos	2.36	1.41-3.90	12.87	0.0003
Nivel socioeconómico				
Alto	1.00			
Medio	1.99	1.26-3.18	9.59	0.0001
Bajo	2.68	1.68-4.28	19.47	0.001
Ji ² tendencia 7.83 p=0.005				
Edad				
18 – 30 años	1.00			
31 – 50	1.19	0.72-1.97	0.53	0.4
51 – 70	1.39	0.82-2.35	1.69	0.1
> 70	2.77	1.35-5.70	9.30	0.0002
Ji ² tendencia 18.74 p=0.0001				
Años de estudio				
13 y más	1.00			
10 – 12	2.88	1.44-5.85	10.66	0.001
7 – 9	5.28	2.77-10.91	29.31	0.0001
4 – 6	5.08	2.56-10.25	27.3	0.002
0 – 3	6.98	3.10-16.07	29.6	0.0001
Ji ² tendencia 4.17 p=0.04				
Ocupación				
Profesionista	1.00			
Técnico	1.90	0.6 – 5.8	1.57	0.2
Empleado	4.55	1.66 – 13.20	11.40	0.0007
Oficio propio	4.03	1.70 – 9.88	12.63	0.0003
Comerciante	3.64	1.10 – 12.0	6.02	0.01
Obrero	3.79	1.24 – 11.78	7.18	0.0007
Estudiante	3.62	1.04 – 12.60	5.55	0.01
Hogar	6.30	2.84 – 14.05	27.8	0.0001
Ant. Familiar de trastorno mental				
No	1.00			
Si	2.32	1.47-3.64	13.9	0.0001
Intento de suicidio en familiar				
No	1.00			
Si	4.89	2.56-9.31	27.6	0.0001
Suicidio en familiar				
No	1.00			
Si	2.20	0.89-5.30	3.85	0.04

Colesterol				
<178	1.00			
178-208	1.11	0.73-1.67	0.25	0.6
>208	1.38	0.93-2.06	2.84	0.09
triglicéridos				
<132	1.00			
132-202	0.89	0.35-2.21	0.08	0.72
>132	0.84	0.46-1.53	0.39	0.5
Glucosa				
<132	1.00			
132-202	1.39	0.92-2.12	2.64	0.10
>132	1.55	1.04-2.31	5.19	0.002
Enfermedad Crónica				
No	1.00			
Si	1.97	1.32-2.92	32.7	> 0.001
Diabetes Mellitus				
No tiene	1.00			
Si tiene	1.36	0.85-2.15	1.94	0.16
DM evolución				
< 10 años	1.00			
>10 años	3.15	1.04-9.74	5.15	0.02
Hipertensión arterial				
No tiene	1.00			
Si tiene	2.29	1.58-3.34	25.6	0.0001
HTA evolución				
< 10 años	1.00			
>10 años	1.02	0.50-2.08	0.00	0.9
Presión arterial				
Bajo	1.00			
Normal	1.44	0.98-2.12	3.71	0.05
Limítrofe	1.49	0.79-2.80-	1.73	0.18
Alto	1.53	0.19-9.80	0.24	0.6
J_i^2 tendencia 4.17 p=0.04				
Obesidad				
Peso normal	1.00			
Generalizada	0.98	0.71-1.35	0.009	0.9
Centralizada	1.22	0.88-1.69	1.49	0.22

Tabla 8. Comparación Análisis crudo vs análisis ajustado Depresión Mayor Análisis multivariado por regresión logística.

	RMc	p	I.C. 95%	RMa	p	I.C. 95%
Género	1.00					
Hombres	1.54	0.02	1.04-2.28	1.51	0.05	1.00-2.3
Mujeres						
Ant. Familiar de trastorno mental	1.00					
No	2.32	0.0001	1.47-3.64	1.69	0.04	1.00-2.85
Si						
Intento de suicidio en familiar	1.00					
No	4.89	0.0001	2.56-9.31	3.54	>0.001	1.72-7.30
Si						
Estado Civil	1.00			1.00		
Casado	1.15	0.55	0.71-1.86	1.16	0.53	0.71-1.90
Soltero	1.01	0.97	0.56-1.81	0.88	0.69	0.49-1.60
Divorciado	2.36	0.0003	1.41-3.90	1.72	0.03	1.03-2.88
viudo						
Enfermedad Crónica	1.00					
No	1.97	> 0.001	1.32-2.92	2.29	> 0.001	1.63-3.21
Si						
Nivel socioeconómico	1.00			1.00		
Alto	1.99	0.0001	1.26-3.18	1.73	0.10	0.50-2.06
Medio	2.68	0.001	1.68-4.28	1.42	>0.001	0.26-1.68
Bajo						

Deviance 847 p = < 0.001

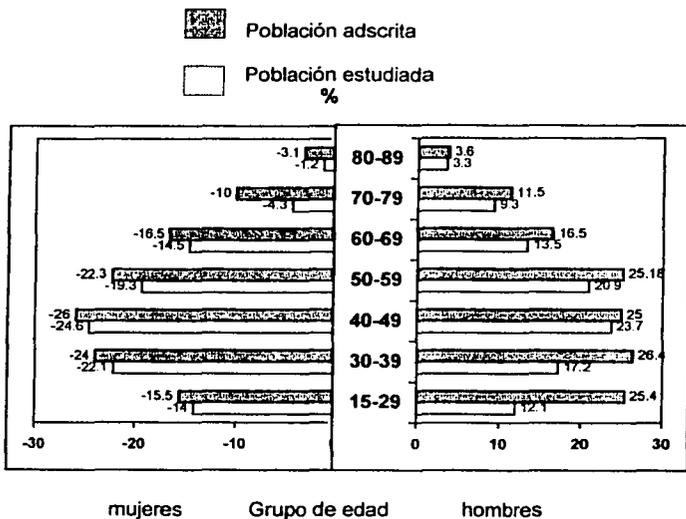
Tabla 9 Análisis Bivariado, factores de riesgo para Depresión Atípica

Variable	RM	IC _{95%}	XMH	p
Género				
Hombres	1.00			
Mujeres	1.33	1.03-2.17	4.36	0.03
Edad				
> 70	1.00			
51 - 70	1.60	0.52-6.5	0.73	0.3
31 - 50	2.84	1.00-11.1	4.10	0.04
18 - 30 años	3.06	1.00-12.1	4.22	0.04
Nivel socioeconómico				
Bajo	1.00			
Medio	1.40	0.79-2.44	1.49	0.2
Alto	3.12	1.80-5.41	19.66	<0.0001
Ji² tendencia 20.1 p = < 0.0001				
Años de estudio				
0 - 3	1.00			
7 - 9	0.45	0.12-3.38	1.07	0.30
10 - 12	0.90	0.86-2.61	1.37	0.2
4 - 6	1.48	2.56-10.25	2.31	0.12
13 y más	1.67	1.10-4.07	1.54	0.03
Ocupación				
Profesionista	1.00			
Técnico	1.37	0.49 - 3.72	0.46	0.4
Empleado	1.98	0.74 - 5.23	2.35	0.12
Oficio propio	2.66	0.74 - 5.23	0.77	0.3
Comerciante	1.61	0.45 - 5.17	7.96	0.004
Obrero	3.49	1.29 - 9.41	10.06	0.0001
Estudiante	4.43	1.49 - 12.84	13.28	0.01
Hogar	3.18	1.61 - 6.43	27.8	0.0002
Ant. Familiar de trastorno mental				
No	1.00			
Si	2.02	1.24-3.26	9.36	0.0002
Intento de suicidio en familiar				
No	1.00			
Si	3.12	1.58-6.14	13.82	0.0001
Suicidio en familiar				
No	1.00			
Si	3.29	1.36-8.02	9.41	0.002
Glucosa				
<132	1.00			*
132-202	1.39	2.56-1.10	2.64	0.10
>202	1.54	1.03-2.31	4.89	0.002
Obesidad				
Peso normal	1.00			
Generalizada	2.37	1.64-3.47	22.8	<0.001
Centralizada	1.89	1.32-2.75	13.04	<0.001
Gastritis				
No	1.00			
Si	2.19	1.38-3.49	11.4	0.001

**Tabla 10. Comparación Análisis crudo vs análisis ajustado Depresión Atípica
Análisis multivariado por regresión logística.**

	RMc	p	I.C. 95%	RMa	p	I.C. 95%
Género						
Hombres	1.00			1.00		
Mujeres	1.33	0.03	1.03-2.17	1.59	0.02	1.05-2.40
Intento de suicidio en familiar						
No	1.00			1.00		
Si	3.12	0.0001	1.58-6.14	3.19	<0.0001	1.61-6.31
Obesidad						
Peso normal	1.00			1.00		
Generalizada	2.37	<0.001	1.64-3.47	2.29	<0.0001	1.53-3.41
Centralizada	1.89	< 0.001	1.32-2.75	1.56	0.02	1.06-2.31
Edad						
> 70	1.00			1.00		
51 - 70	1.60	0.3	0.52-6.5	1.01	0.9	0.60-1.68
31 - 50	2.84	0.04	1.00-11.1	1.09	0.8	0.51-2.31
18 - 30 años	3.06	0.04	1.00-12.1	1.25	0.03	1.06-2.31
Nivel socioeconómico						
Bajo	1.00			1.00		
Medio	1.40	0.2	0.79-2.44	1.88	0.5	1.60-2.27
Alto	3.12	<0.0001	1.80-5.41	1.46	0.0001	1.28-1.73
Gastritis						
No	1.00			1.00		
Si	2.19	0.001	1.38-3.49	2.39	<0.0001	1.45-3.92

Grafica 1 Comparación de las Pirámides de Población según estudio de Depresión Mayor y Atípica en U.M.F. 21 y Pirámide Poblacional de Población adscrita a la Unidad.

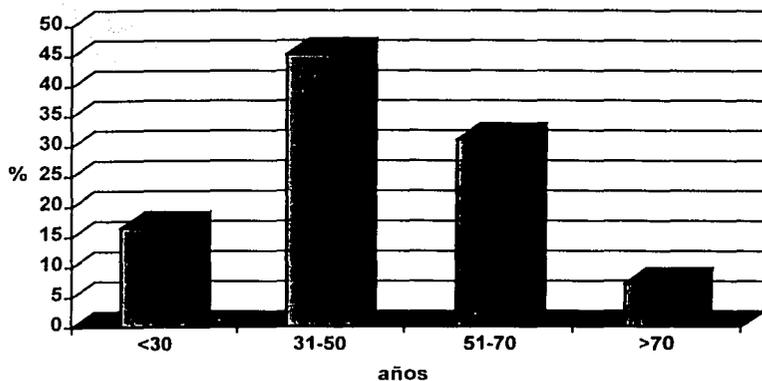


Gráfica 2. Proporción de la población general por género

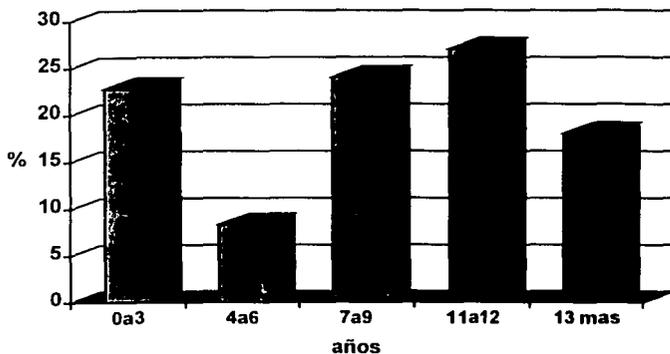


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Gráfica 3 Proporción de la población general por grupo de edad

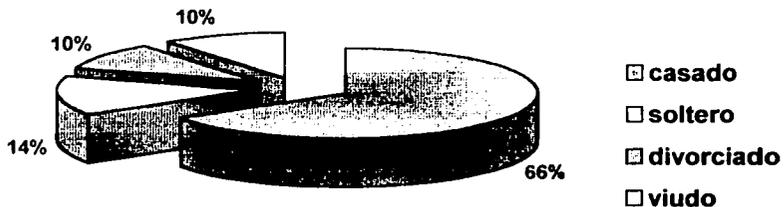


Gráfica 4 Proporción de la población por años de estudio

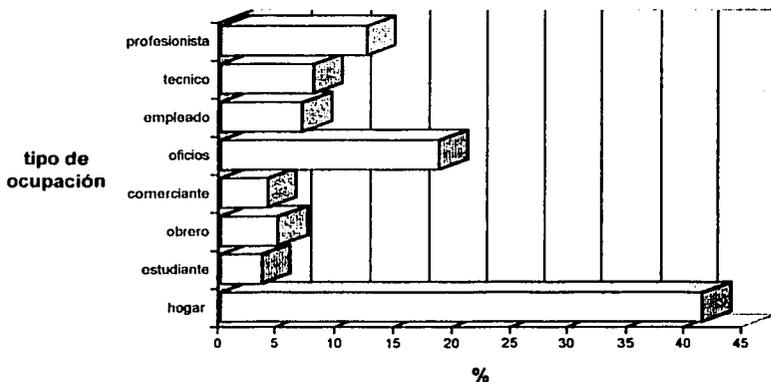


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 5 Distribución de la población por estado civil

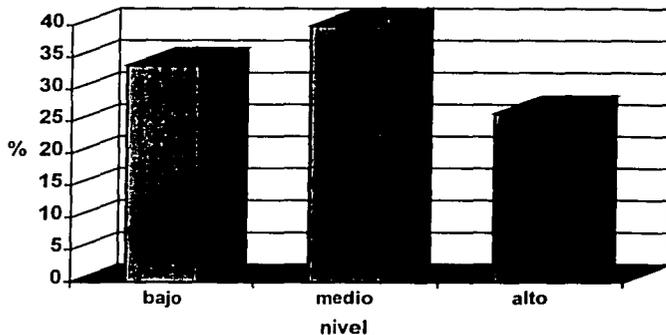


Gráfica 6 Proporción de la población por ocupación

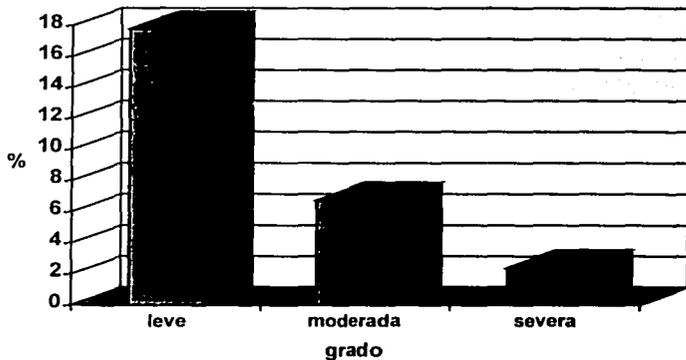


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 7 Proporción de la población por nivel socioeconómico

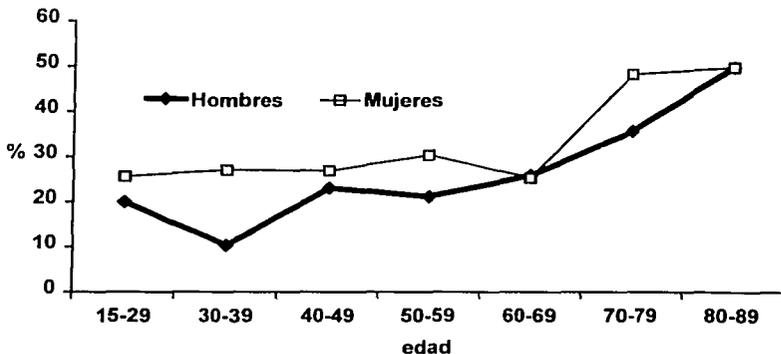


Gráfica 8 Prevalencia de depresión mayor por severidad

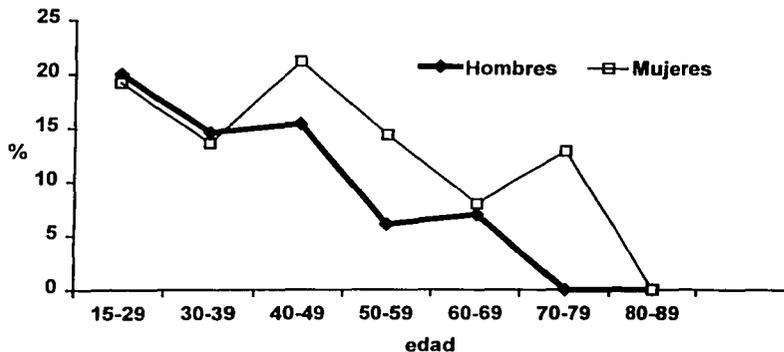


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gráfica 9. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR POR EDAD Y SEXO



Gráfica 10 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN ATÍPICA POR EDAD Y SEXO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PAGINACION DESCONTINUA

EL SOCIOECONÓMICO

Señale la opción correcta, puede ser más de una.

¿Cuántas personas viven en su casa?		13.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escriba el parentesco y la edad de los integrantes de su familia		
parentesco	edad	14.- <input type="checkbox"/>
¿En qué tipo de casa vive usted es: 0.- con familiar, 2.-rentada, 3.-prestada, 1.-propia		15.- <input type="checkbox"/>
¿De qué tipo es su vivienda? 0.-Dpto. en condominio, 1.-interes social, 2.-Dpto. en condominio, 3.-casa, 4.-dependencia		16.- <input type="checkbox"/>
¿En su mayoría de qué está construido el piso de su casa? 0.-Cemento, 1.-Lozeta o Linoleum, 2.-Mosaico, 3.-Alfombra, 4.-Parquet o Marmol.		17.- <input type="checkbox"/>
¿En su mayoría de qué está construido el techo de su casa? 0.-Lámina, 1.-Cemento		18.- <input type="checkbox"/>
¿Sistema de eliminación de excretas: 0.-WC comunitario, 1.-WC fuera de la casa, 2.- WC dentro de la casa,		19.- <input type="checkbox"/>
¿Sistema de abastecimiento de agua: 0.-Llave fuera de la casa, 1.-Llave dentro de la casa,		20.- <input type="checkbox"/>
¿Sistema de recolección de basura: 0.-La lleva usted mismo a un depósito, 1.-La recoge el camión del municipio, 2.-La recoge un servicio particular		21.- <input type="checkbox"/>
¿Qué medio de transporte utiliza más frecuentemente para desplazarse a su trabajo? 0.-Metro, 1.-Microbus, 2.- Camión, 3.-Taxi, 4.- Automóvil		22.- <input type="checkbox"/>
¿Usted cuenta con automovil propio? 0.-No 1.-Si		23.- <input type="checkbox"/>
¿Usted contestó "Si" ¿Cuántos tiene?		24.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿A qué se dedica en su tiempo libre más frecuentemente? 0.-Reparaciones, 1.- Lectura 2.- Televisión, 3.- Otro (especificar)		25.- <input type="checkbox"/>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>26.- ¿En qué invierte su tiempo los fines de semana más frecuentemente? 0.-Televisión, 1.-Parque, 2.Cine, 3.-Teatro, 4.-Restaurante, 5.-Balnearios 6.- Otros</p>	<p>26.- <input type="checkbox"/></p>
<p>27.- ¿A dónde acostumbra ir en sus vacaciones más frecuentemente? 0.- Quedarse en casa, 1.- Paseos en la ciudad, 2.- Algún Estado de la República Mexicana? ¿Cuál? _____, 2.- Fuera del País ¿Cuál? _____</p>	<p>27.- <input type="checkbox"/></p>
<p>28.- ¿En su casa cuenta con? 0.-Televisión, 1.-Computadora, 2.-Internet, 3.-Teléfono celular 4.- Automovil, 5).- Lavadora 6).- Horno de microondas</p>	<p>28.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>29.- ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia? 0.- No fue a la escuela, 1.- Sabe leer y escribir, 2.- Primaria, 3.-Secundaria, 4.-Preparatoria, 5.-Licenciatura, 6.-Posgrado</p>	<p>29.- <input type="checkbox"/></p>
<p>30.- Ocupación del jefe de familia _____</p>	<p>30.- <input type="checkbox"/></p>
<p>III. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN</p>	
<p>Si su respuesta en "no" en las preguntas 31,32 y 34 pase a la pregunta 35. Si su respuesta es "sí" anote cual(es)</p>	
<p>31.- ¿Algún(os) familiar(es) asiste(n) a sesiones con médico psiquiatra o psicólogo? Sí.....1 No.....2</p>	<p>31.- <input type="checkbox"/></p>
<p>32.- ¿Algún(os) familiar(es) ha cometido intento de suicidio? Sí.....1 No.....2</p>	<p>32.- <input type="checkbox"/></p>
<p>33.- ¿Algún(os) familiar(es) se ha suicidado? Sí.....1 No.....2</p>	<p>33.- <input type="checkbox"/></p>
<p>34.- 1.-Padre. <input type="checkbox"/> 2.-Madre <input type="checkbox"/> 3.-Hermano(a). <input type="checkbox"/> 4.-Hijos <input type="checkbox"/> 5.-Tíos. <input type="checkbox"/> 6.-Abuelo(a) paterno <input type="checkbox"/> 7.-Abuelo(a) materno <input type="checkbox"/></p>	<p>34.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRECEDENTES DE ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE

¿Almente tiene usted alguna enfermedad de larga duración?
 No.....0 Sí.....1

35.-

Enfermedad	A.- Tiempo de evolución	B.-Tratamiento ¿Qué medicamentos está tomando?	C.- Hospitalizaciones ¿Ha estado hospitalizado por su enfermedad? 0) NO 1) SI
Asma			
Arteriosclerosis			
Diabetes			
Enfermedad coronaria			
Enfermedad renal			
Enfermedad hepática			
Enfermedad pulmonar			
Enfermedad vascular			
Enfermedad neurológica			
Enfermedad psiquiátrica			
Enfermedad sistémica			
Enfermedad autoinmune			
Enfermedad infecciosa			
Enfermedad de transmisión sexual			
Enfermedad de transmisión sanguínea			
Enfermedad de transmisión parenteral			
Enfermedad de transmisión intravenosa			
Enfermedad de transmisión intramuscular			
Enfermedad de transmisión intradérmica			
Enfermedad de transmisión intranasal			
Enfermedad de transmisión intravaginal			
Enfermedad de transmisión intrarectal			
Enfermedad de transmisión intravaginal			
Enfermedad de transmisión intrarectal			
Enfermedad de transmisión intravaginal			
Enfermedad de transmisión intrarectal			

36.-

	A	B	C
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANTROPOMETRÍA

Peso Kg

38.-Talla cm

IMC

39.-

40.-Cintura cm

41.-Cadera cm

ICC

42.-

REGISTRO DE MEDICIONES

Hemoglobina

43.-

Mg/dl

Triglicéridos

44.-

Mg/dl

Colesterol

45.-

Mg/dl

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO"**

Nombre _____ **Fecha** _____

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este Cuestionario consta de grupos de afirmaciones; por favor lea cada afirmación cuidadosamente, escoja entonces una afirmación en cada grupo, aquella que describa de mejor manera cómo se ha sentido LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. Circule el número al lado de la afirmación que escogió. ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. P1.- []
0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
2. P2.- []
0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
1 Estoy desilusionado(a) del futuro
2 Siento que no tengo perspectiva de futuro
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
3. P3.- []
0 No siento que fallé
1 Siento que fallo más que una persona normal
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3 Me siento una falla completa como persona
4. P4.- []
0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1 No disfruto de las cosas como antes
2 No encuentro ya satisfacción real de nada
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5. P5.- []
0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.
0 No siento que he sido castigado(a)
1 Siento que podría ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Siento que he sido castigado(a)
7.
0 No me siento desilusionado(a) de mí
1 Estoy desilusionado(a) de mí
2 Estoy disgustado(a) conmigo
3 Me odio
8.
0 No me siento peor que nadie
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9.
0 No tengo pensamientos de suicidarme
1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si pudiera
10.
0 No lloro más de lo usual
1 Lloro más que antes
2 Lloro ahora todo el tiempo
3 Podría llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo
11.
0 No soy más irritable de lo que era antes
1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes
2 Me siento irritado(a) todo el tiempo
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12.
0 No he perdido el interés en otra gente
1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes
2 He perdido mi interés en otra gente
3 He perdido todo mi interés en otra gente
13.
0 Hago decisiones igual que siempre
1 Evito hacer decisiones más que antes
2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora
3 No puedo hacer decisiones por completo
14.
0 No siento que me vea peor que antes
1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a)
3 Creo que me veo feo(a)

P6.-

P7.-

P8.-

P9.-

P10.-

P11.-

P12.-

P13.-

P14.-

6
TESIS CON
FALLA DE ORDEN

15. P15.-

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
- 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
- 3 No puedo hacer nada

16. P16.-

- 0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir

17. P17.-

- 0 No me canso más de lo usual
- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
- 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa

18. P18.-

- 0 Mi apetito es igual que lo usual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora
- 3 No tengo nada de apetito

19. P19.-

- 0 No he perdido peso
- 1 He perdido más de 2.5 kg
- 2 He perdido más de 5 kg
- 3 He perdido más de 7.5 kg He intentado perder peso comiendo menos Si No

20. P20.-

- 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
- 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21. P21.-

- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

POR FAVOR ASEGURESE DE HABER RESPONDIDO LAS VEINTIUN PREGUNTAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN ATÍPICA
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS***

Reactividad del humor. Grado al cual los eventos favorables del día se asocian con mejoría del estado de ánimo. (≥ al 50% es en lo típico)

— En los tres meses previos, si alguien era amable con usted, o algo bueno sucedía, o alguien trataba de animarla(o), era usted capaz de sonreír al menos momentáneamente? Si 100 es no sentirse deprimido (estar alegre o tranquilo) y 0 representa estar deprimido, que tan cerca de 100 llega usted a sentirse si algo agradable sucede, o alguien trata de animarla(o)? Siempre reacciona al 50% o más?

— Si alguien le dice un cumplido a Usted o a sus hijos?

— Si alguien lo invita a un lugar al que realmente tenía muchas ganas de ir o hubiera querido ir si no se sintiera deprimida(o)?

— Si tiene un éxito económico, un logro u otro evento positivo?

— Si un buen amigo o un niño trata de animarla(o)?

— ¿Puede reaccionar a este tipo de cosas al menos temporalmente? Puede mirar programas especiales de televisión, música o un buen libro? En qué grado? Cuál ha sido su más típico grado de reactividad a estas cosas? Cuál ha sido su mayor reactividad?

Características asociadas. (dos de cuatro deben ser positivas)

1. Sueño. Duerme excesivamente (positivo es 3 días por semana o más), en los tres meses previos, como ha estado usted durmiendo? Cuántas horas al día ha dormido Ud?

— En promedio cuantas horas al día ha dormido Usted al menos 10 horas 24 hrs.?

2. Energía aplomada. La sensación física de sentirse pesado, aplomado (positivo es negativo). Cómo ha estado su energía durante los últimos tres meses? No me refiero a su interés o motivación, sino a un nivel de energía.

— ¿Qué tan bajo? Como si no tuviera nada de energía? Se sienten sus brazos o sus piernas a veces pesados, como si estuvieran llenos de plomo? ¿Representa un esfuerzo físico subir escaleras o levantarse de una silla?

— ¿Qué tan frecuentemente?

— ¿Qué tanto dura esto?

— ¿Cuántos días de la semana ha sentido esta sensación de pesadez, al menos una hora?

3. Apetito/Peso. (positivo es 4 a 6 en C1, C2 ó C3)

4. Pérdida de apetito. Deseo excesivo de comer (independiente de la cantidad sumida). (positivo es una calificación 4 a 6). Como ha estado su apetito durante los 3 meses previos? Estoy hablando de su deseo de comida, no de la cantidad que está usted comiendo.

— Fue excesivo?

— ¿Qué tan frecuente?

— ¿Tenía el deseo de comer en exceso? de atracarse?

— ¿Qué parte del tiempo?

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2

2. Alimentación. Consumo excesivo de comida (positivo es una calificación de 4-6) Independientemente del apetito, cuanto ha estado comiendo en los últimos 3 meses?

- ___ ¿La cantidad adecuada para Usted?
- ___ ¿Come entre comidas o se atraca?
- ___ ¿Qué tan seguido?
- ___ ¿Qué tanto?

3. Peso. (Positivo es una calificación de 4 a 6) ¿Durante los tres meses previos, ha cambiado su peso?

- ___ ¿Qué tanto?
- ___ ¿En qué sentido?
- ___ ¿Durante que tanto tiempo?

D. Sensibilidad al rechazo. Grado al cual la sensibilidad al rechazo interpersonal ha interferido con el funcionamiento (4-6 en cualquiera de 2-5 positivos).

1. Sensibilidad interpersonal- Sobrereacción emocional al rechazo o la crítica. ¿En general a través de su vida, que tan sensible ha sido usted al trato que los demás le dan? Piensa que se ha sentido más fácilmente rechazado o hecho a un lado que la mayoría de la gente? ¿Si Usted ha sido rechazado, criticado, le produce desánimo o tristeza? ¿Enojo? ¿Que tan desanimado o enojado? ¿por cuánto tiempo?

___ Probar relaciones románticas, amistades, relaciones laborales, o encuentros casuales.

2. Calidad de las relaciones- Relaciones tormentosas debidas a sobrereacción al rechazo o a la crítica.

Como se ha llevado en general con la gente ¿Aceptablemente suave? O ha tenido peleas frecuentes, discusiones, malos entendidos debido a la hipersensibilidad al rechazo o la crítica?

___ Tiende a romper con alguien importante súbitamente y luego reconciliarse también rápidamente.

___ Tiene discusiones frecuentes con su supervisor o jefe.

___ ¿Se encuentra con frecuencia discutiendo con vendedores, personal de mantenimiento u otros que se supone deberían ayudarlo?

3. Alteración funcional

___ Trabajo o escuela debido a sobrereacción al rechazo o crítica. ¿Ha reaccionado en exceso generalmente al rechazo o la crítica? ¿Cómo? ¿Se ha afectado su funcionamiento? ¿Ha dejado su trabajo (escuela)? ¿No ha ido al trabajo? ¿Ha llegado borracho o bajo efecto de drogas? ¿Ha perdido citas?

___ ¿No ha cumplido con su trabajo en casa?

___ ¿Cuantas veces ha ocurrido esto en un periodo de 2 años?

___ ¿Ha ocurrido en más de 4 ocasiones en dos años?

4. Evitación de las relaciones- Pérdida de relaciones debido a temor de ser rechazado. ¿Tiene alguna relación de pareja actual?

___ ¿Existió un periodo de dos años en el que no?

___ ¿Porqué no?

___ ¿Qué se interpuso (interpone) en el camino?

___ ¿Es posible que Usted esté evitando relacionarse?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe a que a Usted pueden lastimarlo fácilmente?

En qué medida o grado está evitando ser rechazado?

evitación del rechazo

Evitación de otras importantes tareas de la vida debido a evitación
chazo. La preocupación por el rechazo interfiere con otras
tareas importantes? ¿Por ejemplo, no acude a entrevistas de trabajo por miedo de
que no lo necesiten?

O perder citas temiendo el no poder hacer una venta?

O no ir a clase por miedo de que el maestro lo critique?

O no cocinar por miedo de que su esposo critique?

Ha interferido esto con su desempeño de algún modo?

¿Cómo?

¿En qué grado?

¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

¿Ha afectado esto su matrimonio?

¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

¿Ha provocado que salga de la escuela?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuestionario de depresión atípica

I. **Reactividad del humor.** Grado al cual los eventos favorables del ambiente se asocian con mejoría del estado de ánimo. (2 al 50% es en lb. es positivo)

Durante los tres meses previos, si alguien era amable con usted, o algo agradable sucedía, o alguien trataba de animarla(o), era usted capaz de reaccionar al menos momentaneamente? Si 100 es no sentirse deprimido (es estar alegre o tranquilo) y 0 representa estar deprimido, que tan cerca del 100 llega usted a sentirse si algo agradable sucede, o alguien trata de alegrarla(o)? Siempre reacciona al 50% o más?

_____ Si alguien le dice un cumplido a Usted o a sus hijos?

_____ Si alguien lo invita a un lugar al que realmente tenía muchas ganas de asistir o hubiera querido ir si no se sintiera deprimida(o)?

_____ Si tiene un éxito económico, un logro u otro evento positivo?

_____ Si un buen amigo o un niño trata de animarla(o)?

Puede reaccionar a este tipo de cosas al menos temporalmente? Puede disfrutar programas especiales de televisión, música o un buen libro? En qué grado? Cuál ha sido su más típico grado de reactividad a estas cosas? Cuál ha sido su mayor reactividad?

II. **Características asociadas.** (dos de cuatro deben ser positivas)

A. Sueño. Duermes excesivamente (positivo es 3 días por semana o más), en los tres meses previos, como ha estado usted durmiendo? Cuantas horas al día ha dormido Ud?

_____ En promedio cuantas horas al día ha dormido Usted al menos 10 de las 24 hrs.?

B. Páralisis aplomada. La sensación física de sentirse pesado, aplomado (4 a 6 es positivo). Cómo ha estado su energía durante los últimos tres meses? No me refiero a su interés o motivación, sino a un nivel de energía física. Que tan bajo? Como si no tuviera nada de energía? Se sienten sus brazos o sus piernas a veces pesados, como si estuvieran llenos de plomo? ¿Representa un esfuerzo físico subir escaleras o levantarse de una silla?

_____ Qué tan frecuentemente?

_____ Qué tanto dura esto?

_____ Cuántos días de la semana ha sentido esta sensación de pesadez, por al menos una hora?

C. **Apetito/Peso.** (positivo es 4 a 6 en C1, C2 ó C3)

1. **Apetito.** Deseo excesivo de comer (independiente de la cantidad consumida). (positivo es una calificación 4 a 6). Como ha estado su apetito durante los 3 meses previos? Estoy hablando de su deseo de comida, no de la cantidad que está usted comiendo.

_____ Fue excesivo?

_____ Qué tan frecuente?

_____ Tenía el deseo de comer en exceso? de atracarse?

_____ Qué parte del tiempo?

I.

Reactividad Usual

a. _____ % de lo normal

Reactividad Máxima

b. _____ % de lo normal

A. _____ días/s $\geq 10h$

B.

1=adecuada o excesiva energía

2=disminución leve o significancia cuestionable cuando está deprimido

3=disminución moderada con posible afección funcional, sin o raramente parálisis aplomada cuando se encuentra deprimido

4=marcada disminución; sentirse aplomado por lo menos una hora al día por tres días a la semana cuando está deprimido.

5=disminución severa; sentirse aplomada mayor parte del tiempo la mayor parte de los días cuando está deprimido.

6=disminución extrema; sentirse aplomado la mayor parte o todo el tiempo cuando está deprimido.

1.1=apetito sin incremento

2=ligero incremento de significancia cuestionable.

3=incremento mínimo; el apetito se ha incrementado algo mientras está deprimido; p.ej. ocasionalmente quiere atracarse, o varias veces a la semana quiere una colación o botana extra o "segundos".

4=incremento marcado; ej. quiere atracarse al menos tres veces por semana, o ha sentido una fuerte urgencia de comer en exceso la mayor parte de los días (5/7).

5=incremento severo; ej. tiene urgencia de comer en exceso la mayor parte de los días, o quiere comer en exceso la mayor parte del tiempo.

6=incremento extremo; ej. quiere comer en exceso todos los días.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3n. Consumo excesivo de comida (positivo es 1 de 4-6):
menor del apetito, cuanto lo ha estado comiendo
3 meses?
¿adecuada para Usted?
¿se comidas o se atraca?
seguido?
o?

¿cómo es una cañificación de 4 a 6) ¿Durante los
evios, ha cambiado su peso?
to?
sentido?
: que tanto tiempo?

Índice al rechazo. Grado al cual la sensibilidad
interpersonal ha interferido con el
nio (4-6 en cualquiera de 2-5 positivos).
Índice interpersonal- Sobre-reacción emocional al
crítica. ¿En general a través de su vida, que tan
ido usted al tanto que los demás le dan? Piensa
entido más fácilmente rechazado o hecho a un
mayoría de la gente? ¿Si Usted ha sido
criticado, le produce desánimo o tristeza?
¿ue tan desanimado o enojado? ¿por cuánto
relaciones románticas, amistades, relaciones
encuentros casuales.

de las relaciones- Relaciones tormentosas
sobre-reacción al rechazo o a la crítica.
ha llevado en general con la gente
mente suave? O ha tenido peleas frecuentes,
malos entendidos debido a la hipersensibilidad al
crítica?
a romper con alguien importante súbitamente y
ciliarse también rápidamente.
discusiones frecuentes con su supervisor o jefe.
encuentra con frecuencia discutiendo con
personal de mantenimiento u otros que se
erían ayudarlo?

¿n funcional
¿o a escuela debido a sobre-reacción al rechazo o
reaccionado en exceso generalmente al rechazo
? ¿Cómo? ¿Se ha afectado su funcionamiento?
o su trabajo (escuela)? ¿No ha ido al trabajo? ¿Ha
racho o bajo efecto de drogas? ¿Ha perdido citas?
ha cumplido con su trabajo en casa?
antas veces ha ocurrido esto en un periodo de 2
ocurrido en más de 4 ocasiones en dos años?

¿n de las relaciones- Pérdida de relaciones debido
e ser rechazado. ¿Tiene alguna relación de pareja
stó un periodo de dos años en el que no?
¿qué no?
é se interpuso (interpone) en el camino?
posible que Usted está evitando relacionarse? . . .
debe a que a Usted pueden lastimarlo fácilmente?
qué medida o grado está evitando ser rechazado?

2.1-No hay alteración; come normalmente o muy poco
cuando está deprimido.
2=incremento mínimo; puede ocasionalmente comer una
botana cuando está deprimido, pero no parece tener
relevancia clínica.
3=incremento leve; ej. toma botanas o come en exceso
cuando está deprimido, pero esto ocurre en un grado
leve.
4=incremento moderado; ej. se atraca dos veces por
semana, o toma botanas diario, o toma botanas varias
veces al día 3 días por semana cuando está deprimido.
5=incremento severo; ej. se atraca al menos cuatro veces
por semana o casi constantemente "nibbles" cuando
está deprimido.
6=incremento extremo; se atraca diariamente cuando
está deprimido.

3. 1=no ha tenido incremento de peso mientras está
deprimido.
2=mínima ganancia de peso de significancia
cuestionable; ej. 0-4 onzas.
3=aumento de peso leve; ej., menos de 10 libras.
4=aumento de peso moderada; ej., 10-15 libras.
5=incremento de peso marcado; ej., 15-20 libras.
6=extremo incremento de peso; ej., más de 20 libras.

1. 1=ninguna; toma los altibajos de la vida sin problemas.
2=mínimo; se siente discretamente herido o mifido.
3=leve; se pone un poco triste o enojado, pero se
recupera fácilmente.
4=moderado; claramente se pone excesivamente
deprimido o enojado.
5=severo; claramente sobre-reacciona por un periodo
de tiempo largo.
6=extremo; se pone extremadamente deprimido o
enojado por un tiempo largo, o busca excesivamente
maneras en que él o ella es maltratado(a).

2. 1=ninguna; las relaciones son fáciles.
2=mínima; hay una ligera dificultad de significancia
clínica dudosa.
3=leve; hay cierta turbulencia en las relaciones;
aceptablemente estables.
4=moderada; celos o sensibilidad a la crítica que
producen relaciones tormentosas, dificultad en
conservar el trabajo o manejar el hogar.
5=severo; peleas frecuentes, malos entendidos,
discusiones debido a sensibilidad al rechazo o a la
crítica.
6=extremo; dificultades interpersonales debidas a
sensibilidad al rechazo o crítica casi constantes.

3. 1=ninguna; no hay afectión.
2=mínima; ligera afectión, clínicamente no significativa.
3=leve; alguna alteración pero "va superando las cosas"
4=moderada; ej., deja el trabajo temprano, no termina
labores importantes en casa, se emborracha en
respuesta directa al rechazo o crítica al menos 4 veces
en 2 años.
5=severa; ej., ha faltado al trabajo por lo menos doce
veces en 2 años debido a las críticas o al rechazo.
6=extrema; interferencia funcional repetida (demasiado
para contarla).

4. 1=ninguna; tiene relaciones, o la falta de relaciones
claramente no se debe a la evitación del rechazo.
2=mínima; poco aprensivo del rechazo, tiene relaciones.
3=leve; aprensivo acerca del rechazo potencial, se fuerza.
4=moderada; evita relación íntima, solo superficiales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

5=severa; sólo mínimo contacto superficial con otros.
6=extremo; total reclusión debido a miedo al rechazo.

5. Otra evitación del rechazo

___ Evitación de otras importantes tareas de la vida debido a evitación del rechazo. La preocupación por el rechazo interfiere con otras actividades? ¿Por ejemplo, no acude a entrevistas de trabajo por miedo de que le digan que no lo necesitan?

___ ¿O perder citas temiendo el no poder hacer una venta?

___ ¿O no ir a clase por miedo de que el maestro lo critique?

___ ¿O no cocinar por miedo de que su esposo critique?

___ ¿Ha interferido esto con su desempeño de algún modo?

___ ¿Cómo?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

___ ¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

___ ¿Ha provocado que salga de la escuela?

___ ¿CÓMO?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

___ ¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

___ ¿Ha provocado que salga de la escuela?

___ ¿CÓMO?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

___ ¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

___ ¿Ha provocado que salga de la escuela?

___ ¿CÓMO?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

___ ¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

___ ¿Ha provocado que salga de la escuela?

___ ¿CÓMO?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

___ ¿Ha ocasionado que lo corran varias veces en los últimos dos años?

___ ¿Ha provocado que salga de la escuela?

___ ¿CÓMO?

___ ¿En qué grado?

___ ¿Ha hecho que esté sin trabajo por más de dos años?

___ ¿Ha afectado esto su matrimonio?

5. 1=ninguna; no evitación.

2= mínima evitación debido a rechazo con mínimo o no afección.

3=leve; alguna evitación debido a sensibilidad al rechazo con leve afección.

4=moderado; afección significativa debido a evitación del rechazo.

5=severo; marcada afección debida a evitación del posible rechazo.

6=extremo; ej., incapaz de mantener un trabajo, o ir a la escuela por miedo al rechazo ó incapaz de socializar por dos años.

III. DIAGNOSTICO (IB >50% MÁS DOS DE IIA-D son positivos)

1=depresión con humor no reactivo (Ib es menor a 50%)

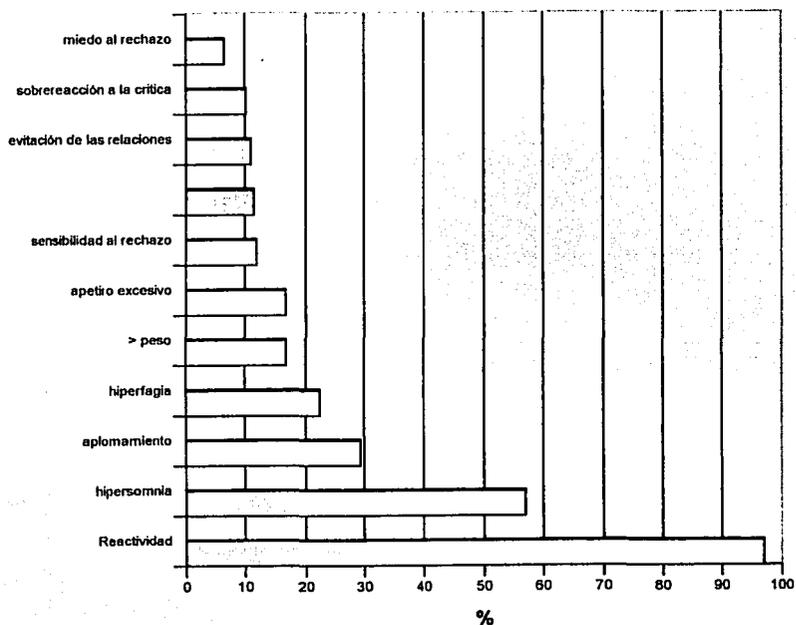
2=depresión con humor reactivo simple (Ib es mayor a 50% y IIA-D son todos negativos)

3=Probable depresión atípica (Ib más de 50% más un criterio IIA-D positivo)

4=Depresión atípica definitiva (Ib >50% más dos o más IIA-D positivos).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica 11 prevalencia de sintomatología en pacientes con depresión atípica.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**