

11241

21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado.  
Departamento de Psiquiatría, Psicología  
y Salud Mental.

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES  
EXTERNOS EN UN HOSPITAL GENERAL”**



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

**TESIS**

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría

Presenta:

**DRA. MA. DEL SOCORRO GONZALEZ VALADEZ**

Asesor teórico:

**DR. ENRIQUE GONZALEZ BUTRON**  
**MEDICA**

**DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.**

Asesor metodológico:

**DR. JORGE PEÑA ORTEGA**

2002

\*Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” S.S.A.  
\*Facultad de Medicina. Depto. de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. UNAM.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## ÍNDICE

MARCO TEÓRICO .....	1
MARCO DE REFERENCIA .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	16
HIPÓTESIS.....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	18
PARÁMETROS DE MEDICIÓN.....	20
RECURSOS.....	21
VALIDACIÓN DE DATOS.....	23
RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES.....	37
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

## MARCO TEÓRICO

### **La melancolía en la antigüedad grecorromana.**

Los médicos de la antigüedad grecorromana reconocían ya que a pesar de que todas las enfermedades son somáticas, existen aquellas que particularmente tienen efecto sobre el alma, el espíritu, el carácter y el comportamiento. Inicialmente Hipócrates (siglo I. a C.) (36), relaciona a la melancolía con las bilis negra pero no precisa si existe un lazo causal entre este humor y los dos sentimientos específicos que la caracterizan: la tristeza y el miedo. Con el nacimiento de la escuela metodista, se le da a la melancolía un nuevo enfoque, así, en el siglo V d. C., Celio Aureliano aclara: " La melancolía toma su nombre del hecho de que el enfermo vomita a menudo bilis negra... Este nombre no proviene, como lo creen muchos de que la bilis negra podría ser la causa o el origen de la enfermedad"

### **La melancolía en la edad media.**

La poesía de fines de la Edad Media se tiñe de melancolía, la medicina se le había adelantado por este mismo camino. Mientras que la traducción de Bartolomé de Mesina nos aporta a mediados del siglo XIII, el conocimiento del célebre problema XXX, el cual bajo la autoridad de Aristóteles, confiere a los grandes creadores un temperamento melancólico, los textos médicos árabes transmiten una visión de la melancolía-enfermedad que todo lo invade. Desde el siglo XI, Constantino el Africano, mediante su adaptación del tratado de Isak Ibn-Imran, muy influido a su vez por Rufo de Éfeso, clasifica a la enfermedad en tres formas principales según su origen: el cerebro, el cuerpo desde donde se difunde al cerebro o que tenga como sede el orificio del estómago (forma hipocondriaca). Al atribuir a la bilis negra la capacidad de mezclarse, por abrasamiento, con los otros tres humores, Avicena hace posible establecer una correspondencia entre la multiplicidad de los síntomas y una modulación sutil de las causas.

## **La melancolía durante el Renacimiento y la Ilustración.**

Durante el Renacimiento no existió un concepto de enfermedad mental propiamente dicho, más bien se trataba de "enfermedades en las que hay pasión espiritual"; para los médicos de esta época, las enfermedades que ahora llamamos mentales, tenían sus raíces en un trastorno físico, corporal, como todas las demás enfermedades: su particularidad consistía en que estos trastornos producían sus efectos sobre el cerebro. No hay lugar en la configuración de la medicina del siglo XVI para una disciplina a la que pudiéramos llamar psiquiatría, las enfermedades de esta naturaleza ocupan su lugar entre las afecciones de la cabeza, de tal forma que se buscan sitios anatómicos para enfermedades tales como la manía, frenesí, letargia, dolores de cabeza, melancolía, trastornos de la memoria, vértigo, pesadilla, epilepsia, apoplejía, coma, insomnio, etc. En estos tiempos, la medicina enseña que las enfermedades, cualesquiera que sean, tienen tres causas principales: la destemplanza o discrasia, en las partes semejantes; la mala composición, en las partes instrumentales, y una solución de continuidad (herida, fractura, etc.) en las partes semejantes o instrumentales.. La caracterización de los pacientes melancólicos se relaciona con la naturaleza de su origen: un "humor negro y fangoso"; el rostro será moreno o negruzco y, según Paré se acompañará de "una mirada inconstante feroz y huraña, triste, taciturna y enfurruñada" en tanto que el cuerpo será "frío y duro al tacto", al igual que la tierra, cuyo color más natural, según Guiblet, es el negro.

El concepto demoníaco de la melancolía comienza a transformarse, durante el siglo XVI, Jacques Fontaine y sus contemporáneos consideran que el diablo utiliza la melancolía como un medio que le facilita actuar sobre el ser humano, pero como aclara Brossier "No debe atribuirse al demonio nada que no tenga algo de extraordinario, por encima de las leyes de la naturaleza".

En el siglo XIX Pinel (1745-1826) menciona cuatro enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia, y su discípulo Esquirol (1772-1840), dentro de las monomanías incluye a la melancolía, denominándola lipemanía, donde

afirma "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva..".

A mediados del S. XIX aún no se realiza una descripción única de una Locura Circular que se basará en las etapas ya conocidas de melancolía y manía. Todo esto ocasiona que el concepto de melancolía que se tenía se centre en un trastorno primario de la afectividad; así como el término depresión que en 1860 ya está en los diccionarios médicos.

Los 6 principios teóricos que sostiene a estos conceptos 1) trastornos primarios de la afectividad y no del intelecto o la volición; 2) psicopatología estable; 3) representación cerebral; 4) periódicos; 5) genéticos en su origen, con tendencia a aparecer en sujetos con personalidades predispuestas, y 6) endógenos en su naturaleza.

En Alemania Emil Kraepelin (1856-1926) presenta la 6ª Edición de trabajo de Psiquiatría (1899) donde cita la diferencia entre Psicosis maniaco depresiva (PMD) y la demencia precoz donde la PMD recibe una categoría nosológica.

Así mismo Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Actualmente Perris Winokur y Angust lo ven desde puntos de vista genéticos, clínicos, etc. López-Ibor toma el problema de las depresiones enmascaradas, Schildkraut, Coppen y Van Pragg, proporciona hipótesis bioquímicos actuales de la depresión, con Akiskal, Klerman, Klein y Weissman se concluye el panorama histórico.

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, como síndrome sus cualidades de las etapas son: tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, como enfermedad se observa como un trastorno de origen biológico. En determinadas áreas y debido a su falta de precisión se distinguen entres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (población normal), depresiones unipolares (engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares ( que hacen referencia a la PMD).

### **Conceptos actuales**

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presenta como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos, afecta a las esferas afectiva, cognitiva, somática y conductual (17,43). En contraste con la tristeza que caracteriza a la elaboración del duelo, la depresión clínica es persistente y severa (8). Se acompaña de diversos síntomas entre los que se incluyen alteraciones del sueño y la alimentación, pérdida de la iniciativa, conductas de auto-castigo secundarias a ideas de culpa, disminución de las actividades sociales que puede llegar incluso a la inactividad y anhedonia entre otras (13,16).

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida o el aumento del apetito, la baja o aumento de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño que característicamente consiste en su interrupción prematura. El enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en la esfera somática. La presencia de síntomas de la constelación neurótica, tales como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como son las psicosis depresivas hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor (27,33,34).

Como consecuencia e la percepción que tienen de sí mismas y del mundo y de los intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas altera

profundamente el núcleo familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a aquellos que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo (31,34).

Múltiples estudios realizados a nivel de población general en los que se utilizaron entrevistas psiquiátricas estructuradas revelan que de un 2 a un 4% de la población sufre de depresión mayor (25) y que su prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres (7); la preponderancia femenina es evidente desde la pubertad y se ha encontrado entre diferentes poblaciones y culturas, este hecho puede ser explicado por varios factores sociobiológicos relacionados con el género (32,35).

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la consulta del médico general (8), en los Estados Unidos los estudios de prevalencia revelan que de un 6 a un 10% de todos los pacientes que acuden a los servicios de atención primarios, por cualquier motivo, tienen un síndrome depresivo mayor, además de que más de un 30% de todos los pacientes tienen síntomas depresivos (46). Se ha reportado que los síntomas depresivos persisten durante seis meses a un año en una tercera parte a la mitad de los pacientes. A pesar de su gran prevalencia, el médico general no diagnostica el síndrome depresivo mayor más de la mitad de las veces que se presenta en sus pacientes; y cuando lo identifica, le dará un tratamiento adecuado sólo en un 50% de los casos (3,28,39).

Los pacientes con depresión acuden con gran frecuencia a los servicios de atención médica, tienden a amplificar los síntomas de enfermedades crónicas, su incapacidad funcional es mayor, no se adhieren a sus tratamientos y hay un aumento en la morbilidad y la mortalidad (16). En estos casos es común que la depresión se presente con síntomas somáticos vagos, los pacientes se quejan de cansancio, falta de energía, debilidad o cefalea. Hasta un 35% de los pacientes deprimidos se presenta con dolor como síntoma principal. Estos síntomas somáticos pueden ser a) síntomas vegetativos de la depresión, b) parte del



vocabulario psicológico del paciente, incapaz de verbalizar en otra forma su experiencia, o c) síntomas de exacerbación de la enfermedad por depresión. Por otra parte, la depresión de síntomas cognoscitivos y afectivos no es muy marcada, lo que genera una mayor dificultad para diferenciarla de otros trastornos más bien de tipo médico. Cuando el paciente acude a consulta con el médico general o el especialista en áreas ajenas a la psiquiatría, tiende a enfocarse en los síntomas somáticos que presenta, aunque estos se deban a un trastorno depresivo: insomnio, anorexia, pérdida de peso, fatiga, retardo psicomotor, concentración disminuida, ansiedad, tensión muscular, constipación, cefalea, dolor lumbar, negando o minimizando los componentes cognoscitivos y afectivos (10,11,24,45).

Algunas razones que explican esta deficiencia en la diagnóstico y el tratamiento de la depresión a nivel de atención primaria son: la falta de conocimiento por parte del médico y del paciente, la excesiva preocupación por el estado físico y la consiguiente minimización de la importancia del estado emocional, la estigmatización de las alteraciones psiquiátricas y la dificultad de reconocer la coexistencia de trastornos médicos y psiquiátricos. En la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos para la depresión mayor (criterios APA); al menos cinco de los siguientes síntomas deberán presentarse durante el mismo periodo, y al menos uno de los primeros dos estará presente; además, la sintomatología permanecerá la mayor parte del día, casi diariamente, durante dos semanas o más (26)

**TABLA 1, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN MAYOR.**

- Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés en las actividades diarias y anhedonia.
- Pérdida o ganancia significativa de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Retardo o agitación psicomotor.
- Fatiga (pérdida de la energía).
- Sentimientos de minusvalía y culpa.
- Disminución en la concentración y falta de atención.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Abandona a su curso, la depresión puede ser letal; el 15% de los pacientes con depresión mayor se suicidarán, lo que en la mayoría de los casos puede evitarse; de hecho, hay estudios que muestran que dos tercios de los pacientes deprimidos que se suicidaron habían visitado a su médico durante el mes anterior (26,46). Por otra parte es importante reconocer que la depresión causa mayor incapacidad que muchos padecimientos médicos crónicos y que quienes la padecen están en un riesgo cinco veces mayor de desarrollar incapacidad (1). Entre las consecuencias económicas que este síndrome tiene, encontramos que los pacientes no diagnosticados son usuarios frecuentes de los servicios de salud, con un índice de consultas médicas tres veces mayor al de aquellos pacientes no deprimidos. La mayoría de estos pacientes no diagnosticados reciben tratamientos médicos agresivos y se someten a pruebas diagnósticas que ponen en riesgo su salud y que alteran su economía. los costos anuales directos (hospitalización, fármacos y otros servicios de salud) e indirectos (disminución en la productividad) en los Estados Unidos ascienden a 16 mil millones de dólares (18,19,46).

Aproximadamente, de un 10 a un 15% o más de los casos de depresión mayor son causados por enfermedades médicas y por otras condiciones. Como

principio se trata inicialmente la condición asociada y luego, si continúa, se tratará el síndrome depresivo. A continuación se enlistan las condiciones asociadas a esta enfermedad:

- **Alteraciones médicas en general:** Las alteraciones médicas que más comúnmente coexisten con el síndrome depresivo son las autoinmunes, neurológicas, metabólicas, infecciosas, oncológicas y endocrinas entre otras. Estas alteraciones, pueden biológicamente, desencadenar la depresión, por ejemplo, el hipotiroidismo que se asocia a síntomas depresivos. Por otra parte, el conocimiento por parte del paciente del trastorno médico, sobre todo en pacientes terminales es per se fuente de depresión.
- **Otras alteraciones psiquiátricas:** Entre las más frecuentes, alteraciones alimentarias, trastorno obsesivo-compulsivo, y algunos casos de crisis de pánico. Cuando coexisten la ansiedad generalizada y el síndrome depresivo el tratamiento deberá enfocarse primero a la depresión. Cuando existe la sospecha de alteraciones de la personalidad, la depresión mayor será tratada primero, de ser posible.
- **Duelo:** Es importante diferenciar un proceso de duelo normal de una depresión; el primero persiste durante dos a seis meses y mejora gradualmente sin necesidad de un tratamiento específico. La mayoría de los duelos no cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor y son vistos por el paciente como una reacción normal y apropiada que raras veces causan un deterioro social y afectivo prolongado (29,37,38).

Virtualmente cualquier clase de medicamento incluye algún agente capaz de inducir depresión. Los fármacos antihipertensivos, anticolsterolémicos y antiarrítmicos están entre los agentes más comúnmente usados que pueden desencadenar síntomas depresivos; en la tabla 2 se enumeran los medicamentos asociados a depresión secundaria (1). De los antihipertensivos, los betabloqueadores y en menor medida los bloqueadores de canales de calcio son los que más producirán depresión. Debe pensarse en una depresión iatrogénica en pacientes bajo tratamiento con corticosteroides, antimicrobianos, analgésicos,

sistémicos, antiparkinsonianos y anticonvulsivos, para decidir si existe una relación causal entre la terapia farmacológica y el ánimo abatido de un paciente es necesario examinar la cronología de los síntomas y en algunos casos, como un último recurso, llevar a cabo un cambio empírico con medicamentos alternativos (15)

#### TABLA 2. FÁRMACOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN SECUNDARIA

- Agentes analgésicos y antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Anticonvulsivos.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos.
- Antiparkinsonianos.
- Agentes Cardiovasculares.
- Antineoplásicos.
- Hormonas.
- Inmunosupresores.
- Sedantes y Tranquilizantes.
- Otros (Alcohol, cafeína, drogas de uso "recreativo").

## MARCO DE REFERENCIA

Se han realizado, a nivel mundial múltiples estudios para determinar la dimensión del problema depresivo en diferentes sectores de la población (2,12,14,20-23,41,47).

El utilizar un instrumento de aplicación masiva que pueda detectar el trastorno depresivo de una manera rápida con una sensibilidad y especificidad suficiente; conlleva el realizar múltiples pruebas que se acoplen a la formas sociales, y lingüísticas de la población en estudio aun más si agregamos el factor de manifestación propia del trastorno de la población estudiada, esto es la prevalencia de los diferentes síntomas que indiferentes grupos humanos se da de manera diversa (4-6).

El Inventario de Depresión de Beck ha sido el instrumento de medición más utilizado en la investigación psiquiátrica, su validez concurrente y utilidad han sido demostradas en varios estudios(40). Consta de 21 artículos con cuatro afirmaciones cada uno; a cada una de ellas se le da un valor de 0 a 3 y el resultado final es la suma de cada respuesta con un máximo de 63 puntos (30).

Torres y colaboradores (42) en 1991, utilizaron con el objetivo de darle reproducibilidad y validez al inventario de la depresión de Beck, así como estudiar la sensibilidad de la especificidad con el punto de corte, adecuado para la máxima expresión de sensibilidad y especificidad. Encontraron en población mexicana un punto de corte de 14 con una sensibilidad correspondiente al 0.86 y una especificidad también de 0.86, realizado en población mexicana en el Instituto Nacional de Cardiología, con pacientes cardiópatas; refiriendo una prevalencia de alguna forma de trastorno depresivo correspondiente para mujeres al 31.6 % y de hombres el 10 %, tomando 96 pacientes de los cuales 59 fueron mujeres y 41% hombres, con una edad para las mujeres de 43.8 +- 17.3 años y los hombres 47.3 años con una fluctuación de edad de 14.6 años; refiriendo como diagnósticos depresión mayor en el caso reacción de ajuste con depresión en 10 personas,

reacción de ajuste mixta en 5 mujeres, trastorno distímico en 6 mujeres, trastorno de ansiedad en 8 pacientes, trastorno de personalidad en 1, sin diagnóstico 38 y sin entrevista 27, haciendo referencia que los diagnósticos más frecuentes fueron 35 % de cardiopatía reumática en mujeres y 23% en hombres, cardiopática isquémica en el 17% en mujeres y 36% en los hombres, no fue el objeto de estudio el tratamiento pero se tiene considerar como una variable dependiente la presencia de cardiopatías para el diagnóstico de depresión, así como los diversos medicamentos que se utilizan frecuentemente en la especialidad de Cardiología. El estudio marca que conforme a la sensibilidad del punto de corte de 14 es el más equilibrado pues en la medida en que se incrementa el punto de corte la sensibilidad baja hasta 0.45 para un punto de corte de 18 y la especificidad hasta 0.95, así mismo el punto de corte 11 muestra una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.73 respectivamente por lo que se considero más adecuado tomar el punto de corte 14 como en otras publicaciones internacionales. El estudio de Torres finalmente demuestra que el inventario de Beck adaptado a población mexicana es un instrumento útil, de fácil aplicación y de bajo costo.

depresión mayor en el caso reacción de ajuste con depresión en 10 personas, reacción de ajuste mixta en 5 mujeres, trastorno distímico en 6 mujeres, trastorno de ansiedad en 8 pacientes, trastorno de personalidad en 1, sin diagnóstico 38 y sin entrevista 27, haciendo referencia que los diagnósticos más frecuentes fueron 35 % de cardiopatía reumática en mujeres y 23% en hombres, cardiopática isquémica en el 17% en mujeres y 36% en los hombres, no fue el objeto de estudio el tratamiento pero se tiene considerar como una variable dependiente la presencia de cardiopatías para el diagnóstico de depresión, así como los diversos medicamentos que se utilizan frecuentemente en la especialidad de Cardiología. El estudio marca que conforme a la sensibilidad del punto de corte de 14 es el más equilibrado pues en la medida en que se incrementa el punto de corte la sensibilidad baja hasta 0.45 para un punto de corte de 18 y la especificidad hasta 0.95, así mismo el punto de corte 11 muestra una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.73 respectivamente por lo que se considero más adecuado tomar el punto de corte 14 como en otras publicaciones internacionales. El estudio de Torres finalmente demuestra que el inventario de Beck adaptado a población mexicana es un instrumento útil, de fácil aplicación y de bajo costo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

1.- ¿Cuál será la prevalencia del síndrome depresivo en pacientes que asisten a consulta externa ya sea referidos de alguna otra institución de salud o de forma espontánea?

2.- ¿Cuál será la prevalencia del síndrome depresivo por especialidad en los pacientes que asisten al servicio de consulta externa?



## JUSTIFICACIÓN:

El trastorno depresivo es la enfermedad mas frecuente dentro del área de las Ciencias de Salud Mental, la prevalencia calculada para la población urbana en México es de 12.7 % en hombres y 14.8 % en mujeres; se sabe que en términos generales que la depresión en pacientes que asisten a los servicios de atención en salud es de aproximadamente entre el 10 y 20 % dicha cifra se eleva casi al 50% en las unidades de atención psiquiátrica. uno de los problemas más fuertes a los que se enfrenta el sistema de salud es la detección y el tratamiento de la enfermedad pues casi el 90 % de los pacientes nunca son tratados o son manejados en formas empíricas con resultados no satisfactorios(9).

El problema de la depresión es la imagen social que se tiene del trastorno al imputarle factores de culpa o de falta de valor y voluntad personal para salir adelante, por lo que el paciente portador con frecuencia no exterioriza los sentimientos de impotencia ante la enfermedad, además que el reconocimiento de este trastorno por médicos no especialistas en el área de la psiquiatría requiere de tiempo y de una relación médico-paciente adecuada a los síntomas. Con frecuencia se observa que este problema afectivo se ve demeritado y sin embargo dentro de la sintomatología tiene diferentes repercusiones a nivel físico, como es la presencia del dolor y alteraciones neurovegetativos que hacen que se prolongue el tratamiento y que no se adecue a las necesidades del paciente teniendo fracasos terapéuticos y fuertes problemas en la relación médico. De aquí parte la importancia de conocer más acerca del síndrome depresivo para poderlo contemplar y darle una solución pronta.

El problema del diagnóstico de la depresión requiere de realizar diversas entrevistas dirigidas hacia la búsqueda de la enfermedad, se han desarrollado diversos instrumentos entre los que se encuentran la Escala de Zung, la Escala

de Beck y otras escalas de medición que pretenden orientar o establecer el diagnóstico de una manera rápida para la adecuada canalización del paciente, en México se han utilizado diferentes escalas , sin embargo su validación no se encuentra con la metodología requerida, aunque para la Escala de Beck se realizó por Torres y colaboradores en 1991, la validación del inventario para la depresión de Beck en el Instituto Nacional de Cardiología encontrando un punto de corte de 14, obteniéndose una sensibilidad y especificidad de 0.86 para ambas pruebas, por lo que en la población mexicana es recomendable su uso (42).

El problema de la depresión tiene una magnitud suficiente para dedicarle una línea de investigación en las Unidades Hospitalarias y poder contribuir a su mejor reconocimiento, por lo tanto brindar un mejor tratamiento elevando así la calidad de la atención médica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS A CORTO PLAZO:**

- A) Conocer la prevalencia del síndrome depresivo en usuarios de la consulta externa.
- B) Evaluar la funcionalidad del uso de la Escala de Beck como prueba diagnóstica.

### **OBJETIVO A MEDIANO PLAZO:**

Evaluar la diferencia de la prevalencia del síndrome depresivo en los diversos servicios de especialidad de la consulta externa.

### **OBJETIVO A LARGO PLAZO:**

- A) Concientizar al equipo salud sobre la frecuencia del síndrome depresivo y su reconocimiento.
- B) Servir de base para generar un espacio de investigación sobre el trastorno depresivo

## **HIPÓTESIS**

Los estudios descriptivos no tiene hipótesis pero se estima una prevalencia de un 20% de depresión.

## **DISEÑO**

- 1.- DESCRIPTIVO
- 2.- ABIERTO
- 3.- OBSERVACIONAL
- 4.- TRANSVERSAL

# **MATERIAL Y MÉTODO**

## **1. UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Los pacientes adultos que asistieron al servicio de consulta externa, incluyendo preconsulta.

## **2 TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tamaño de la muestra para hombres fue de 239 pacientes, tomando como parámetro principal la frecuencia estimada para hombres del 10%, con un error de 0.050 y potencia de prueba del 99%.

El tamaño de la muestra para mujeres fue de 557 pacientes, tomando en cuenta un frecuencia del 30%, con un error de 0.050 con una potencia de 99%.

### **2.1 LA FORMA DE ASIGNACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO.**

Será de forma secuencial, conforme a la disposición de recursos para aplicación del instrumento.

## **3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes adultos que asistan al servicio de consulta externa en los diferentes servicios, entre 18 y 65 años de edad, que sepan leer y escribir, que no

tengan historia previa de discapacidades o impedimentos físicos que impidan contestar el cuestionario, y mentales distintos a la depresión.

### **3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron pacientes con trastornos en la comprensión o alteraciones en la cognición, pacientes cuya lengua materna no sea el español.

## **4 VARIABLES**

### **4.1 Variables dependientes.**

Puntaje de la Escala de Beck.

### **4.2 Variables independientes.**

Sexo

Edad

Edo. Civil

Estado Laboral

Nivel Socioeconómico

Enfermedades Somáticas (Enf. Endocrinos, Oncológicas, Cardiovasculares, Enf. de la Colágena, Enf. Renal Crónica, Enf. que Afectan al SNC, Enfermedades Infecciosos e Inmunodeficiencia).

Uso habitual de fármacos (p. ej. antihipertensivos, hipoglucemiantes, estimadores del SNC, Anticonceptivos, esteroides, protectores mucosa gástrica, hormonales, depresores SNC)

## **5 PARÁMETROS DE MEDICIÓN**

Aplicación del instrumento "inventario para depresión de Beck", es una escala ordinal con punto de corte 14 y parámetro reportado como de positivo de 14 o más y negativo por abajo de 14.

## **6 PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACIÓN**

- a) Previo consentimiento e información del protocolo, se solicitó a los sujetos de estudio el llenado del inventario de Beck.
- b) se realizó el llenado de un formato de captación de datos sociodemográficos.
- c) Se procedió a revisar el expediente clínico en cuanto a diagnósticos y tratamientos del paciente.

## **7 HOJA DE CAPTURA DE DATOS**

## 8 CRONOGRAMA

Fecha de Inicio: 1º de Octubre de 1997.

Fecha de Terminación: 28 de Febrero de 1998.

- |  |   |
|--|---|
| 1.- Revisión Bibliográfica               | 1º de octubre a 1º de noviembre de 1997.        |
| 2.- Elaboración de Protocolo             | 1º al 20 de noviembre de 1997.                  |
| 3.- CAPTACIÓN de datos                   | 21 de noviembre de 1997 al 20 de enero de 1998. |
| 4.- Procesamiento de Datos               | 21 de noviembre de 1997 al 20 de enero de 1998  |
| 5.- Elaboración de Informe Técnico Final | 20 de enero al 28 de febrero de 1998            |
| 6.- Divulgación de Datos                 | 15 de febrero al 28 de febrero de 1998          |



## **9 RECURSOS**

### **A) RECURSOS HUMANOS**

15 horas a la semana, aplicación del instrumento, extracción de los datos del expediente clínico, e informática, vaciado, captura y análisis de datos.

15 horas a la semana, aplicación del instrumento, extracción de los datos del expediente clínico e informático, vaciado, captura y análisis de datos.

### **B) RECURSOS MATERIALES**

- 1.- Se solicitó la reproducción de 1000 inventarios de Beck,
- 2.- El uso del sistema cómputo intrahospitalario.
- 3.- Las bases de datos del sistema de cómputo.

## **VALIDACIÓN DE DATOS**

Se utilizaron parámetros descriptivos, como media, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes. Comparación de deprimidos y no deprimidos con chi cuadrada.

## RESULTADOS

Se aplicaron 796 Escalas de Beck en pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital " Manuel Gea Gonzalez". Se realizo la aplicación de las escalas secuencialmente. La muestra fue de 526 mujeres y 271 hombres. Se tomo en cuenta edad, ocupación, estado civil, especialidad a la que acudían y medicamentos que consumían encontrándose lo siguiente:

De acuerdo al sexo la escala de Beck fue positiva en mayor porcentaje en mujeres (41%), y dentro grupo de edad entre los 36 y 50 años.

En cuanto a la ocupación se observó un alto porcentaje en la Escala de Beck de las que se dedicaban al hogar (16%) y en otros donde se englobaron (trabajadores independientes como son pintores, ambulantes).

Por lo que se refiere al estado civil el grupo donde mas casos de Beck positivo se encontraron fue en los casados con un 31%, y en segundo lugar los solteros (16%).

La especialidad hubo mas casos de B(+) para depresión fue en Ginecología (11%) y en Cardiología (10%). Pero no existió una significancia estadística.

Con respecto a los medicamentos que tomaban los encuestados predomino el grupo de antihipertensivos y en segundo lugar corticoesteroides con un 109 y un 9% respectivamente de (Beck (+)).

Se utilizo como prueba estadística la chi cuadrada obteniéndose una alta significancia estadística en los grupos de sexo, ocupación y medicamentos.

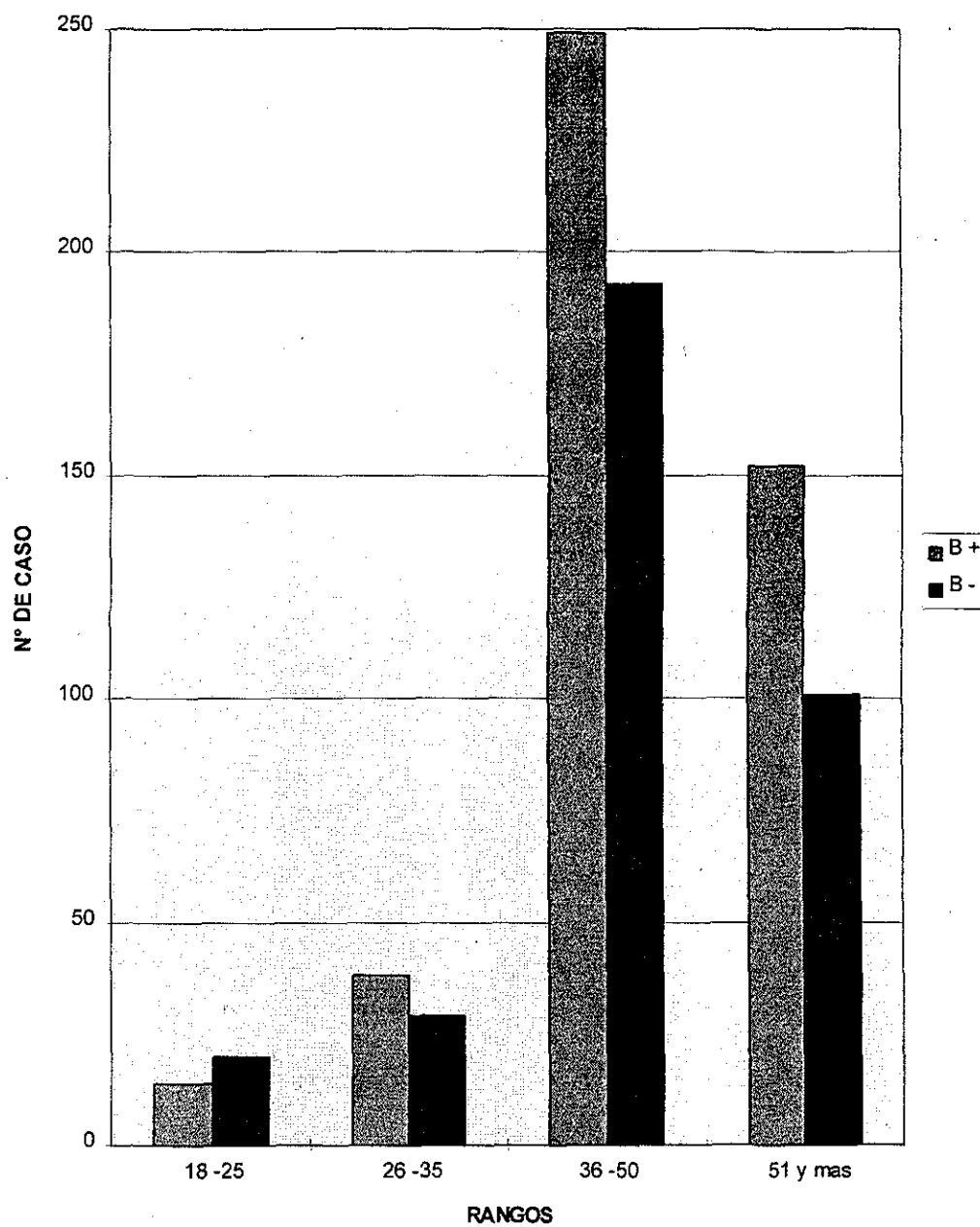
**TABLA I**  
**DISTRIBUCION DE POSITIVIDAD Y NEGATIVIDAD DE LA**  
**ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN DE ACUERDO A**  
**EDADES.**

<b>EDAD</b>	<b>BECK (+)</b>	<b>BECK (-)</b>
18 - 25	14	20
26 - 35	38	29
36 - 50	249	193
50 ó mas	152	101

Se puede observar en esta tabla que a mayor edad aumenta el número de casos positivos en la Escala de Beck para depresión. Teniendo mayor relevancia el grupo de edad entre 36 y 50 años. Obteniéndose una importante significancia estadística con la prueba de chi cuadrada.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

### DISTRIBUCION POR EDADES



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

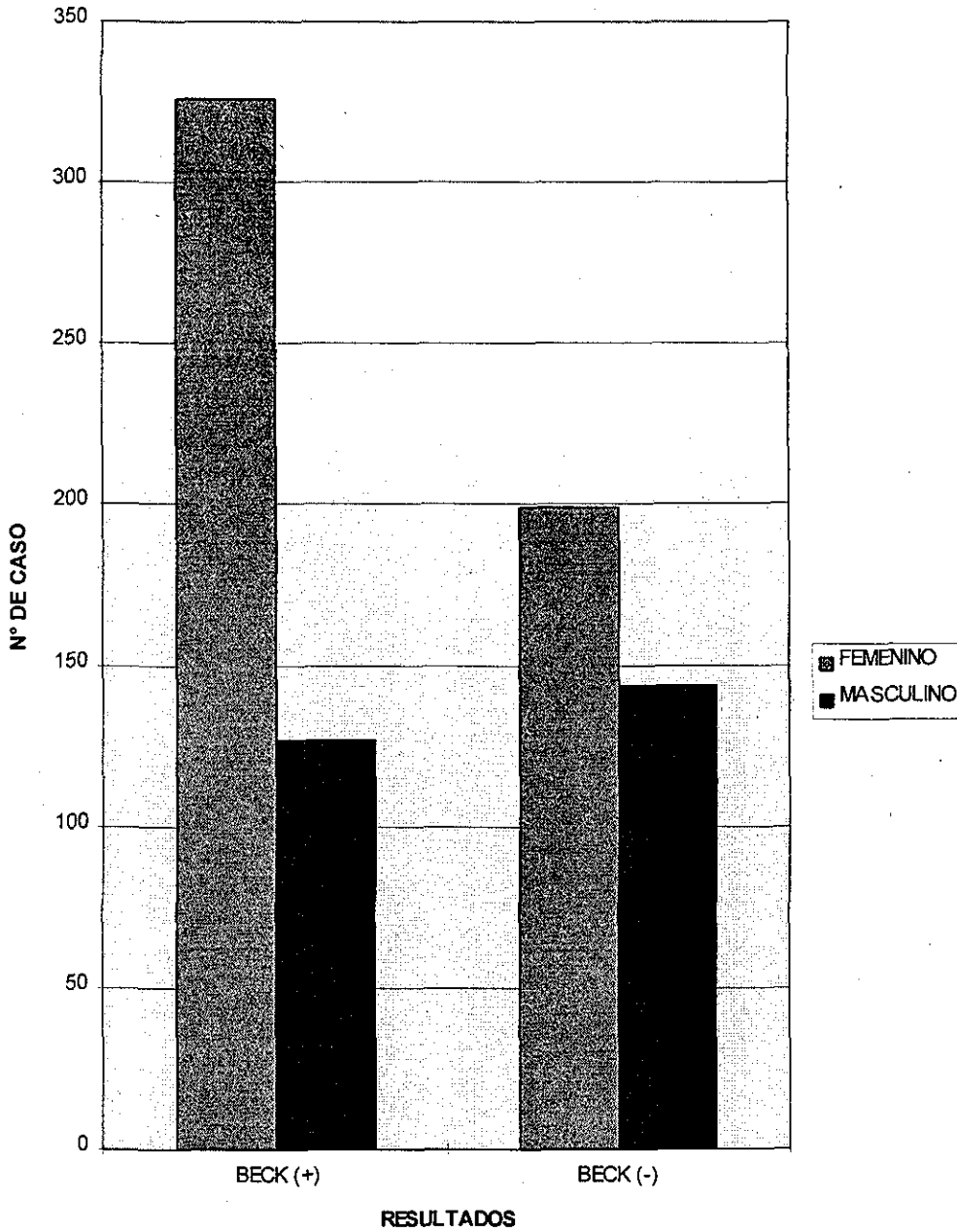
**TABLA II.**  
**DISTRIBUCIÓN DE POSITIVIDAD Y NEGATIVIDAD DE**  
**LA ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN DE ACUERDO A**  
**SEXO (N=796) .**

SEXO	BECK (+)	BECK (-)	TOTAL
FEMENINO	326 (41 %)	199 (25 %)	525
MASCULINO	127 (16 %)	144 (18 %)	271
TOTAL	453	343	796

En cuanto al sexo observamos que el mayor número de casos de Beck positivo se obtuvieron dentro del grupo femenino con un 41% mientras que en el grupo de hombres solo se obtuvo de 16% . En la prueba de chi cuadrada se obtuvo 16.295 con 1 gl. y una P=0.000 lo cual nos indica que es altamente significativa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION DE ACUERDO A SEXO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### TABLA III.

DISTRIBUCIÓN DE POSITIVIDAD Y NEGATIVIDAD DE LA ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN DE ACUERDO A ESTADO CIVIL (N=796).

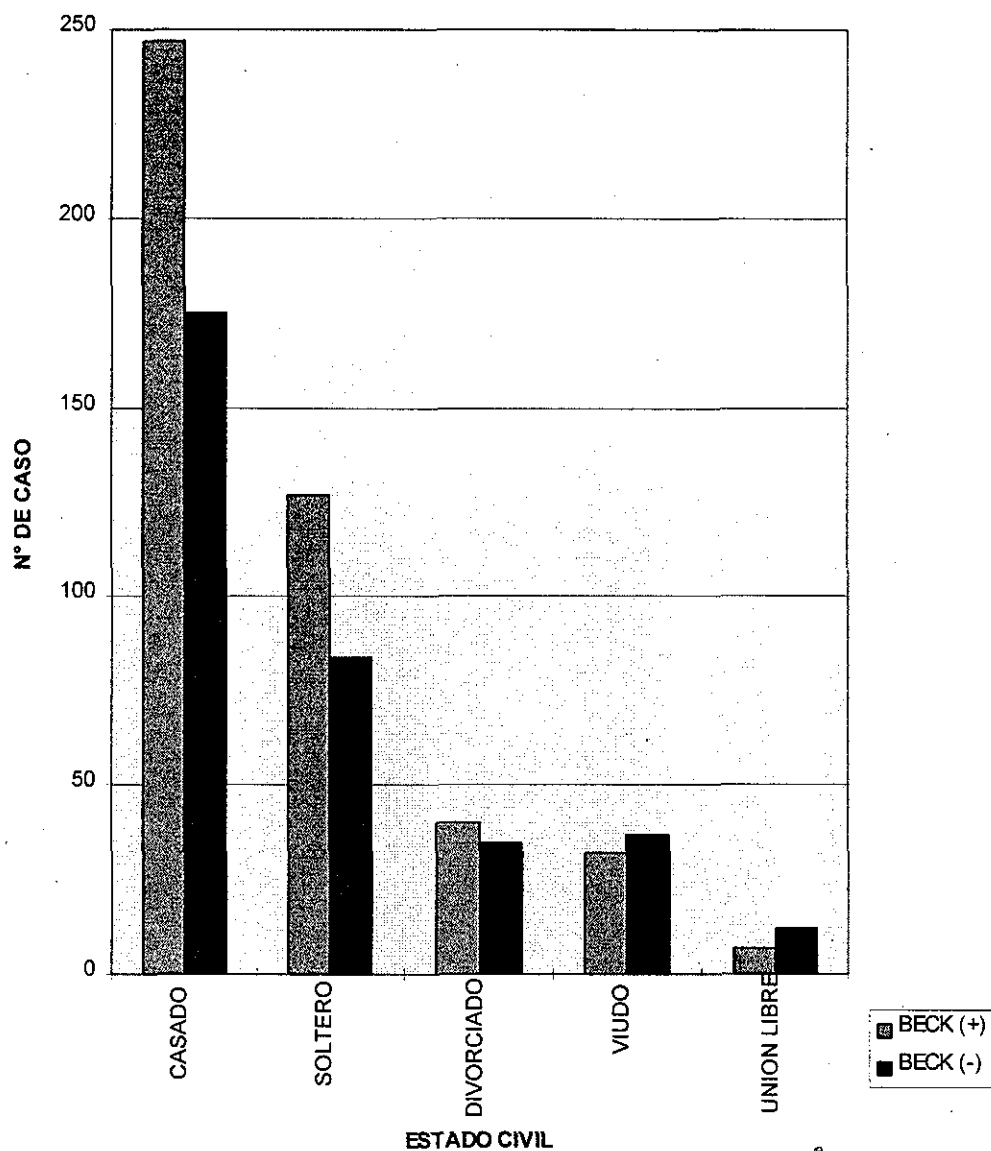
ESTADO CIVIL	BECK (+)	BECK (-)	TOTAL
CASADO	247 (31 %)	175 (22 %)	422
SOLTERO	127 (16 %)	84 (10 %)	211
DIVORCIADO	40 (5 %)	35 (4 %)	75
VIUDO	32 (4%)	37 (5 %)	69
UNIÓN LIBRE	7 (1%)	12 (12 %)	19
TOTAL	453 (57 %)	343 (43 %)	796

Lo que podemos apreciar en esta tabla es que el mayor porcentaje de casos de Beck positivo lo encontramos en casados con un 31%, mientras que en los solteros se obtuvo un 16%. Se obtuvo una chi cuadrada de 8.011 con 4gl. y una  $P=0.091$  no dando una significancia estadística.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### DISTRIBUCION DE ACUERDO A ESTADO CIVIL



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

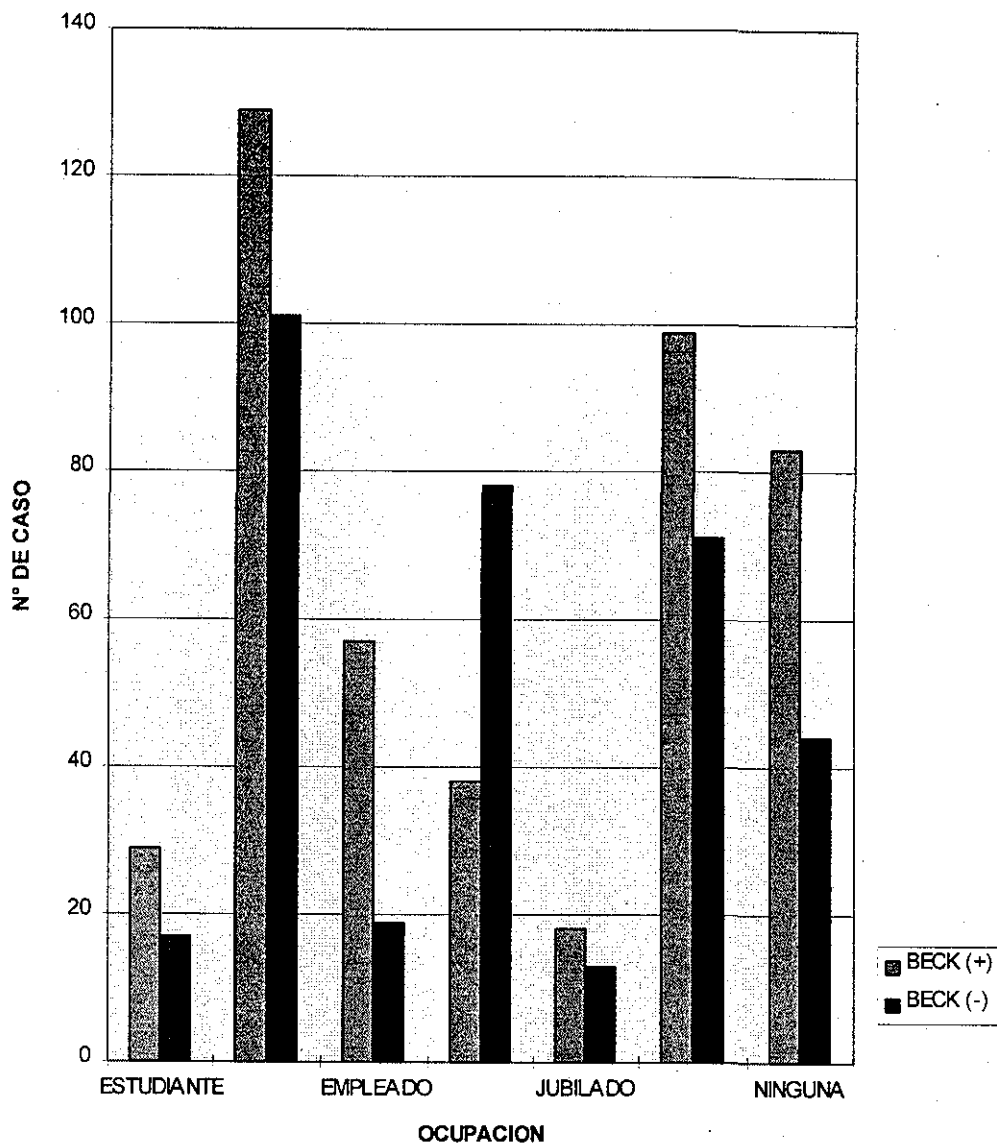
**TABLA IV.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POSITIVIDAD Y**  
**NEGATIVIDAD DE LA ESCALA DE BECK PARA**  
**DEPRESIÓN DE ACUERDO A OCUPACIÓN (N=796) .**

OCUPACIÓN	BECK (+)	BECK (-)	TOTAL
ESTUDIANTE	29 (4 %)	17 (2 %)	46
HOGAR	129 (16 %)	101 (13 %)	230
EMPLEADO	57 (7 %)	19 (2 %)	76
PROFESIONISTA	38 (5 %)	78 (10 %)	116
JUBILADO	18 (2 %)	13 (2 %)	31
OTROS	99 (12 %)	71 (9%)	170
NINGUNA	83 (10 %)	44 (5 %)	127
TOTAL	453 (57 %)	343 (43 %)	796

En el grupo de ocupación encontramos que se obtuvo Beck positivo en las que se dedicaban al hogar (16%), y a otros (12%), (en este grupo se englobo a las personas que se dedicaban a trabajar independientemente como son vendedores ambulantes, pintores etc.) Se obtuvo una chi cuadrada de 42.334 y 6 gl. con una P=0.000 lo cual nos da una alta significancia estadística.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### DISTRIBUCION DE ACUERDO A OCUPACION



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

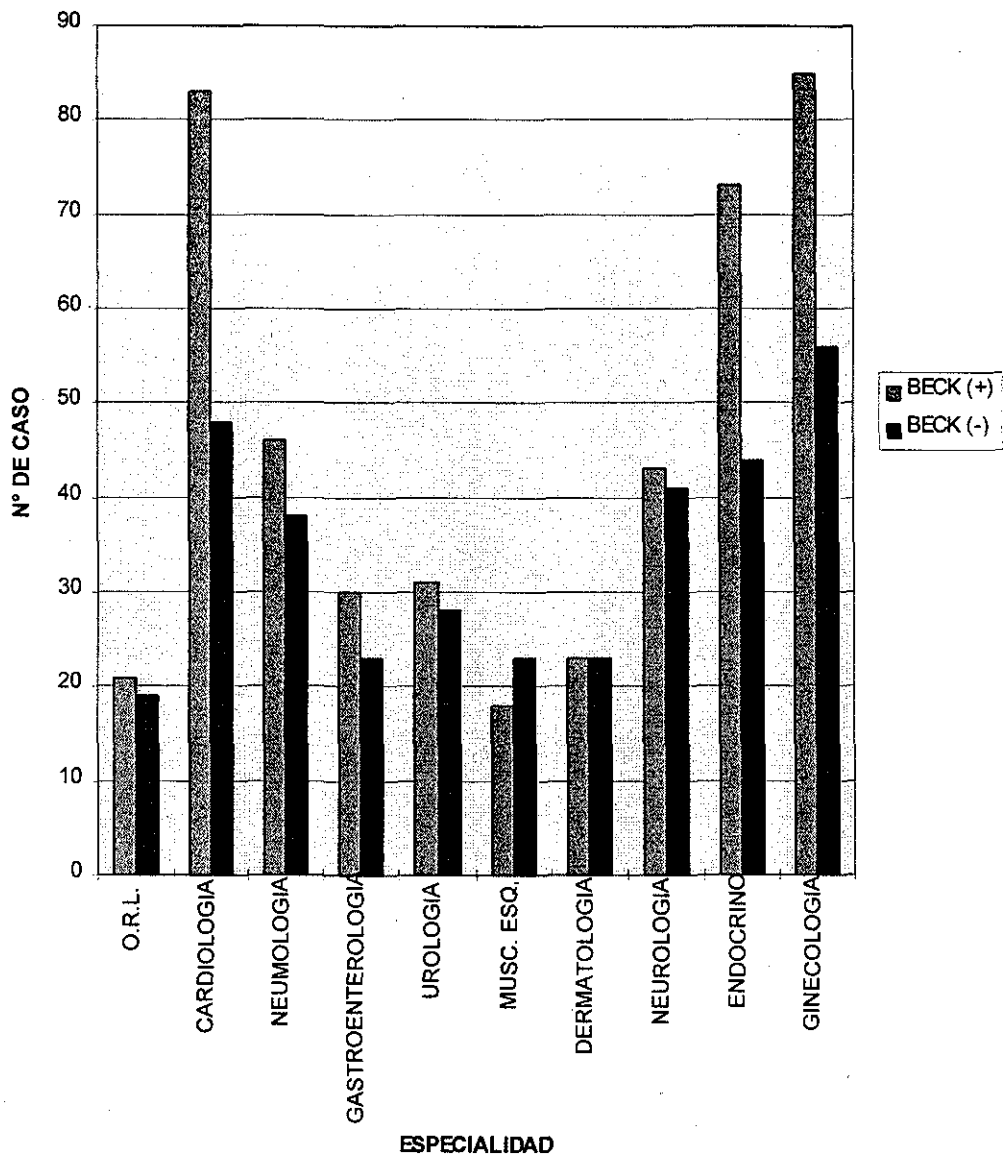
**TABLA V.**  
**DISTRIBUCIÓN DE POSITIVIDAD Y NEGATIVIDAD**  
**DE A ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN DE ACUERDO**  
**A ESPECIALIDAD (N=796) .**

ESPECIALIDAD	BECK (+)	BECK (-)	TOTAL
ORL	21 (3 %)	19 (2 %)	40
CARDIOLOGÍA	83 (10 %)	48 (6 %)	131
NEUMOLOGÍA	46 (6 %)	38 (5 %)	84
DIGESTIVO	30 (4 %)	23 (3 %)	53
GASTRO	31 (4 %)	28 (4 %)	59
MÚSCULO ESQUELÉTICO	18 (2%)	23 (3 %)	46
DERMATOLOGÍA	23 (3 %)	23 (3 %)	46
NERVIOSO	43 (5 %)	41 (5 %)	84
ENDÓCRINO	73 (9 %)	44 (5 %)	117
GINECOLOGÍA	85 (11 %)	56 (7 %)	141
TOTAL	453 (57 %)	343 (43 %)	796

Por grupo de especialidades observamos que el mayor número de porcentaje de positividad en la escala de Beck fue para Ginecología con un 11% y para cardiología con un 10%. Se obtuvo una chi cuadrada de 10.092 con 9 gl y una  $P=0.348$  lo cual no tiene significancia estadística.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### DISTRIBUCION DE ACUERDO A ESPECIALIDAD



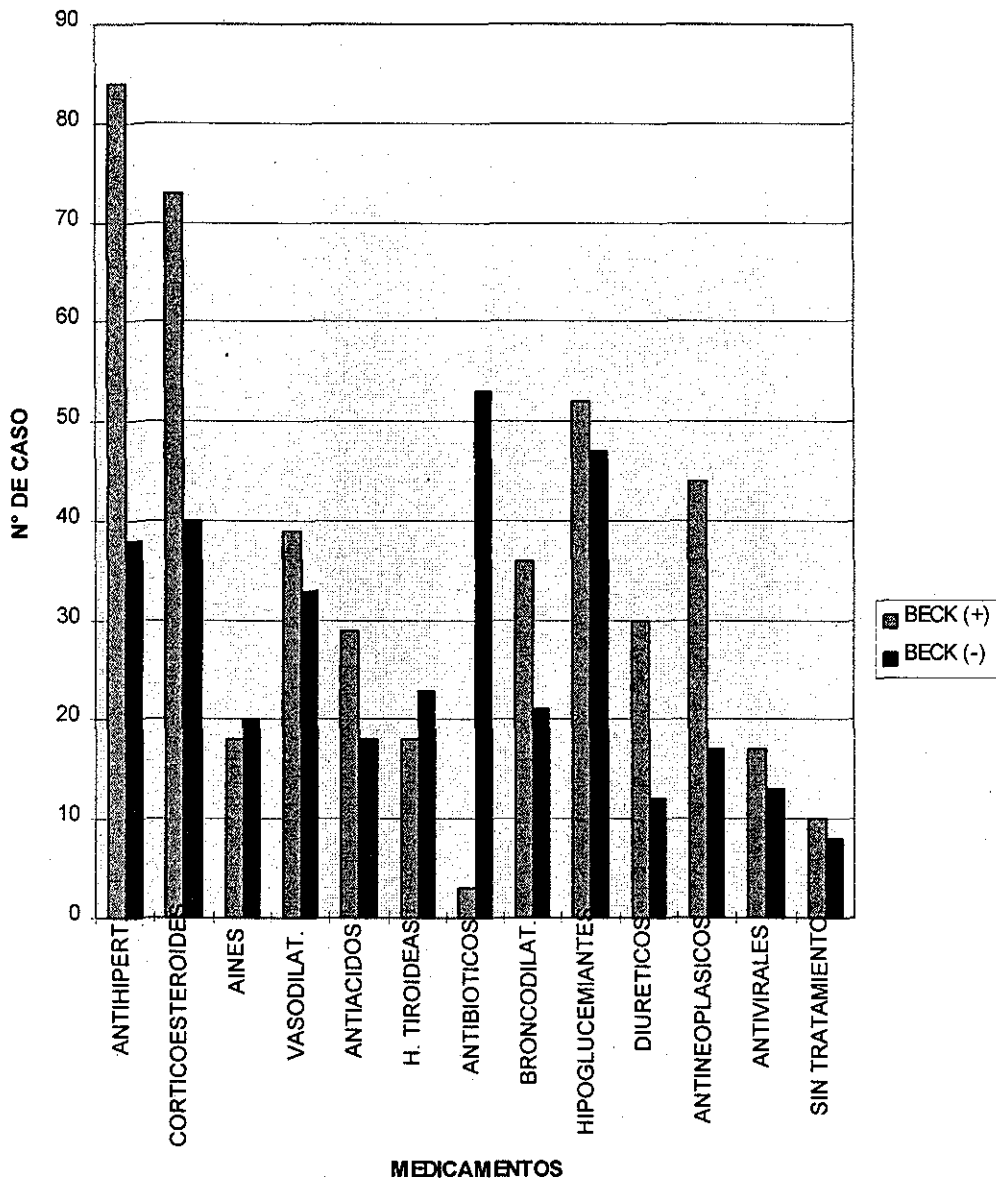
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA VI.**  
**DISTRIBUCIÓN DE POSITIVIDAD Y NEGATIVIDAD DE LA ESCALA DE BECK PARA DEPRESIÓN DE ACUERDO A GRUPOS DE MEDICAMENTOS (N=796) .**

MEDICAMENTOS	BECK (+)	BECK (-)	TOTAL
ANTIHIPERTENSIVOS	84 (10%)	38 (5%)	122
CORTICOESTEROIDES	73 (9%)	40 (5%)	113
AINES	18 (2%)	20 (2%)	38
VASODILATADORES	39 (5%)	33 (4%)	72
ANTIÁCIDOS	29 (4%)	18 (2%)	47
H. TIROIDEAS	18 (2%)	23 (3%)	41
ANTIBIÓTICOS	3 (1%)	53 (7%)	56
BRONCODILATADORES	36 (5%)	21 (2%)	57
HIPOGLUCEMIANTES	52 (6%)	47 (6%)	99
DIURÉTICOS	30 (4%)	12 (2%)	42
ANTINEOPLASICOS	44 (6%)	17 (2%)	61
ANTIVIRALES	17 (2%)	13 (2%)	30
SIN TRATAMIENTO	10 (1%)	8 (1%)	18
TOTAL	453	343	796

Por grupo de medicamentos se encontró que los antihipertensivos tuvo un (10%) y los corticoesteroides con un (9%) de positividad con la Escala de Beck. Se obtuvo una chi cuadrada de 86.482 con 12 gl.,  $P=0.000$  teniendo una alta significancia estadística.

### MEDICAMENTOS USADOS



## CONCLUSIONES

Dentro de nuestros objetivos a realizar en este estudio fue el conocer la prevalencia del Síndrome Depresivo en pacientes que acuden a la Consulta Externa lo cual puedo concluir que el porcentaje de dichos pacientes fue de un 57% esto nos habla de que la prevalencia de dicho síndrome es elevado.

En cuanto a la especialidad no hubo una significancia estadística importante por lo que se puede deducir que no tiene relevancia a la especialidad que acudan a cualquier especialidad.

Si tuvo que ver el medicamento que estaba consumiendo cada paciente ya que se detecto que los que tomaban antidepresivos corticoesteroides eran los que tenían mas número de casos positivos en la Escala de Beck.

Al igual que el estado civil ya que los casados, por ocupación el hogar, y el sexo femenino tuvo mayor incidencia con la Escala de Beck.

Concluimos que sería importante que el equipo de Salud pusiera especial atención en detectar dicho síndrome ya que se encuentra un elevado porcentaje dentro de los pacientes de la consulta externa, por lo que se sugeriría el uso de la Escala de Beck la cual es de fácil aplicación para detectar los casos de Síndrome Depresivo.



## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

“Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”.

Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17, Sección 1, Investigación sin Riesgo.

**ANEXO:**

Se incluye el formato de la Escala de Beck.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avant R. *Diagnosis and treatment of Depression*, Psychopathology 20: suppl. 1, pp 13-19 (1987)
2. Baer L., Jacobs G., Cukor P., O'Laughlen J., Coyle J.T., Magruder K.M. *Automated Telephone Screening Survey for Depression*, JAMA 273:24 pp 1943-4 (1995)
3. Bebbington P. *Social Epidemiology of Depression and the Neuroses*, Current Opinion in Psychiatry, 2:204-207 (1989)
4. Bech P., Stage K.B., Nair N.P.V., Larsen J.K., Kragh-Sørensen P., Gjerris A. The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials, Journal of Affective Disorders 42:39-38, (1997)
5. Beck T. A., Steer R., Beck S. J., Newman C.F. *Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression*, Suicide and Life-Threatening Behavior 23:2 pp.139-145 (1993)
6. Cortés J., Berlanga C., Bauer J. *Adaptación y Validación de la Escala de Carrol en Español*, Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría pp 40-45 (1991)
7. Camatta C., Nagoshi C.T. Stress, Depression, Irrational Beliefs, and Alcohol Use and Problems in a College Student Sample, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 19:1 pp. 142-146 (1995)
8. Cameron O. G. Guidelines for Diagnosis and treatment of Depression in Patients With Medical Illness, Journal of Clinical Psychiatry 51:7 Suppl pp. 49-54 (1990)
9. Caraveo A.J., Medina M.M.E., Rascón M.L., Villatoro J., Martínez V.A., Gómez M. *La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México*, Salud Mental 19:3 pp 14-21 (1996)
10. Cassen N.H. Hospital General de Massachusetts. *Psiquiatría de enlace en el Hospital General*, Tercera Edición. Díaz de Santos. (1991)
11. Collier J.A.B., Longmore J.M., Hodgetts T.J. *Oxford Handbook of Clinical Specialities*, Cuarta Edición. Oxford University Press (1995)
12. Davis S., Hays L. An Examination of the Clinical Validity of the MCMI-III Depressive Personality Scale, Journal of Clinical Psychology 53:1 pp. 15-23 (1997)
13. Fawcett J. Overview of Mood Disorders: Diagnosis, Classification, and Management, Clinical Chemistry 40:2 pp. 273-278 (1994)
14. Flett G.L., Vredenburg K., Krames L., *The Continuity of Depression in Clinical and Nonclinical Samples*, Psychological Bulletin 121:3 pp. 395-416 (1997)
15. De la Fuente J.R. *Atypical depression: diagnosis and therapeutic issues*, European Psychiatry 8:5 pp. 235-240 (1993)
16. De la Fuente J.R. (Director) *Temas de Medicina Interna: Problemas psiquiátricos en la práctica médica*, Vol. III No.2 Interamericana-Mc Graw-Hill (1994)

17. De la Fuente R. *Psicología Médica*, Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica (1992)
18. Gotlib I.A., Lewinsohn P.M., Seeley J. R. *Symptoms Versus a Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning*, Journal of Consulting and Clinical Psychology 63:1 pp. 90-100 (1995)
19. Hall C.W.R. Global Assessment of functioning. A Modified Scale, Psychosomatics 36:267-275 (1995)
20. Herrmann C: International Experiences with Hospital Anxiety and Depression Scale. A Review of Validation Data and Clinical Results, Journal of Psychosomatic Research 42:1 pp. 17-41 (1997)
21. Hoff R.A., Livingston B.A., Kasl S.V., Jacobs S.B. *Subjective ratings of emotional health as a risk factor for major depression in a community sample*, British Journal of Psychiatry 178:167-172 (1997)
22. Ivarsson T., Gillberg C. Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birmaher Depression Self-Rating Scale (DSRS), Journal of Affective Disorders 42:59-68 (1997)
23. Joseph S., Lewis C. A., Olsen C. *Convergen Validity of the Depression-Happiness Scale with Measures of Depression*, Journal of Clinical Psychology 52:5 pp. 551-554 (1996)
24. Kanowsky S. *Age-Dependent Epidemiology of Depression*, Gerontology 40:suppl 1 pp. 1-4 (1994)
25. Katon W., Schulberg H. *Epidemiology of Depression in Primary Care*, General Hospital Psychiatry 14:237-247 (1992)
26. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Manual de Psiquiatría de Urgencias*, Primera Edición. Editorial Médica Panamericana (1996)
27. Klinkman M.S. Competing Demands in Psychosocial Care. A Model for the Identification and Treatment of Depressive Disorders in Primary Care, General Hospital Psychiatry 19:98-11 (1997)
28. Kroenke K. Discovering Depression in Medical Patients: Reasonable Expectations, Annals of Internal Medicine 126:6 pp. 463-465 (1997)
29. Lane R.D., Reiman E.M., Ahren G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J. *Neuroanatomical Correlates of Happiness, Sadness, and Disgust*, American Journal of Psychiatry 154:7 pp. 926-936 (1997)
30. Lara-M. M.C., Alvear M.G. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, Salud Mental 14:1pp. 6-11 (1991)
31. Loas G., Fremaux D., Boyer P. *Anhedonia and Alexithymia: Distinct or Overlapping Constructions*, Perceptual and Motor Skills 84:415-425 (1997)
32. López J., Páez F., Apiquián R., Sánchez de Carmona M., Fresán A., Robles R., Nicolini H. *Estudio sobre la traducción y validación del Cuestionario revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R)*, Salud Mental 19:Supl. (1996)
33. Meagher D., Murray D. *Depression* The Lancet 349:supl I pp. 17-19 (1997)
34. Maes M., Meltzer H.Y., Suy E., De Meyer F. *Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence*, Actas Psychiatrica Scandinavica 88:153-161 (1997)

35. Owens D. *Epidemiology of depression*, Current Opinion in Psychiatry 4:205-209 (1991)
36. Postel J., Quétel C. (Compiladores) *Historia de la Psiquiatría*, Primera Edición en español. Colección Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis del Fondo de Cultura Económica (1993)
37. van Praag H.M. Diagnosis, the Rate-Limiting Factor of Biological Depression Research, *Neuropsychobiology* 28:197-210 (1993)
38. Reiman E.M., Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J., Fritson K.J., Yun L.S., Chen K. *Neuroanatomical Correlates of Externally and Internally Generated Human Emotion*, American Journal of Psychiatry 154:7 pp. 918-925 (1997)
39. Reifler D.R., Kessler H.S., Bernhard E.H., Leon C.A., Martin G.J. Impact of Screening for Mental Health Concerns on Health Service Utilization and Functional Status in Primary Care Patients, *Archives of Internal Medicine* 156:2593-2599 (1996)
40. Robinson B.E., Kelley L. Concurrent Validity of the Beck Depression Inventory as a Measure of Depression, *Psychological Reports* 79:926-930 (1996)
41. Schotte C.K.W., Maes M., Cluydts R., Cosyns P. Effects of affective-semantic mode of item presentation in balanced self-report scales: biased construct validity of the Zung Self-rating Depression Scale, *Psychological Medicine* 26:1161-1168 (1996)
42. Torres C.M., Hernández M.E., Ortega S.H.A. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología, *Salud Mental* 14:2 pp. 4-6 (1991)
43. Vallejo R.J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*, Tercera Edición. Salvat (1991)
44. Wolfe Siegman A., Cappel Snow S. The Outward Expression of Anger, the Inward Experience of Anger and CVR: the role of Vocal Expression, *Journal of Behavioral Medicine* 20:1 pp. 20-45 (1997)
45. Volk R.J., Nease D.E., Cass A.R. Recognition of Mental Health Problems in Primary Care Practices, *Family Medicine* (Marzo 1997)
46. Zung W.W.K., Broadhead W.B., Roth M.E. *Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care*, The Journal of Family Practice 37:4 pp. 337-344 (1993)
47. Zung W.W.K., Durham N.C. *A Self-Rating Depression Scale*, *Archives of General Psychiatry* 12:63-70 (1963)