

11226
37

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ."

DEPRESIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIAL EN MUJERES
DE UNA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LEOBARDO LÓPEZ JIMÉNEZ

: Dirección General de Bibliotecas de la
difundir en formato electrónico e impreso el
to de mi trabajo recepcional.

PRE:

Leobardo López

Jiménez

09/06/03

MÉXICO, D.F.; MAYO DEL 2003

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DISCONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DEPRESIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIAL EN MUJERES DE UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LEOBARDO LÓPEZ JIMÉNEZ.

AUTORIZACIONES

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR Y JEFA DE ENSEÑANZA
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
EN CLÍNICA DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE

I. S. S. E. T. E.
Aub' Delegación México
Zona Sur, D. F.

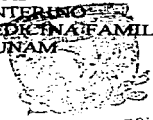
JUN 4 1988



Oficina Dr. Ignacio Chávez

BERTHA BOSCHETTI FENTANES
PSICÓLOGA CLÍNICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR
ADSCRITA A LA CLÍNICA DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
ASESORA DE TESIS

DR. E. RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A" TC INTERINO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS



DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DEPRESIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIAL EN MUJERES DE UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. LEOBARDO LÓPEZ JIMÉNEZ.

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA,
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES, ESPOSA E HIJOS:

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer toda una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, sólo quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su incondicional apoyo.

Su forma de lucha, mi ideal, su sacrificio, mi aliento y su esfuerzo constante, la fuerza de mi voluntad; con admiración y respeto. Gracias.

A MI PAPÁ JUAN:

Un gran ser humano. Por la gran comprensión, apoyo moral, sentimental, experiencias transmitidas y grandes momentos de mi vida que compartí con él. Gracias papá.

A MIS PROFESORES, COMPAÑEROS Y AMIGOS:

En especial agradezco a la Dr. Catalina Monroy Caballero por brindarme comprensión y guiarme por el camino de la Medicina Familiar.

A la Dra. Bertha Boschetti Fentanes, por su colaboración incondicional en mi formación como ser humano y médico así como en la realización de esta tesis.

Al Dr. Eduardo de la Cruz por compartir sus conocimientos y forjarme día con día para ser mejor.

A mis compañeros y amigos Ana Delia Silva, Alberto Alámilla y Filiberto Barrios, por compartir durante estos 3 años momentos agradables y difíciles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"QUIEN MIRA LAS COSAS DESDE EL COMIENZO TENDRÁ LA MEJOR VISTA DE ELLAS."
Aristóteles 384 a 322 A.C.

"PARA NO CAER EN DEPRESIÓN"

1. APRENDER A MANEJAR Y CONTROLAR ADECUADAMENTE TU ESTRÉS.
2. DE LAS EXPERIENCIAS COTIDIANAS TOMA LO QUE TE SIRVA, LO DEMÁS TÍRALO.
3. NO TE PREOCUPES POR LO QUE NO PUEDAS CAMBIAR, OCÚPATE DE TODO AQUELLO QUE DEPENDA DE TÍ PARA QUE FUNCIONE MEJOR.
4. TUS PERCEPCIONES NO SON BUENAS NI MALAS, SOLO PUEDEN SER DIFERENTES A LAS DE LOS DEMÁS.
5. HAZ DE TUS ERRORES EXPERIENCIAS Y SERÁS "EXPERIMENTADO" SI LOS VIVES COMO FRACASOS ENTONCES SERÁS UN "FRACASADO".
6. SI ALGO DE LO QUE HACES NO TE FUNCIONA PORQUE TE PRODUCE MALESTAR, DISARMONIA, ENFERMEDAD, ENTONCES, DATE LA OPORTUNIDAD DE CAMBIARLO.
7. PARTICIPA DE LA BUENA COMUNICACIÓN PORQUE ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA CALIDAD DE VIDA.
8. VIVE EL AQUÍ Y AHORA CON OPTIMISMO, DEJA ATRÁS EL PASADO CATASTRÓFICO Y NO TRAIGAS UN FUTURO DESOLADOR.
9. CUANDO TE LEVANTES REGÁLATE UNA SONRISA Y "PROGRAMATE A QUE SERÁ UN GRAN DÍA"
10. MÍRATE A TI MISMO, CON, AMOR Y RESPETO, RECUERDA "TODOS SOMOS UNICOS E IRREPETIBLE EN EL UNIVERSO" ESO NOS HACE PARTICULARMENTE VALIOSOS Y MERECEDORES DE SER FELICES, ESTAR SANOS Y TENER ÉXITO.

RECOPIACIÓN POR LA DRA CATALINA MONROY CABALLERO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÍTULO.

DEPRESIÓN Y ADAPTACIÓN SOCIAL EN MUJERES DE UNA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

RESUMEN

Objetivo: Correlacionar la depresión y adaptación social en mujeres de una clínica de medicina familiar.

Diseño: Estudio prospectivo, comparativo, descriptivo y transversal.

Material y métodos: Fueron aplicados tres cuestionarios, una ficha de identificación, el inventario de Beck para depresión y la escala de adaptación social para pacientes deprimidos; en una muestra no aleatoria de 210 mujeres entre 14 a 59 años obtenida por cuotas en la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE en la Delegación Coyoacan, Distrito Federal, México. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS V.10.

Resultados: La frecuencia encontrada de depresión con el inventario de Beck en las mujeres encuestadas fue de 20.5% depresión moderada, 18.1% depresión leve, 7.1% depresión severa y 54.3% sin depresión. En la escala de adaptación social la frecuencia fue de 43.3% mujeres perfectamente adaptadas, 37.1% integradas a través de sus relaciones familiares, 11% integradas a través de su trabajo, 4.8% personas excluidas, 3.8% personas socialmente alejadas. Los índices de correlación fueron de -0.26 coeficiente Phi, 0.26 V de Cramer y 0.25 coeficiente de contingencia con un valor de significancia estadística de $p=0.009$.

Conclusiones: Se reconoce en función de los resultados satisfactorios obtenidos que la relación entre depresión y adaptación social es baja con una relación definida pero pequeña y proporcionalmente las mujeres con depresión se encuentran adaptadas socialmente.

Palabras clave: Medicina Familiar, Depresión, Adaptación Social.

SUMMARY

Objective: To correlate the depression and social adaptation in women of a clinic of family medicine.

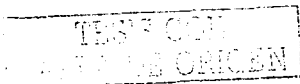
Design: Prospective, comparative, descriptive and cross sectional study.

Material and methods: three questionnaires were applied, identification record, inventory of Beck for depression and the scale of social adaptation for depressed patients; in a non aleatory sample (210 women among 14 to 59 years) obtained by quotas in the Clinic of Family Medicine "Dr. Ignacio Chávez" ISSSTE in Coyoacan, Federal District, Mexico. The analysis was carried out by means of the statistical program SPSS V.10.

Results: The frequency with the Beck's inventory in women was of 20.5% moderate depression, 18.1% light depression, 7.1% severe depression and 54.3% without depression. In the test of social adaptation the frequency was of 43.3% perfectly adapted women, 37.1% integrated through your family relationships, 11% integrated through your work, 4.8% excluded people, 3.8% socially far away people. The correlation index was of -0.26 coefficient Phi, 0.26 V Cramer and 0.25 contingency coefficient ($p=0.009$).

Conclusion: It is recognized in accordance with the satisfactory results obtained that the relationship between depression and social adaptation is low with a defined but small relationship and proportionally the women with depression are adapted socially.

Key Words: Family Medicine, Depression, Social Adaptation.



INDICE

PÁGINAS:

INTRODUCCIÓN	1
1.-MARCOTEÓRICO	2
1.1 Antecedentes del tema y del problema	2
1.1.1 Definición de Depresión	2
1.1.2 Clasificación	3
1.1.3 Epidemiología	4
1.1.4 Factores de riesgo para depresión en mujeres	6
1.1.5 Etiología	6
1.1.6 Cuadro clínico	8
1.1.7 Diagnóstico	9
1.1.7.1 Indicadores de severidad	10
1.1.7.2 Ejemplos del trastorno depresivo no especificado	11
1.1.7.3 Trastorno adaptativo	11
1.1.8 Marcadores biológicos de la depresión mayor	12
1.1.9 Clinimetría	16
1.1.10 Tratamiento	20
1.1.10.1 Fase aguda	21
1.1.10.2 Fase de continuidad	26
1.1.10.3 Fase de mantenimiento	26
1.1.10.4 Manejo de la depresión resistente	28
1.1.11 Sustancias que producen depresión	29
1.1.12 Redes de apoyo en medicina familiar	29
1.1.13 Criterios de derivación	30
1.1.14 Criterios de hospitalización	30
1.2 Planteamiento del problema	31
1.3 Justificación	32
1.4 Objetivos Generales y Específicos	33
2.- MATERIAL Y METODOS	34
2.1 Tipo de estudio.	34
2.2 Diseño de investigación	34
2.3 Población, Lugar y Tiempo de realización del estudio.	35
2.4 Muestra.	35
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	35
2.6 Variables (Tipo y escala de medición)	36
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.	42
2.8 Diseño estadístico	45
2.9 Instrumentos de recolección de datos	45
2.10 Método de recolección de datos	45
2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos	45
2.12 Prueba piloto	45
2.13 Procedimientos estadísticos	47
2.14 Cronograma	57
2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	57
2.16 Consideraciones éticas	58

3.- RESULTADOS	59
4.- DISCUSIÓN	74
4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados, en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la medicina familiar	76
5.- CONCLUSIONES	77
5.1 Propuestas	78
6.- REFERENCIAS	79
7.- ANEXOS	82
7.1 Anexo 1 Consentimiento de participación voluntaria	
7.2 Anexo 2 Ficha de identificación	
7.3 Anexo 3 Inventario de depresión de Beck	
7.4 Anexo 4 Escala de autoevaluación de adaptación social	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

La depresión se conoce desde tiempos pasados, por ejemplo: en la época de Hipócrates y Galeno en donde se describe como la acumulación de bilis negra y su consecuencia en la funcionalidad cerebral, Lewis en 1967 menciona la presencia de un espíritu oscuro y la melancolía, así este padecimiento a evolucionado a lo largo del tiempo y actualmente se considera como un trastorno global, abarcando los niveles psíquico, somático, conductual, biológico, social, familiar, ocupacional y espiritual de la persona afectada y el cual sigue un curso autónomo.

Varios autores^{7,8}, señalan que la depresión se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres, la describen como un grave problema de salud pública, ya que los cálculos realizados por la OMS para los años 2000 a 2020 colocan a la depresión como la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral, así mismo constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención médica.

Sin embargo se ha detectado que la depresión no se presenta en forma clara por lo que el médico especialista en medicina familiar responsable de la atención medica primaria continua e integral del individuo y su familia, debe de tener presentes las múltiples formas de presentación de la enfermedad, para realizar acciones anticipatorias así como un diagnostico temprano y un tratamiento oportuno.

El médico familiar se encuentra en una posición privilegiada con respecto a las demás especialistas y disciplinas médicas, debido a su formación y sus relación con el enfermo, su visión humanística e integral del paciente, esto le permite llegar a conocer al individuo, a su familia y el entorno que rodea a su paciente, tiene además la ventaja que, a través de la familia conoce otros episodios que se hallan presentado con anterioridad.

La depresión a sido estudiada y tratada de múltiples formas en los últimos años, y en el tratamiento farmacológico existen avances importantes contándose con medicamentos antidepressivos específicos, la clave es encontrar aquel cuya eficacia y efectos colaterales se ajuste mejor al cuadro clinico de cada individuo, la vigilancia estrecha es crucial durante el tratamiento, y es de importancia mencionar que la terapéutica de estos pacientes es en conjunto con la Psicoterapia, donde la familia juega un papel importante participando en el tratamiento, en el restablecimiento e impidiendo la evolución del padecimiento a formas más graves y lamentables como el suicidio, esto se logra al propiciar una mejor adaptabilidad del paciente con su enfermedad así como un retorno a un estadio de bienestar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del tema y del problema.

1.1.1 Definición de Depresión:

De la Fuente,¹ define a la depresión como un estado persistente, global, generalmente inmotivado y que representa un cambio importante en los modos de sentir, pensar y actuar habituales en la persona, y que tiende a seguir un curso autónomo, es decir, independiente de eventos externos.

Varios autores entre ellos Malmquist, referidos por Moreno² coinciden en el concepto de la depresión como: "una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones, de tipo físico neurovegetativas y otros componentes de tipo psíquico (Falta de concentración, dificultad con la memoria, ánimo, tristeza) también con un componente bioquímico cerebral (trastorno de la utilización de los neurotransmisores); catecolaminas y serotonina) y que mejora con el tratamiento pertinente, además de presentar dificultad en las relaciones interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorando considerablemente la vida laboral, familiar, social, y si no es tratada su consecuencia más grave el suicidio. Malmquist (1971) señala que se utiliza el término de depresión en cuatro acepciones diferentes: como síntomas que refleja un estado emocional interno; como conjunto de respuestas fisiológicas, como síndrome clínico y como una entidad nosológica."

Según Magill³ "el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de cada persona. Puede significar los sentimientos asociados al dolor por la pérdida de algo o alguien importante para el individuo. Finalmente, puede significar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal."

Martell⁴ refiere que la depresión es el sentimiento de tristeza y desdicha, que todos hemos experimentado en ocasión de un evento traumático, llámese: muerte de un ser querido, enfermedad penosa de algún allegado, divorcio, retiro del trabajo, situación económico-financiera difícil, etc. Se conoce como depresión reactiva. Cuando hablamos de depresión clínica ó mayor nos referimos a la situación que aparece cuando la intensidad y/o duración de los sentimientos de tristeza y desdicha se encuentran fuera de proporción para las circunstancias, más de 14 días de duración se considera indicativo de depresión clínica.

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

1.1.2 Clasificación:

Strock⁵ clasifica a la depresión de acuerdo a tres tipos.

- 1- Depresión mayor, a veces referida como unipolar o depresión clínica, estos pacientes tienen síntomas por lo menos en las últimas dos semanas.
- 2- Distimia estos pacientes cursan con síntomas en por lo menos dos años carecen de energía y entusiasmo por la vida así como fatiga.
- 3- Enfermedad maniaco depresiva, o enfermedad bipolar, es una enfermedad cíclica de síntomas depresivos alternados con manía.

Sin embargo existe otro tipo más actualizado como es el caso de la siguiente:

Clasificación DSM-IV y del códigos CIE-10^{4,6}

Trastornos del estado de ánimo (323)

Trastornos depresivos (345)

- F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (345)

- F33.x Trastorno depresivo mayor, Recurrente (345)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito (x) de acuerdo con los siguientes números:

0 = Leve.

1 = Moderado.

2 = Grave sin síntomas psicóticos.

3 = Grave con síntomas psicóticos. Especificar síntomas psicóticos congruentes o no con el estado de ánimo.

4 = En remisión parcial.

4 = En remisión total.

9 = No especificado.

- F34.1 Trastorno distímico (352)

Especificar si: De inicio temprano / de inicio tardío.

Especificar: Con síntomas atípicos.

- F32.9 Trastorno depresivo no especificado (357)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.3 Epidemiología.

Shelton⁷ en el 2000 refiere que la depresión es la cuarta enfermedad en todo el mundo, y afecta a una de cada cinco personas en alguna época de su vida, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, el riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepressivos en la atención primaria es de 43/100,000 personas-años, y que la depresión está implicada cada vez más como factor etiológico en las enfermedades cardiovasculares y en el cáncer.

Illescas⁸ menciona que la prevalencia de la depresión en la consulta de primer contacto es entre 4.8 y 8.6%, y que los cálculos realizados por la OMS para los años 2000 a 2020 colocan al episodio depresivo como la segunda causa de discapacidad, ajustada por severidad y duración, antecedida únicamente por la cardiopatía isquémica.

Kaplan⁹ menciona que aproximadamente 12 millones de mujeres en Estados Unidos experimentan un episodio depresivo cada año. Una de cada 8 mujeres puede esperar desarrollar una depresión clínica durante su vida. La depresión ocurre más frecuentemente en mujeres entre los 25 a 44 años, en general la depresión ocurre en personas sin relaciones interpersonales cercanas o en aquellos divorciados o separados.

Bhatia en 1999 y Webb en el 2002^{10,11} refieren, las mujeres experimentan depresión dos veces más frecuente que los hombres, lo que equivale a el 20 % en mujeres comparado con 10 % de los hombres.^{10,11}

Moreno en el 2000¹² menciona que los trastornos ansioso-depresivos constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. Los estudios realizados por la OMS establecen una prevalencia mundial del 3-5 % (120-200 millones de personas en todo el mundo). Entre los pacientes atendidos en las consultas de medicina general la frecuencia de trastornos depresivos oscila en un 10 a 20 %, y de los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica la cifra llega al 50 %. Solo un 10 % de los pacientes depresivos llega al psiquiatra, siendo por tanto un trastorno infradiagnosticado.

González.¹³ Entre los factores comunes que predisponen a la depresión señala que se debe de investigar, acerca de la presentación de episodios depresivos previos, los antecedentes de tipo familiar (se cree que la población general tiene un promedio de 1 a 3 % de posibilidades de sufrir un trastorno depresivo; si tiene un familiar o pariente lejano con trastorno depresivo este porcentaje aumenta al 5 %; si la relación es de un hermano que ha tenido este trastorno, la cifra sube al 15 %; pero si es el caso de los padres quienes han sufrido la alteración, la proporción aumenta al 25 % si es uno solo de ellos, pero si ambos lo han padecido la cifra puede llegar al 50%) y el género femenino (la proporción es de 3:1 respecto al varón, aunque los varones presentan con mayor frecuencia registros de suicidio).

Heinze,¹⁴ refiere que el riesgo de padecer una depresión durante el curso de la vida es de aproximadamente del 10 al 15 %.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Jenkins,¹⁵ en relación a una mayor prevalencia de la depresión en mujeres que en varones, concluyen que: existen suficientes causas en el orden social actual para que la depresión y la ansiedad constituyan una relación comprensible y totalmente esperada, y la vulnerabilidad de la mujer se asocia estrechamente con su estatus marital, condiciones laborales y roles en la sociedad.

Pelicier referido por Sogi,¹⁶ señala que es cierto que en las condiciones actuales de la cultura en los países occidentales, el cuadro depresivo aparece más ligado a los modos de vida y expresión de la mujer que a los del hombre. Sin duda, este es un fenómeno que tiende a borrarse con el progreso en la igualdad de estatus y de modos de vida. Sin embargo, se puede decir que el hombre occidental expresa, más a menudo, su depresión a través de la cólera y por la intoxicación alcohólica.

De acuerdo a lo expuesto por Watts (1984) referido por Mc Whinney,¹⁷ la prevalencia de depresión crónica (tres o más años de duración) es de 4.5 por cada 1000 pacientes de una consulta de atención primaria.

Varios estudios recopilados por Diaz¹⁸ refieren los siguientes datos: En 1997, algunas estimaciones conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban una depresión que requería de tratamiento específico. Solo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían de depresión. En relación con el primer nivel de atención médica, un estudio en México (Padilla y Peláez, 1985) sobre detección de trastornos mentales mostró que la frecuencia total de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad Médica Familiar y 34% en un hospital general, lo cual indica que en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal. Una encuesta de hogares realizada en la Ciudad de México y reportada en 1999, mostró una prevalencia de los trastornos depresivos del 12% entre la población adulta, de 18 a 65 años (Caraveo y cols, 1999). En relación con la edad, los resultados de varios estudios han mostrado una prevalencia considerablemente más alta en personas más jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en el siglo XX la depresión se hizo más frecuente y se inició en edades más tempranas. (Cross-National Collaborative Group, 1992), Wells y colaboradores en 1989 publicaron un estudio en el que se señala que la depresión produce un marcado deterioro de la actividad física, de la actividad social y de la percepción que tienen las personas de su salud y que el trastorno depresivo se asocia con un intenso sufrimiento corporal y lleva a que los pacientes pasen más días en cama, en comparación con otros que sufren de hipertensión, diabetes, artritis y enfermedad pulmonar crónica. En el mismo sentido, Olfson en 1996 encontró que, las personas con sintomatología depresiva presentan 7.7 veces más deterioro de la actividad social, familiar y laboral que los pacientes sin síntomas. Desde 1978 Weissman reportó que las mujeres trabajadoras con depresión tenían menor rendimiento en casi todas las áreas de funcionamiento laboral y de pareja.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.4 Factores de riesgo para depresión en mujeres.

Bhatia¹⁰ hace mención de los factores de riesgo en mujeres para depresión.

- Historia familiar de desórdenes del estado de ánimo.
- Historia pasada personal de desórdenes del estado de ánimo en etapas tempranas reproductivas.
- Pérdida de un pariente antes de los 10 años de edad.
- Historia de abuso sexual o físico de niño.
- Uso de anticonceptivos orales, especialmente uno con alto contenido de progesterona.
- Uso de estimulantes gonadotróficos como parte del tratamiento de infertilidad.
- Persistencia de estresores psicosociales. (por ejemplo, pérdida del empleo)
- Pérdida de sistema de soporte social o amenaza de tal pérdida.

1.1.5 Etiología.

Golden y Martell^{19,20} describen varias teorías para tratar de explicar el origen de la depresión:

- La teoría biológica.

Sugiere la presencia de los neurotransmisores clásicos, tales como norepinefrina, acetilcolina, y serotonina, que juegan importantes roles en la patogénesis de la enfermedad depresiva.

- La teoría psicoanalítica.

Freud, en 1905 desarrolla su teoría psicosexual del desarrollo en la que describe la estructuración de la personalidad del individuo en varias etapas o estadios, la etapa oral, anal, fálica, y la de latencia sexual adolescente en las que señala que si el desarrollo de alguna de estas fases es bloqueado la consecuencia es que puede aparecer la depresión como sintoma.

Abraham, en 1924 corroboró y expandió las observaciones de Freud. Observando que el bloqueo del erotismo oral provocaba en los pacientes vulnerabilidad a frustraciones y depresión. Refiere al estado depresivo como un complicado proceso de digestión seguido a través de deseos primitivos, impulsos, y fantasías.

Klein, en 1934-1940 desarrolla la teoría de predisposición a la depresión por traumas o pérdidas en el primer año de vida. Menciona que es una mezcla de tristeza o culpa debido a pérdidas de objetos amorosos, o la hostilidad y enojo alrededor de dichas pérdidas.

- La teoría cognitiva y conductual.

En 1928 Pavlov, observó que al modificar la conducta y costumbres se podía provocar una depresión, e introduce el término "instinto de vida."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- La teoría psicosocial.

Se describe a la depresión psicosocial como un desequilibrio entre los aspectos biológicos, psicodinámicos y las relaciones sociales. La etiología de los desórdenes depresivos (no recíprocos) esta principalmente relacionada con una mala o falta de interacción padre-hijo.

En 1980, Klerman referido por Sogi¹⁶ señalaba que: "La tendencia de todos los estudios de investigación y la experiencia clínica apoyan el punto de vista de que los trastornos afectivos ocurren en relación al balance entre el estrés y la vulnerabilidad o predisposición de la persona, al mismo. Se Incluye al estrés ambiental que juega un rol decisivo, principalmente en la frecuencia y la precipitación de los episodios agudos, aunque un punto de vista fundamentalmente ambientalista es incompleto, siendo un factor mayor, si no es más significativo, la vulnerabilidad o predisposición de la persona."

Akiskai y Tatossian referidos por Sogi¹⁶ en relación a la depresión, afirma el primero que: "la patogenia de la enfermedad afectiva se comprende mejor en un modelo interaccional, que implique una predisposición de carácter hereditario y del desarrollo psicológico, factores sociodemográficos y de personalidad, así como circunstancias desencadenantes". Tatossian agrega que: " si se considera el modelo bio-psico-social de Engel, la depresión no se comprende como un conjunto de enfermedades o de subtipos comunes, si no como un continuum que iría de la tristeza a la psicosis. La posición del individuo, en un momento dado, en este continuum depende del equilibrio (o desequilibrio) entre su grado de vulnerabilidad depresiva y la totalidad de estresores operantes. Aún, así, habría que distinguir en la vulnerabilidad el equilibrio entre componentes fragilizantes y componentes protectores o adaptativos."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.6 Cuadro clínico.

Es necesario realizar una evaluación minuciosa de los síntomas presentes describiendo de que tipo son, que tengan una persistencia de dos o más semanas y que interfieran de manera importante en su vida familiar y laboral del paciente, acompañada de una revisión física y una historia clínica familiar adecuada.

Síntomas:

Varios autores^{1,5,8,13,17} coinciden que los síntomas principales son:

- Persistencia de tristeza, ansiedad o humor vacío.
- Pérdida de interés o placer en actividades, incluyendo el sexo.
- Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo.
- Sensación de culpa, baja autoestima, desesperación, pesimismo.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito y peso o ganancia de los mismos.
- Astenia, fatiga, sensación de lentitud.
- Pensamiento de muerte o suicidio, o intentos suicidas.
- Dificultad de concentración, recordar y toma de decisiones.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como cefalea, desórdenes digestivos y dolor crónico.

Con relación a los síntomas se les puede agrupar de la siguiente manera:⁴

- Síntomas cognoscitivos:

Dificultad para concentrarse, disminución del rendimiento intelectual, incapacidad para afrontar y resolver problemas, pesimismo, ideas de minusvalía, auto reproches, indecisiones o dudas exageradas, fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo, pensamiento obsesivo, ideas de culpa, vergüenza, pecado, pueden existir delirios en depresiones graves.

- Síntomas afectivos:

Tristeza, abulia, anhedonia, disminución o abatimiento del ánimo, desesperanza, melancolía, ansiedad, sentimientos de culpa, sentimientos de vergüenza y auto desprecio, irritabilidad, disforia.

- Síntomas conductuales:

Abatimiento, faltas al trabajo, disminución del rendimiento escolar, alcoholismo, fármaco dependencia, intentos de suicidio, retardo psicomotor, inquietud e hipermovilidad, incluso agitación psicomotora.

- Síntomas psicofisiológicos:

Trastornos del sueño (somnia y hipersomnia), cambios en el apetito, cambios en el peso corporal, disminución de la energía en general, disminución del deseo sexual, constipación, cefalea, mareos, halitosis, molestias somáticas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.7 Diagnóstico.

Para realizar un diagnóstico apropiado es importante hacer una evaluación de los siguientes aspectos:

1. Predisposición de carácter hereditario.
2. Aspectos del desarrollo psicológico de la personalidad.
3. Detectar factores sociodemográficos.
4. Detectar circunstancias estresantes que pudieran estar desencadenando el cuadro depresivo.

Criterios diagnósticos.^{8,10,11,16,18}

Los criterios diagnósticos para la depresión mayor están establecidos en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), son los mismos para las mujeres como para hombres. Los nueve síntomas de la depresión son divididos entre dos grupos: Psicológicos (4 síntomas) y Físicos (5 síntomas). El diagnóstico de depresión requiere la presencia de 1-humor depresivo o 2-pérdida de interés o placer, más cuatro de otros síntomas. Así 5 de los 9 síntomas tienen que estar presentes al mismo tiempo, en por lo menos las últimas dos semanas.

Una modificación es el "grupo de postparto" si presenta síntomas dentro de las primeras cuatro semanas.

Los síntomas muestran distrés clinicamente significativo en el funcionamiento escolar, social u ocupacional.

No incluye síntomas que claramente son debidos a una condición médica general, medicamentos, o drogas o abuso de alcohol.

Los síntomas no son explicados por el duelo. Las características son indiferencia hacia el hijo, no cuidarlo, culpa al esposo, puede ser pasajero a severo y es reversible.

TABLA 1
CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DEPRESIÓN MAYOR DEL DSM-IV.¹⁰

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	SÍNTOMAS FÍSICOS
1-Humor depresivo la mayor parte del día. (niños y adolescentes = irritabilidad)	1-Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia)
2-Reducción de interés o placer en actividades, incluyendo sexo.	2-Cambios en el peso y apetito. (niño =falta de ganancia de peso esperado)
3-Sensación de culpa exagerada o inapropiada, inutilidad, desesperación y baja autoestima.	3-Dificultad para la atención y concentración, indecisión
4-Ideas suicidas (una o recurrentes)	4-Fatiga inexplicable o pérdida de energía.
	5-Agitación o retardo psicomotor.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Una segunda clasificación^{16,18} que contiene criterios para el diagnóstico de episodios depresivos es la CIE-10 de la OMS: (Clasificación Internacional de las Enfermedades).

F32. Episodios depresivos.

Por lo general el enfermo que las padece sufre de un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a-La disminución de la atención y concentración.

b-La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

c-Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)

d-Una perspectiva sombría del futuro.

e-Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresión.

f-Los trastornos del sueño.

g-La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz, pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (leve, moderado o severo) habitualmente se requiere de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

1.1.7.1 Indicadores o especificadores de severidad/ psicosis/ remisión, para un episodio depresivo mayor:³

• **SEVERIDAD**

-Episodio leve: presenta ansiedad, inquietud y/o irritabilidad. De acuerdo al DSM-IV lo describe como ningún o escasos síntomas, además de los que se requieren para hacer el diagnóstico. Los síntomas sólo provocan una alteración menor en el funcionamiento laboral, social, o en la relación con los demás.

-Episodio moderado: presenta anhedonia, menor auto estima, insomnio, disminución de libido, dificultad de concentración. asimismo el DSM-IV refiere que síntomas o alteraciones funcionales entre leves y severos.

-Episodio severo sin características psicóticas: los síntomas son ideas suicida, inhibición motora, culpa. En el DSM-IV se presenta con varios síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas dificultan marcadamente el funcionamiento laboral, social, o la relación con los demás.

• **EPISODIO SEVERO CON CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS:**

Presencias de ideas delirantes o alucinaciones y falta de contacto con la realidad.

-Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. El contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones es totalmente compatible con el estado de ánimo depresivo. Predominan ideas de incapacidad personal, castigo, culpa, enfermedad, muerte, y nihilistas.
-Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo. El contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones no está relacionado con el estado de ánimo depresivo. Los síntomas incluyen ideas de persecución, control, inserción, y transmisión del pensamiento

• **REMISIÓN.**

-Remisión parcial:

Están presentes los síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no cumplen completamente los criterios; ya resuelto el episodio depresivo, existe un período mayor de dos meses, y sin la presencia de algún síntoma depresivo.

-Remisión completa:

En los últimos dos meses no ha habido síntomas ni signos depresivos.

1.1.7.2 Algunos ejemplos del trastorno depresivo no especificado.⁴

• Trastorno disfórico premenstrual.

Los síntomas que lo caracterizan son: estado de ánimo deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, y pérdida de interés en las actividades. Estos síntomas se presentan durante la última semana de la fase lútea, y remite a los pocos días del inicio de la menstruación, en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Los síntomas interfieren notablemente con las actividades habituales, escolares, o laborales.

• Trastorno depresivo menor.

Episodios de al menos dos semanas de duración, pero únicamente con menos de los cinco síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

• Trastorno depresivo breve.

Episodios depresivos con duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes, durante doce meses. Estos episodios no están asociados a la menstruación.

1.1.7.3 Trastorno adaptativo.⁴

Se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales, en respuesta a un evento psicosocial estresante, que puede identificarse. Los síntomas se presentan durante los 3 meses siguientes al inicio del evento estresante. La reacción a éste, consiste en un malestar superior al esperado, con un deterioro significativo en la actividad social, académica, o profesional. Si el trastorno adaptativo se resuelve dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del evento estresante, se califica como agudo. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período de tiempo prolongado, mayor a 6 meses, el trastorno se califica como crónico; sobre todo si se deben a un evento estresante crónico, por ejemplo una enfermedad médica incapacitante y crónica, o a un evento estresante con consecuencias importantes como por ejemplo dificultades económicas y emocionales debidas a un divorcio. El evento estresante puede estar relacionado a acontecimientos específicos del ciclo vital o del desarrollo.

1.1.8 Marcadores biológicos de la depresión mayor.^{8,18}

A) Sueño

1) Latencia al primer episodio de sueño de movimientos oculares rápidos:

- < 60 minutos (prevalencia 50-90%).
- Normal: 90-120 minutos después del primer episodio de etapa 2 del sueño.

2) Densidad de movimientos oculares rápidos:

- Normal: 6.6.
- Deprimidos: >6.

3) Porcentajes de tiempo de sueño de movimientos oculares rápidos:

- Normal 20%.

4) Aumento en la latencia al sueño:

- Normal- 30-50 minutos.
- Deprimidos: más de 60 minutos.

5) Proporción de sueño de ondas lentas (etapas del sueño 3 y 4):

- Normal: 13-19%.
- Deprimidos: menos del 10%.

6) Eficiencia del sueño

- Normal- 100%
- Deprimidos- 60-30%.

7) Continuidad del sueño:

- Aumento en el número de despertares:
- Normal: 0-1 despertares.

B) Neuroendócrinos

1) Prueba de supresión a la dexametasona: Administración de 1 mg de dexametasona a las 23:00 horas, determinación de niveles de cortisol a las 8:00, 16:00 y 23:00 horas del día postdexametasona. Resultado anormal de la prueba (no supresión): al menos una de las determinaciones con niveles mayores de 5 microgramos de cortisol por decilitro de plasma.

2) Neuroendocrinología: Determinación de la concentración de cortisol después de la administración de 1 mg de dexametasona por VO 12, 20 y 24 horas. (punto de corte 7 mg/ml) Sensibilidad 54% y Especificidad 95% para el Dx. de Depresión Mayor.

3) Prueba de estimulación con tirotropina (TRH): Administración de 100-200 mg de TRH intravenosa, determinaciones de TSH a los 13, 30, 60, 90 y 120 minutos post-TRH. Resultado anormal de la prueba: 30% respuesta exagerada > 7 microgramos por decilitro de plasma. (probable) hipotiroidismo subclínico: 30-40%. respuesta aplanada, niveles de TRH por debajo de los 5 microgramos por decilitro de plasma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4) Concentración de TRH en líquido cefalorraquídeo:^{8,18}

- Normal- 5 pg/ml.
- Deprimidos: 15 pg/ml.

5) Prueba de secreción de hormona del crecimiento con estimulación por insulina: Administración intravenosa de 0.1 U/kg de insulina zinc cristalina. Muestras sanguíneas a los 0, 30, 60, 90 y 120. minutos. Sintomatología de hipoglicemia presente para una adecuada estimulación hormonal. En sujetos normales, una disminución mayor a 40 mg/100 ml de glicemia producirá una respuesta de GH mayor a 10 ng/ml:

- GH normal: 29 ng/ml (promedio).
- Deprimidos: respuesta aplanada.

6) Prueba de estimulación de secreción de hormona del crecimiento por estimulación con clonidina: Tres muestras sanguíneas basales (15' intervalo c/u) a las 8:30 AM. Administración IV de 1.3 microgramos/kg de clonidina, muestras sanguíneas con intervalos de 15 minutos c/u durante 90 minutos posteriores a la administración de la clonidina, monitoreo continuo de FC, T/A y sedación.

- HG normal (pico): 18.1 ng/ml
- HG deprimidos: (pico): 9.5 ng/ml.

7) Niveles de prolactina:

- Normal basal: 6.5 ng/ml
- Deprimidos basal: 8.6 ng/ml.

8) Cortisolemia (4:00 pm):

- Normal: 2.5 microgramos/dl.
- Deprimidos: > 5 microgramos/dl.

9) Hormona adrenocorticotrofa en sangre:

- Normal: 6.6 picogramos/ml.
- Deprimidos: 7.7 picogramos/ml.

10) Prueba de estimulación de secreción de ACTH con corticotropina:

Administración IV de 1 microgramo/kg de peso de CRF con muestras sanguíneas cada 15 minutos durante 120 minutos.

- Normal: Pico máximo 30 pg/ml.
- Deprimidos: Pico máximo 20 pg/ml.

C) Bioquímicos

1) Niveles de ácido homovanílico (HVA) en líquido cefalorraquídeo:

- Normal: 151.5 nmol/L.
- Deprimidos: 130 nmol/L*.

2) Niveles urinarios (24 horas) de MHPG:

- Normal: 1565.8 microgramos en 24 horas.
- Deprimidos: 1100 microgramos en 24 horas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 3) Niveles de ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA) en líquido cefalorraquídeo:^{R.18}
- Normal: 77 nmol/l.
 - Deprimidos: 90 nmol/L*.
- 4) Niveles de prostaglandinas en saliva:
- Controles- PGD2: 146 pg/ml,
PGE2: 203 pg/ml,
PGF2alfa: 152 pm/ml.
 - Deprimidos- PGD2: 531pg/ml,
PGE2: 709 pg/ml
PGF2alfa: 639 pm/ml
- 5) Concentraciones de norepinefrina en líquido cefalorraquídeo:
- Controles: 0.6 nmol/L.
 - Deprimidos: 0.8 nmol/L.
- 6) Concentración de MHPG en líquido cefalorraquídeo.
- Controles: 40 nmol/L.
 - Deprimidos: 45 nmol/L*.
- 7) Niveles plaquetarios de actividad de la monoaminooxidasa:
- Km normal: 13.6 nM/hr/100,000,000 plaquetas.
 - Km deprimidos: 11.1 nM/hr/100,000,000 plaquetas.
- 8) Densidad de sitios de unión para imipramina en plaquetas:
- Bmax norma: 590 fmol/mg de proteína.
 - Bmax deprimidos: 530 fmol/mg de proteína.
- 9) Velocidad máxima (Vmax) de recaptación de serotonina plaquetaria:
- Vmax normal: 78 pmol/100,000,000 plaquetas por minuto.
 - Vmax deprimidos: 82 pmol/100,000,000 plaquetas por minuto.
- 10) Densidad de receptores para glucocorticoides en linfocitos:
- Normal: 4,900 sitios/linfocito.
 - Deprimidos: 3,900 sitios/linfocito.
- 11) Disminución de la producción de AMPc por la estimulación de receptores beta de linfocitos con Isoproterenol: Estimulación con 10 microMolas de isoproterenol: Niveles de AMPc:
- Basal: 5.5 pmol/1,000,000 cel. Post-estimulación:
 - Normal: 7.4 pmol/1,000,000 cel.
 - Deprimidos: 3.9 pmol/1,000,000 cel.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D) Tomografía por emisión de positrones^{8,18}

Niveles de captación de glucosa:

- micro molas / 100 gr./ minuto.

Supraventriculares:

- Anteriores normal: 29.
- Deprimidos: 34.
- Posteriores normal: 26
- Deprimidos. 34.

Mesoventriculares:

- Anteriores normal, 25
- Deprimidos: 30
- Posteriores normal: 22
- Deprimidos: 28

Infraventriculares:

- Anteriores normal: 24
- Deprimidos: 29
- Posteriores normal: 19
- Deprimidos: 25

E) Pruebas neuropsicológicas

Datos de disfunción del hemisferio derecho.

F) Pruebas neurofisiológicas

J) Potenciales evocados: Potenciales visuales (PEV):

Espectro lineal de PEV hemisferio izquierdo:

- Sanos: $p(5) = 34$ (micro V)2
 $p(15) = 80$ (micro V)2
 $p(39) = 86$ (micro V)2
- Deprimidos: $p(5) = 56$ (micro V)2
 $p(15) = 145$ (micro V)2
 $p(30) = 165$ (micro V)2

Espectro lineal de PEV hemisferio derecho:

- Sanos: $p(5) = 43$ (micro V)2
 $p(15) = 96$ (micro V)2
 $p(30) = 104$ (micro V)2
- Deprimidos: $p(5) = 57$ (micro V)2
 $p(15) = 156$ (micro V)2
 $p(30) = 176$ (micro V)2

G) Inmunología:

Disminución de la respuesta linfocitaria a la estimulación con mitógenos (*in vitro*) del 30-50% que pueden reflejar un estado deficiente de la respuesta inmune celular.

Mejoría de la respuesta linfocitaria a la estimulación con mitógenos (*in Vitro*) después de un tratamiento antidepresivo exitoso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.9 Escalas de evaluación. (Clinimetría)

Díaz¹⁸ refiere, escalas para la evaluación de trastornos de depresión.

Hasta el momento no es posible medir las manifestaciones clínicas de los trastornos psiquiátricos de una manera confiable mediante parámetros fisiológicos y biológicos, por ello se han utilizado diversas escalas para transformar los fenómenos clínicos en datos objetivos y cuantitativos.

Las escalas en psiquiatría pueden utilizarse para:

- Establecer un diagnóstico.
- Documentar el estado clínico de un paciente en un momento determinado.
- Complementar la información clínica obtenida por otros medios.

Pueden aplicarse al campo clínico o de investigación, aunque es en esta última actividad en la que su uso se ha generalizado más.

ESCALAS CALIFICADAS POR OBSERVADOR:

- Berlanga²¹ menciona la escala de Hamilton para Depresión.

La escala consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre un rango del 0 a 4, mientras que otros obtienen una calificación de 0 a 2. Generalmente, y de acuerdo con el criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de 0, pero si su expresión es severa o incapacitante amerita un 2 ó 4 según el rango específico. Los síntomas leves o moderados reciben una calificación intermedia. Además, existen 4 rubros adicionales (Variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides, síntomas obsesivos) que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión pero que su presencia es de gran valor pronóstico. Su versión original fue publicada en 1960, y se incluyeron síntomas ansiosos a pesar de encontrarse una relación negativa con los síntomas depresivos, así mismo si se suma los 21 rubros, por arriba de 18 puntos, el paciente se encuentra en un estado depresivo.

- Escala de Montgomery-Åsberg (IMADRS)

Es una escala calificada por observador. Ha ganado difusión gracias a que es más sencilla en estructura que la escala de Hamilton; está compuesta por sólo 10 "items", cada uno se califica en una escala de 7 puntos (0 al 6), está basada en parte en los síntomas reportados por el paciente (lo que facilita su uso y sus autores tomaron la precaución de demostrar que sus "items" individuales eran sensibles al cambio de severidad del trastorno depresivo). Por otra parte, el énfasis que realiza en los síntomas psíquicos la hacen particularmente útil en los trastornos psicósomáticos y en la evaluación de pacientes médicamente enfermos. Los 10 "items" de la MADRS cubren las 8 características clínicas listadas en la definición de episodio depresivo mayor del DSM III-R. Usando un rango de calificación por "item" del 0 al 6, una calificación de 20 ó mayor por dos semanas o más corresponde a un episodio depresivo mayor del DSM III-R. Sin embargo, sólo cubre 3 de los síntomas de melancolía. Los evaluadores poco experimentados tienden a calificar más bajo que los experimentados, por tanto, a pesar de la naturaleza práctica de la escala, es necesario entrenar a los evaluadores antes de su aplicación. Snaitth sugirió la siguiente manera de evaluar los resultados de la escala: 0-6=no depresión, 7-19=depresión menor, 20-34=depresión moderada, 35-60=depresión severa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La calificación debe basarse en una entrevista clínica. El evaluador debe decidir si la calificación se ubica en pasos definidos de la escala (0,2,4,6) o entre ellos (1,3,5). Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones un paciente deprimido no puede ser calificado en los reactivos de esta escala. Si no se pueden obtener respuestas del paciente, todos los elementos relevantes, tanto como la información de otras fuentes, se pueden usar como base para la calificación de acuerdo con la práctica clínica cotidiana.

La escala puede ser usada para cualquier intervalo de tiempo entre las calificaciones, sea semanal o de otra forma, y deberá ser registrado.

ESCALAS AUTOAPLICABLES:

- Díaz¹⁸ refiere el Inventario de Beck

Esta escala evalúa la intensidad del cuadro depresivo de acuerdo con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión.

Para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente, quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento. Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma.

Los rubros que se miden en esta escala van de la A a la U, y significan lo siguiente:

A = Tristeza, B = Pesimismo, C = Sensación de Fracaso, D = Insatisfacción, E = Culpa, F = Expectativas de castigo, G = Auto desagrado, H = Auto acusaciones. I = Ideas suicidas, J = llanto, K = Irritabilidad, L = Aislamiento social, M = Indecisión, N = Cambios en la imagen corporal, O = Retardo laboral, P = Insomnio, Q = Fatigabilidad. R = Anorexia, S = Pérdida de peso, T = Preocupación somática, U = Pérdida de la libido.

Los resultados de la escala se evalúan como sigue: de 0 a 13, no hay depresión; de 14 a 17, depresión leve, 18-20 moderada, 21 o más puntos, depresión severa.

Berlanga²¹ considera que una puntuación por arriba de 19 refleja depresión clínica, por arriba de 24 puntos indican necesidad de tratamiento, posiblemente con un fármaco antidepressivo. El objetivo del tratamiento consiste en disminuir la puntuación a menos de 10 puntos. (Ver anexo 3)

- Escala de Auto evaluación de Zung (para depresión)^{18,21}

Esta es una escala que el paciente responde personalmente, de acuerdo con una breve instrucción al comienzo de la misma. Comprende 20 rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de la depresión.

Una vez que el paciente ha terminado de responder la escala, el examinador asigna los valores numéricos, previamente determinados, a cada categoría y que van del 1 al 4. La obtención de la máxima calificación en cada una es un indicador de un síntoma más grave. La suma total es transformada a un índice que señala la severidad del trastorno depresivo.

La calificación final se obtiene mediante la transformación de la puntuación total al índice de severidad del trastorno depresivo SDS de acuerdo con la tabla de conversión que para tal efecto se anexa a la escala. La intensidad del cuadro depresivo queda así determinada. 50 a 59 = depresión leve, 60 a 69 = depresión moderada y 70 o más = depresión severa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala de auto evaluación de adaptación social.^{18,21}

Características

La Escala de Auto evaluación de Adaptación social tienen la finalidad de evaluar la motivación y el comportamiento social del paciente que sufre depresión. En virtud de que esta escala es muy fácil de usar y de que su característica peculiar es investigar la perspectiva del paciente en cuanto a la percepción de sí mismo y su entorno, así como de la motivación y el comportamiento social, representa una herramienta adicional útil para evaluar el funcionamiento social en la depresión.

Incluye 21 preguntas que exploran las áreas de trabajo y tiempo libre, relaciones familiares y sociales, intereses intelectuales, satisfacción con los roles y auto percepción de la capacidad del paciente para manejar y controlar su entorno.

Puntuación e interpretación

A cada respuesta se asignan de 0 a 3 puntos, que corresponden a una adaptación social mínima y máxima; el puntaje total fluctúa entre 0 y 62 puntos. En el caso de las preguntas 1 y 2 debe especificarse previamente la existencia de una ocupación. Aunque se les considere recíprocamente excluyentes, en el análisis se les agrupa en una misma respuesta. Con base en la distribución de los puntajes totales de la escala de auto evaluación de adaptación social en la población estudiada, fue posible definir el "rango normal entre 35-52 puntos. El rango menor de 25 puntos corresponde a 80% de la población con adaptación social patente.

El perfil de preguntas permitió identificar cinco grupos:

- Persona perfectamente adaptada, con un puntaje medio de 43 a 49 puntos.

La persona perfectamente adaptada tiene una red social muy importante, la cual es motivo de satisfacción y constantemente está tratando de incrementarla. Le interesan tanto las actividades culturales como de esparcimiento. Este tipo de sujetos sabe organizar muy bien su entorno personal.

- Persona integrada a través de sus relaciones familiares, con un puntaje medio de 33 a 42 puntos.

Esta persona tiene menos relaciones sociales y menos gratificantes. Su deseo de progresar, de desafiar los supuestos en que basa su vida es muy débil. Sin embargo, la adhesión al grupo es persistente. Respeta a los demás. Todo lo que emprende lo aborda evitando excesos y sin demasiada emoción. La excepción al respecto es el fuerte compromiso con su núcleo familiar, que constituye su principal proceso de identificación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Persona integrada a través de su trabajo, con un puntaje medio de 26 a 32 puntos.

Esta persona cultiva poco las relaciones sociales y no abriga expectativas particulares al respecto. La persona experimenta algunos problemas de comunicación y no está bien informada sobre lo que sucede en su núcleo familiar. Muestra poca curiosidad y no disfruta las escasas actividades en que participa. Trata con cierta indiferencia sus relaciones familiares. Este sujeto tiene dificultad para administrar sus recursos y ya no logra asegurarse un ámbito de libertad personal.

- Persona excluida, con un puntaje medio de 23 a 25 puntos.

Esta persona no intenta recurrir a las relaciones sociales y no espera nada del grupo social. A este sujeto poco le importan las normas sociales, la organización de los recursos o su entorno; ya no está comprometido con ninguna actividad y no pone atención a su persona. El núcleo familiar ya no satisface sus expectativas y experimenta un sentimiento de exclusión.

- Persona socialmente alejada, con un puntaje medio de 22 puntos o menos.

Para la persona alejada de la sociedad, el intercambio social no le deja nada a cambio. Está fuera del grupo social y ya no reconoce las normas. El núcleo familiar se ha venido abajo y se siente completamente excluido. (Ver anexo 4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.10 Tratamiento.

Shelton⁷ menciona que los médicos de atención primaria son responsables de iniciar el tratamiento en la mayor parte de los casos de depresión.

Mc Whinney¹⁷ menciona que el médico de familia tiene que tomar tres tipos de decisiones importantes relacionadas con el manejo:

- Prescripción de antidepresivos y otros fármacos.
- Derivación a un psiquiatra.
- Ingreso en el hospital.

Según los lineamientos de la American Psychiatric Association (APA) referidos por Shelton⁷ para el tratamiento de la depresión publicados en 1993, la relación terapéutica del médico con el paciente va más allá de la administración de un antidepresivo. Entre las características que señala este artículo de la importancia de la relación médico paciente se encuentran:

- Alentar al paciente para que participe en actividades placenteras y que puedan ser exitosas.
- Proporcionar una explicación clara y accesible para ayudar al paciente a comprender la naturaleza de su padecimiento.
- Proporcionar una retroalimentación continua en relación con el tratamiento y el pronóstico.
- Orientar al paciente acerca de aspectos como relaciones interpersonales, trabajo y entorno que puedan influir en el resultado del tratamiento.
- Mantener una vigilancia en relación a la posible aparición de impulsos autodestructivos.

El proceso de negociación entre los médicos y los pacientes acerca del tratamiento apropiado ha sido resumido como "tabletas para los síntomas y plática para los problemas". Asimismo la vigilancia estrecha es crucial durante el tratamiento, es indispensable ver a los pacientes cada semana o cada dos semanas al inicio del tratamiento para vigilar la respuesta.

Mc Whinney¹⁷ menciona que el apoyo que el médico de familia proporciona a los pacientes deprimidos y sus familiares resulta benéfica para el mejoramiento del cuadro clínico.

Díaz¹⁸ refiere el plan de manejo.

En la mayoría de los pacientes deprimidos el manejo psicoterapéutico y la utilización de fármacos antidepresivos se hacen simultáneamente. Esta terapia combinada a demostrado mejores resultados que cada uno de estos tratamientos por sí solos. En términos generales, aproximadamente entre el 70 y 85% de los pacientes responde al tratamiento.

Tanto la evaluación inicial a través de una historia clínica y familiar del paciente así como el tratamiento que se deriva de ella deben apoyarse firmemente en la relación médico-paciente, buscando un nivel de cercanía que genéricamente se ha descrito como alianza terapéutica. Algunos estudios señalan que el porcentaje de abandono del tratamiento es inferior al 10% cuando se ha logrado establecer una alianza de colaboración.

En la práctica es conveniente dividir el tratamiento de la depresión en 3 fases:

- Fase aguda: se busca la mejoría y se induce la remisión.
- Fase de continuación: el objetivo es conservar la remisión de la sintomatología.
- Fase de mantenimiento: se cuida y protege al paciente frente a la recurrencia.

1.1.10.1 Fase Aguda

Elección del antidepresivo¹⁸

Aspectos que deben tomarse en cuenta para elegir un antidepresivo:

1. Edad del paciente: se recomienda para pacientes ancianos, iniciar con el 50% recomendado para el adulto, esto último también es aplicable para niños.

2. El tipo de respuesta que el paciente haya tenido a un fármaco antidepresivo en algún episodio depresivo anterior.

3. La respuesta previa que un familiar del paciente haya tenido a fármacos antidepresivos.

4. La sintomatología depresiva predominante. Si predomina la abulia, el desinterés o el retardo psicomotor, se recomienda un antidepresivo con efecto activante, como la Imipramina, desipramina, la reboxetina o bupropión; si predominan síntomas de ansiedad, inquietud psicomotora e insomnio, se recomienda un antidepresivo con efecto sedante como la amitriptilina, un inhibidor de la recaptura de serotonina (ISRS) o un modulador de la serotonina y noradrenalina.

5. El tipo de depresión. En la depresión con rasgos melancólicos, los antidepresivos tricíclicos y los IRSS. En la depresión con rasgos atípicos en la que predominen el hipersomnio, la hiperfagia, la hipersensibilidad al rechazo y la hiperreactividad en general, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son la primera elección, y los IMAOs. En la depresión con rasgos psicóticos, el tratamiento combinado de fármacos antidepresivos y fármacos antipsicóticos es la primera elección. Numerosos estudios señalan que la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser la primera elección para pacientes con este tipo de depresión. La depresión bipolar, el uso de antidepresivos debe llevarse a cabo cuidadosamente por precipitación de episodios de manía, y con tratamiento combinado con medicamentos estabilizadores del ánimo como el carbonato de litio, los valproatos y la carbamazepina.

6. Comorbilidad psiquiátrica y médica. Diabetes + Depresión los antidepresivos tricíclicos aumentan el deseo de ingesta de hidratos de carbono, producen ganancia de peso, aumento del apetito, y elevación de glucemia, hasta incluso en un 150%. Por su efecto anticolinérgico pueden disminuir la motilidad intestinal y aumentar la gastroparesia diabética. Los ISRS se asocian por el contrario a una disminución del peso y del apetito, así como de la glucemia. / Depresión + Drogadicción bupropión de primera elección, Depresión y Convulsiones evitar tricíclicos y bupropión./ Enfermedad cardiovascular y Depresión ISRS de primera elección./ Depresión + Migraña ISRS y tricíclicos./ Depresión y Parkinson bupropión. /Depresión y Dolor Crónico - amitriptilina y la paroxetina, Trastornos Sexuales y Depresión - bupropión y la mirtazapina, /Depresión con estados alérgicos y úlcera péptica - doxepina y la paroxetina .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Varios autores^{3,11,18,22,23} escriben que los efectos secundarios potenciales de los medicamentos en el tratamiento de la depresión, Pueden predecirse con base en la inhibición de la recaptación de los neurotransmisores que produce cada fármaco antidepressivo o cada grupo de fármacos.

Debido a estos efectos secundarios, el uso de los antidepressivos tricíclicos (ADTs) es restringido en pacientes con enfermedad cardíaca, retención urinaria, glaucoma de ángulo cerrado, crisis convulsivas, gastroparesia diabética, hipertrofia prostática, disminución de la motilidad intestinal.

Este grupo de efectos colaterales sumado a un posible efecto negativo anticolinérgico sobre la memoria, indican que estos fármacos sean la opción menos adecuada para pacientes ancianos y para pacientes con demencia

Si el paciente desarrolla signos anticolinérgicos y reporta confusión mental, se recomienda cambiar a un antidepressivo libre de bloqueadores muscarínicos. La sedación con frecuencia disminuye en las primeras semanas de tratamiento. El temblor es otro efecto adverso frecuente.

La selección y ajuste de las dosis del medicamento antidepressivo son muy importantes para lograr el efecto esperado, sobre todo para mejorar el estado de ánimo y el sueño, Así, al inicio del tratamiento se recomiendan dosis bajas de los distintos antidepressivos, los cuales se deben incrementar en forma individual para cada paciente.

El delirium anticolinérgico puede presentarse con la sobredosis de antidepressivos tricíclicos, se caracteriza por agitación, alucinaciones, arritmias cardíacas supraventriculares, hipertensión grave y convulsiones, piel caliente y seca, mucosas secas, dilatación de pupilas, falta de movimientos y de ruidos intestinales y taquicardia. Requiere de hospitalización y atención de servicios de terapia intensiva. La fisostigmina debe utilizarse en sospecha de intoxicación por antidepressivos tricíclicos. Las arritmias cardíacas ventriculares se, tratan con lidocaina, propanolol o fentoina. Es frecuente que las sobredosis se deban a la utilización de diferentes fármacos por lo que se deben investigar los niveles de Benzodiazepinas, alcohol y otras sustancias.

La sobredosis, especialmente la ocasionada con tricíclicos, es potencialmente letal. Aunque los estudios reportan que los medicamentos disminuyen las ideas suicidas, algunos pacientes, se han suicidado bajo tratamiento. Es por ello que se recomienda la vigilancia estrecha en las primeras semanas de tratamiento, ya que el incremento del impulso vital puede ser un riesgo.

Los efectos secundarios de los ISRS son: náuseas, dolor de cabeza, anorexia, mareo, disfunciones sexuales, (disminución del interés sexual, dificultades de erección, retraso para alcanzar el orgasmo). Tienen una baja toxicidad en caso de sobredosis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 2.
EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS⁹

Fármacos	Sedación	Anticolinérgicos	Hipotensión ortostática	Efectos de conducción Cardíaca
• Heterocíclicos				
Amitriptilina	Alta	Altos	Moderada	Altos
Imipramina	Moderada	Moderados	Alta	Altos
Doxepina	Alta	Moderados	Moderada	Moderados
Desipramina	Baja	Bajos	Baja	Moderados
Nortriptilina	Moderada	Moderados	Baja	Moderados
Trimipramina	Alta	Altos	Moderada	Altos
Protriptilina	Baja	Moderados	Baja	Moderados
Clomipramina	Alta	Altos	Baja	Moderados
Maprotilina	Moderada	Moderados	Baja	Moderados
• Inhibidores de la recaptación de la serotonina				
Fluoxetina	Muy baja	Ninguno	Muy baja	Muy bajos
Serrtralina	Baja	Ninguno	Ninguno	Muy bajos
Paroxetina	Baja	Bajo	Ninguno	Muy bajos
Fluvoxamina	Baja	Ninguno	Ninguno	Muy bajos
• Feniletilamina				
Venlafaxina	Baja	Ninguno	Muy baja	Muy bajos
• Dibenzoxacepinas				
Amoxapina	Baja	Baja	Baja	Bajos
• Triazolopiridinas				
Trazodona	Alta	Muy bajos	Moderada	Bajos
• Fenilpiperacinas				
Nefazodona	Moderada	Ningunos	Baja	Bajos
• Piperacinoacepinas				
Mirtazapina	Alta	Moderados	Baja	Bajos
• Aminoquetonas				
Bupropión	Baja	Muy bajos	Muy baja	0
• Triazolobenzodiacepinas				
Alprazolán	Alta	Muy bajos	Baja	0

• Inhibidores de la monoaminoxidasa

Fenelcina
Tramiciopromina
Isocarboxacida

como grupo: hipotensión ortostática, vértigo, cefalea, somnolencia, sobrestimulación (hipomanía, insomnio, ansiedad), estreñimiento, náuseas, diarrea, dolor abdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Efecto secundarios potenciales de los fármacos psicoterapéuticos y sistemas de neurotransmisores asociados.⁹

Antidopaminérgico

Disfunción endocrina

Hiperprolactinemia

Disfunción menstrual

Disfunción sexual

Trastornos del movimiento

Acatisia

Distonia

Parkinsonismo

Distonia tardía

Antiadrenérgico, (principalmente alfa 1)

Vértigo

Hipotensión postural

Taquicardia refleja

Atihistaminérgico

Hipotensión,

Sedación

Aumento de peso

Hiperserotonérgico

Acatisia y agitación

Ansiedad

Malestar general y diarrea

Cefalea

Insomnio o somnolencia

Nauseas y vómitos

Disfunción sexual

Sistemas neurotransmisores múltiples

Agranulocitosis (y otras discrasias sanguíneas)

Reacciones alérgicas

Anorexia

Anormalidades de la conducción cardíaca

Náuseas y vómitos

Crisis convulsivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3.
FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS DISPONIBLES EN MÉXICO 2001.¹⁸

Nombre genérico	Dosis de inicio (mg)	Dosis diarias habituales (mg)	Presentaciones orales disponibles (mg)	Tiempo de vida media [incluye metabolitos activos] (h)
• Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina				
Citalopram (Seropram)	20	20-60	20	35
Fluxetina (Prozac, Fluoxac)	20	20-60	20, liq	72 [144]
Fluvoxamina (Luvox)	50	50-300	50, 100	15
Paroxetina (Paxil, Aropax)	20	20-60	20	20
Sertralina (Altruline)	50	50-200	50, 100	26 [661]
• Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina				
Venlafaxina (Effexor)	37,5	75-225	37,5, 50, 75	5 [11]
Venlafaxina XR (Effexor)	37,5	75-225	75, 150	5 [11]
• Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina				
Bupropión (Wellbutrin)	150	300	75, 100	14
• Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina				
Reboxetina (Edronax)	2-4	4-8	2,4	13
• Moduladores de la serotonina y la noradrenalina				
Mirtazapina (Remeron)	15	15-45	15,30	20
Tricíclicos y tetracíclicos				
• Aminas tricíclicas terciarias				
Amitriptilina (Anapsique)	25-50	75-300	25,50	15,6 [26, 6
Clomipramina (Anafranil)	25	75-250	25,75	32 [69]
Doxepina (Sinequan)	25-50	75-300	25	16,8
Imipramina (Tofranil)	25-50	75-300	10, 25, 50, 75	7, 6 [17, 1
• Aminas tricíclicas secundarias				
Desipramina (Norpramin)	25-50	75-300	50	17, 1
• Otros				
Maprotilina (Ludiomil)	50	75-225	25, 50, 75	43
Mianserina (Tolvon)	15-30	30-90	30,60	14-17
• Inhibidores de la monoaminoxidasa MAO-A reversible				
Moclobemida (Aurorex)	150	300-600	100, 150	2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.10.2 Fase de Continuación

Díaz¹⁸ menciona que en general, se prefiere que la fase de respuesta aguda al medicamento sea seguida por tratamiento de continuación con el mismo medicamento y a la misma dosis, durante 4 a 9 meses después de haber llegado al estado clínicamente estable y se inicia psicoterapia. Ya que la discontinuación temprana es usualmente seguida por un 25% de recaída dentro de los primeros dos meses.

Posterior a la fase de continuación, el medicamento debe ser retirado, a menos que sea propuesto un tratamiento de mantenimiento indefinido.

Durante los meses siguientes al retiro del medicamento se vigila al paciente para asegurar que no surja un nuevo episodio depresivo (recurrencia). En caso de que el paciente presente un nuevo episodio depresivo al discontinuar el medicamento, éste deberá volver a utilizarse porque la probabilidad de buena respuesta con la misma dosis efectiva utilizada previamente es alta. El objetivo de la psicoterapia de continuación es el mismo que el de los medicamentos: mantener al paciente en un estado asintomático.

Existen dos grandes formas de psicoterapia: la psicodinámica o derivada del psicoanálisis y la cognitiva y conductual que deriva de las técnicas de modificación de la conducta. Ambas formas y sus ramificaciones han demostrado suficientemente su utilidad en el tratamiento de los trastornos depresivos. La terapia combinada con medicamentos y psicoterapia ha demostrado mejores resultados que cada una de estos tratamientos por sí solos. El médico de Atención Primaria puede realizar formas de tratamiento psicológico como la educación y orientación. Estas consisten en la clarificación de los síntomas del paciente, la identificación de posibles desencadenantes o estresores psicosociales, la explicación del carácter de enfermedad de los problemas que sufre y el ofrecimiento de normas adecuadas a cada momento evolutivo del proceso depresivo. Es importante desculpabilizar al paciente respecto a su enfermedad y apoyar la idea de que se trata de una enfermedad, y por lo tanto tratable y eventualmente curable, generalmente, la utilización de psicoterapia se asocia con un mejor ajuste social.

1.1.10.3 Fase de mantenimiento

Este tratamiento¹⁸ está encaminado a prevenir un nuevo episodio de depresión. Por ello, los pacientes que han tenido tres o más episodios de depresión mayor son candidatos potenciales para el uso de medicación antidepresiva a largo plazo. Las medicaciones de mantenimiento son en general del mismo tipo y con las dosis efectivas que en el tratamiento de la fase aguda. La psicoterapia de mantenimiento no parece ser efectiva en la prevención de la recurrencia, aunque puede retrasar el inicio del próximo episodio. Los pacientes que han presentado tres episodios de depresión mayor tienen un 90% de posibilidad de volver a tener otro. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda considerar el tratamiento de mantenimiento para pacientes que han sufrido dos episodios depresivos durante un lapso de 5 años.

Los parámetros clínicos que se toman en cuenta para definir la medicación de mantenimiento incluyen:¹⁸

- Lاپso entre episodios previos.
- Severidad de los episodios.
- Riesgo de suicidio durante episodios previos.
- Agudeza del inicio del episodio.
- Preferencia del paciente.
- Experiencia del médico en el manejo de pacientes con depresiones recurrentes.

Consideraciones para la medicación de mantenimiento. El tiempo apropiado para el mantenimiento puede variar de 1 año hasta «de por vida», dependiendo de la historia del paciente.¹⁸

1. Tres o más episodios de un trastorno depresivo mayor.

2. Dos episodios de trastorno depresivo mayor, aunados a cualquiera de las siguientes características.

- a) Una historia familiar (*) de trastorno bipolar.
- b) Antecedente de recurrencia al año después de la discontinuación de medicación previamente efectiva.
- c) Una historia familiar de depresión mayor recurrente.
- d) Inicio temprano (antes de los 20 años) del primer episodio.
- e) Ambos episodios muy severos, repentinos, amenazadores de la vida en los últimos 3 años.

(*)Una historia familiar como antecedente positivo, bien delimitado en uno o más familiares de primer grado.

Los medicamentos de mantenimiento⁷ preferidos son aquéllos con menos efectos secundarios a largo plazo, ya que el apego al tratamiento es un aspecto primordial.

La decisión para iniciar o discontinuar el tratamiento debe hacerse con la participación, colaboración y el conocimiento del paciente. Igualmente, todos los pacientes con un episodio único de trastorno depresivo mayor deben seguir una fase de continuación, ya que la estadística indica que por lo menos el 50% tendrá otro episodio de trastorno depresivo mayor. Aún así, el siguiente episodio puede aparecer años después. Si el médico decide discontinuar el tratamiento de mantenimiento en este tipo de pacientes, será necesario observarlos regularmente, como mínimo, durante los 6 a 12 meses siguientes a la interrupción del mismo. Los pacientes que han respondido muy bien en la fase aguda del tratamiento necesitan ser vistos sólo una vez en un periodo de 1 a 3 meses, durante las fases de continuación y mantenimiento para evaluar síntomas, eficacia y efectos secundarios, y para promover el apego al tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Díaz¹⁸ menciona que la reacción por discontinuación regularmente ocurre como un grupo de eventos adversos que emerge dentro de las 24 a 72 horas después de la interrupción del tratamiento y dura de 7 a 14 días. El malestar incluye síntomas somáticos y psicológicos.

- Entre los somáticos, los más comunes son, sensaciones de pérdida del equilibrio (vértigo o mareo), náusea, vómito, parestesias, sensación de "choques eléctricos" y síntomas como fatiga y letargo.
- Los síntomas psicológicos reportados más frecuentemente son ansiedad y/o agitación, accesos de llanto e irritabilidad.
- El síndrome por discontinuación es generalmente moderado, de corta duración y puede ser reversible mediante la reintroducción de la medicación original o bien de otra similar. Este síndrome puede ser evitado si cuando se va a retirar el medicamento se disminuyen las dosis paulatinamente. Un esquema de disminución de dos a cuatro semanas es usualmente bien tolerado.

En cuanto a los ansiolíticos o los hipnóticos, también deben ser retirados lenta y progresivamente para evitar ansiedad /insomnio de rebote. Estos medicamentos generalmente no deben ser usados por más de dos semanas, porque su eficacia no ha sido establecida más allá de este límite. Usualmente, las personas que desarrollan un nuevo episodio lo presentan dentro de los 8 meses siguientes a la discontinuación. El tratamiento de éste, si el síndrome completo regresa, debe incluir el mismo tratamiento al cual el paciente respondió previamente, ya que la intervención temprana reduce la prolongación del episodio.

1.1.10.4 Manejo de la Depresión Resistente

Es relativamente frecuente, sobre todo en atención primaria, la llamada resistencia al tratamiento farmacológico, como lo señaló Lydiard en 1985 referido por Díaz.¹⁸ La mayoría de los pacientes con depresión resistente o refractaria en realidad no tuvieron un tratamiento adecuado o no cumplieron con las indicaciones médicas en forma precisa. Para los pacientes que tienen verdadera depresión refractaria o que han tenido sólo una leve mejoría, se puede utilizar la sustitución de un antidepresivo por otro antidepresivo o bien estrategias de potenciación. Las estrategias de potenciación incluyen la utilización simultánea de dos fármacos antidepresivos o la combinación de otros fármacos al mismo tiempo que el antidepresivo, como el carbonato de litio, hormona tiroidea o psicoestimulantes.

Varios autores²⁵ incluyen tres plantas medicinales en el tratamiento actual de la depresión (hierba de San Juan, Valeriana, y Kava-Kava), de las cuales la hierba de San Juan o St John's wort (*Hypericum perforatum*) ha sido muy estudiada por investigadores alemanes, en el manejo de la depresión leve y moderada, aunque no se conocen con claridad su farmacocinética y potencial de acción, su mecanismo es similar al de los inhibidores de la recaptura de serotonina, también con actividad inhibitoria débil sobre las enzimas monoaminooxidasa A y B, interfiere en el transporte intestinal por lo que se han publicado interacciones de medicamentos y alimentos: antiretrovirales (metabolizados por la vía de citocromo P450), digoxina, teofilina, warfarina, sertralina, anticonceptivos orales, hipolipemiantes y antiépilépticos por lo que se atribuye cierto grado de falla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.11 Sustancias que producen episodios depresivos:

Varios autores^{8,18} coinciden que las sustancias que producen episodios depresivos son:

- a. Analgésicos y antiinflamatorios (ibuprofen, indometacina, pentazocina, fenilbutazona).
- b. Antibióticos (sulfonamidas, ootrimoxazol, ampicilina, procaína, penicilina, tetraciclina, isoniazida, cicloserina).
- c. Quimioterapéuticos (vinblastina, vincristina).
- d. Anticonvulsivantes.
- e. Antihipertensivos (clonidina, guanetidina, hidralazina, metildopa, propranolol, reserpina)
- f. Antiparkinsoniano (amantadina, levo dopa, carbidopa).
- g. Antipsicóticos (fenotiazinas, decanoato de haloperidol).
- h. Anfetaminas y otros estimulantes del SNC.
- i. Tranquilizantes e hipnótico-sedantes (Benzodiacepinas, hidrato de cloral, barbitúricos).
- j. Corticosteroides.
- k. Hormonas (estrógenos, progesterona).
- l. Antagonistas H 2.
- m. Medicamentos cardíacos (digital, procaína mida).
- n. Etanol.
- o. Cafeína.
- p. Drogas de abuso (cocaina, LSD, polifarmacodependencia).
- q. Supresores del apetito (anfetaminas, fenfluramina, fenmetrazina LSD).
- r. Lecitina.

1.1.12 Redes de apoyo en medicina familiar.

Mc Whinney¹⁷ refiere que además del apoyo farmacológico y la psicoterapia, se debe hacer todo lo posible para movilizar el apoyo social. Esto puede incluir la participación del cónyuge y otros familiares, ayuda con los hijos y el desarrollo de contactos fuera de casa.

Díaz¹⁸ menciona, el papel de los familiares y allegados en el proceso terapéutico del depresivo es fundamental, de su apoyo, firmeza, comprensión y conocimientos van a depender en gran proporción los resultados finales del tratamiento. Para conseguir este propósito se pueden dar algunos principios generales en la orientación que el médico familiar brinda:

- Mostrar seguridad, sinceridad y claridad.
- Ofrecer comprensión, disponibilidad y competencia.
- Explicar el carácter temporal y pronóstico favorable del trastorno.
- Interpretación de los síntomas de la enfermedad y sus consecuencias (creer que nunca se va a curar; temer por su salud y buscar exploraciones; ideas de culpa, baja autoestima, etc)
- Disuadir al enfermo de intentar logros por encima de sus posibilidades.
- Evitar la toma de cualquier decisión trascendente (cambio de trabajo o domicilio; enajenación o compra de bienes, separación, etc) durante la enfermedad.
- No recomendar distracción, descanso o unos días de vacaciones, pensando que eso resolverá el problema.
- Destacar y valorar los aspectos positivos que el enfermo consiga.
- Manejo de fobias y temores del paciente a la reaparición de síntomas previos.
- Estimular (al comenzar la mejoría) el contacto social y la reincorporación a sus actividades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.13 Criterios de derivación al especialista.¹⁷

En términos generales la depresión es una entidad susceptible de tratamiento por el médico de Atención Primaria. Esto se justifica por la amplia incidencia de la enfermedad, la elevada demanda de consultas con el médico familiar, la psicopatología del proceso, cercana y comprensible (los depresivos no son locos) y porque las medidas de tratamiento a aplicar son, en la inmensa mayoría de los casos relativamente sencillas seguras y eficaces. Existen sin embargo algunas situaciones en las que lo aconsejable es remitir el paciente al especialista. Los factores y características reunidas por estos enfermos son:

- Condiciones de trabajo inadecuadas.
- Diagnóstico poco claro o dudoso.
- Mala respuesta al tratamiento (depresión resistente o entronizada)
- Previsible mala colaboración y cumplimiento.
- Ambiente familiar conflictivo y no cooperador.
- Formas clínicas especiales (depresión delirante. bipolar, estupor. etc.)
- Antecedentes negativos (gravedad, mala respuesta, hospitalización, conducta suicida, etc.) en episodios previos.
- Riesgo de suicidio.

1.1.14 Criterios de hospitalización¹⁷

El principal motivo de la hospitalización urgente es el riesgo de suicidio.

- 1) Pacientes inhibidos con riesgo de deshidratación desnutrición, etc.,
- 2) Pacientes resistentes a los tratamientos ambulatorios que requieren TEC o combinaciones de fármacos antidepresivos.
- 3) Pacientes que no responden al tratamiento.
- 4) Pacientes con depresión grave concomitante con enfermedad orgánica.
- 5) Enlentecimiento o agitación notables.
- 6) Aislamiento social.

Factores de alto riesgo de conducta suicida en mujeres.¹⁰

Riesgo de intento suicida.

- Menor de 30 años.
- Pérdida de un pariente cercano.
- Vivir solo.
- Estresores psicosociales recurrentes (ejemplo: reciente pérdida del empleo).
- Abuso de sustancias.
- Desórdenes de personalidad.
- Depresión clínica.

Riesgo de completar el suicidio.

- Depresión clínica severa especialmente con psicosis.
- Abuso de sustancias.
- Historia pasada de intento suicida.
- Plan o idea suicida activa.
- Estar viudo o divorciado.
- Una o más de las enfermedades crónicas.
- Sensación de desesperación.
- Desórdenes de pánico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 Planteamiento del problema:

En la clínica de medicina familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE; se consideró importante esta investigación porque un grupo de riesgo son las mujeres, en los que frecuentemente aumentan los casos de depresión. Es un grupo de la población que acude en mayor número a la consulta de primer nivel con síntomas somáticos, de enfermedades degenerativas o ambas de evolución crónica, padecimientos depresivos como alteraciones del sueño, irritabilidad, humor depresivo y disminución del interés; de las cuales la mayoría se niega a aceptar una enfermedad de origen psicológico como la depresión, o a recibir tratamiento el cual frecuentemente no lo cumplen, por diversos factores en los que se incluyen al paciente, el apoyo social en el que incluye a la familia; o no se tiene la vigilancia estrecha y una adecuada relación médico-paciente, lo cual permite que el daño sea mayor.

Asimismo si se sabe que una persona con síndrome depresivo tiene alteraciones en diferentes áreas de su vida como en su trabajo, relaciones familiares, satisfacción con los roles, motivación y comportamiento en su entorno; por lo que, surge la inquietud de conocer que grado de adaptabilidad social presentan estas pacientes.

Sin embargo, en la bibliografía revisada para el presente trabajo no se encontró información específica de reportes sobre la frecuencia de depresión en mujeres y su correlación con la adaptación social

Por tal motivo se crea la necesidad de investigar la frecuencia de casos y grado de presentación de la depresión en el grupo de mujeres entre 14 a 59 años de edad, igualmente el grado de adaptabilidad social; y hasta que nivel están correlacionados ambos, así como los aspectos demográficos de las mujeres con depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3. Justificación:

En la clínica de medicina familiar del ISSSTE Dr. "Ignacio Chávez" se realizó una revisión de los trabajos de investigación en los últimos 5 años en donde no se encontró trabajos sobre depresión exclusiva en mujeres, únicamente se encontraron trabajos realizados comparando mujeres con hombres o en adolescentes de ambos sexos.

En la consulta del médico familiar existe un elevado número de pacientes predominantemente mujeres en diversos grupos de edad que presentan síntomas de depresión. Si a esto se añade que probablemente el medico en la consulta diaria subdiagnostica la depresión por enfermedades clínico patológicas es necesario investigar la frecuencia con que se presenta, su intensidad, comportamiento social y correlacionarla con aspectos demográficos de la mujer.

Por lo tanto es de gran importancia el conocimiento de la clínica y los factores etiológicos de la depresión en las diferentes etapas de la vida, se señala que pueden ser bioquímicos o hasta psicosociales de los cuales el núcleo familiar tiene una importancia significativa durante el desarrollo del ser humano, donde se forman la mayoría de sus conductas posteriores.

Dentro de la actividad del médico familiar está el realizar el diagnóstico de salud del paciente y su familia, que le ayuda no sólo a atender los problemas actuales sino a prever situaciones que pueden presentarse durante su desarrollo individual y familiar.

De los resultados obtenidos quizá se pueda normar un criterio con el objeto de encontrar alternativas de diagnóstico oportuno que orienten a fortalecer el tratamiento existente y el cumplimiento del mismo.

El conocer la tipología familiar, permite, llevar a cabo programas de apoyo familiar, para obtener mejores beneficios, asistencia institucional, disminución de gastos, reducción de tiempo de tratamiento, mejor calidad de atención, continuidad lo que permitirá una mejor calidad de vida de las pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4 Objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Correlacionar los grados de depresión con la adaptación social y aspectos demográficos de las mujeres que asisten a la clínica de medicina familiar Dr. "Ignacio Chávez."

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar algunas características demográficas que puedan estar asociadas a la presencia de depresión.
2. Identificar la tipología familiar que pueda estar asociada a la presencia de depresión
3. Relacionar los grados de depresión con los diferentes niveles de adaptación social.

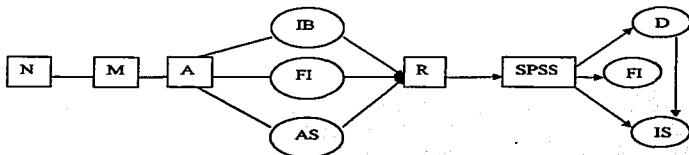
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio: se realizó un estudio de tipo: Prospectivo, transversal, comparativo, descriptivo.

2.2 Diseño de investigación del estudio.

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio: La población de referencia fue la adserita a todos los consultorios de medicina familiar de ambos turnos de trabajo de la clínica Dr. "Ignacio Chávez" (N). Se seleccionó una muestra no aleatoria de mujeres obtenida por cuotas (M) de las pacientes que salieron de atención médica y se encontraron en la sala de espera de la clínica, y que cumplieran los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; a estas mujeres se les aplicó tres cuestionarios (A), ficha de identificación (FI), el Inventario de Beck para depresión (IB), y la escala de adaptación social para pacientes deprimidos (AS). Se analizaron los resultados (R), obtenidos de niveles de depresión (D), integración social (IS), y factores demográficos, mediante el programa estadístico SPSS V.10.



N Consultorios de la C.M.F Dr. "Ignacio Chávez" ISSSTE.

M Muestra no aleatoria por cuotas.

A Aplicación de los cuestionarios.

FI Ficha de identificación.

IB Inventario de Beck para depresión.

AS Escala de autoevaluación de adaptación social.

R Resultados.

SPSS Programa estadístico V.10.

D Mujeres con depresión

IS Mujeres con diferentes grados de adaptación social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 Población: Mujeres en un rango de edad de 14 a 59 años de la clínica de Medicina Familiar que acudieron a consulta con el médico familiar en forma espontánea.

Lugar: Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE

Tiempo de estudio: se realizó el estudio en un periodo de dos meses noviembre y diciembre del 2002

2.4 Tipo de muestra: es una muestra no probabilística obtenida por cuotas de mujeres entre 14 a 59 años, pertenecientes a los consultorios de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE del turno matutino y vespertino.

Tamaño de la muestra: se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Se tomo un nivel de confianza de 90%, con un margen de error del 5%, y variabilidad del 0.8. Con lo que se determina un tamaño de la muestra de 210 encuestadas.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a consulta a la C.M.F.
- Ser mujer entre 14 a 59 años.
- Aceptación de participar voluntaria en el estudio.
- Que supieran leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Negativa a participar en el estudio.
- Que no fueran pacientes de la clínica.
- Mujeres menores de 14 años o mayores de 59.

Criterios de eliminación:

- Presencia de respuestas dobles en algún reactivo.
- No haber contestado el cuestionario al 100%
- No entrega de los cuestionarios aplicados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6 Variables (Tipo y escala de medición)

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
Numero de folio	Cuantitativa	Escalar	Número consecutivo de 1 a 60
Edad en años	Cuantitativa	Escalar	Edad real. Números enteros
Ocupación de la paciente	Cualitativa	Nominal	Agrupación post-códigos: 1=Ama de casa 2=Estudiante 3=Obrera 4=Oficio técnico 5=Profesionista 6=Artista 7=Empleada 8=Comerciante 9=Jubilada o Pensionada
Número de consultorio	Cuantitativa	Escalar	1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=16 11=17 12=20 13=21
Turno	Cualitativo	Nominal	1=Matutino 2=Vespertino
Estado civil de la paciente	Cualitativa	Nominal	1=Casada 2=Soltera 3=Viuda 4=Divorciada 5=Unión libre 6=Separada
Tipología Familiar según Geyman en base a su Estructura	Cualitativa	Nominal	1=Nuclear 2=Extensa 3=Compuesta 4=Extensa-compuesta
Tipología Familiar según Geyman en base a su Desarrollo	Cualitativa	Nominal	1=Moderna 2=Tradicional
Tipología Familiar según Geyman en base a su Integración	Cualitativa	Nominal	1=Integrada 2=Semi-integrada 3=Desintegrada
Tipología Familiar según Geyman en base a su Ocupación	Cualitativa	Nominal	1=Profesional 2=Obrera 3=Campesina
Tipología Familiar según Geyman en base a su Demografía	Cualitativa	Nominal	1=Rural 2=Urbana
Etapas del Ciclo Vital de la Familia	Cualitativa	Nominal	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro o muerte
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta A	Cualitativa	Ordinal	0=no me siento triste 1=Me siento triste 2=Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3=Estoy tan triste que no lo puedo soportar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta B	Cualitativa	Ordinal	0=No me siento especialmente desanimada de cara al futuro 1=Estoy desilusionada del futuro 2=Siento que no hay nada por lo que luchar 3=El futuro es desesperanzador y las cosas no cambiarán
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta C	Cualitativa	Ordinal	0=No me siento como una fracasada 1=He fracasado más que la mayoría de las personas 2=Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso 3=Soy un fracaso total como persona
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta D	Cualitativa	Ordinal	0=Las cosas me satisfacen tanto como antes 1=No disfruto de las cosas como antes 2=Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas 3=Estoy insatisfecha con respecto a todo
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta E	Cualitativa	Ordinal	0=No me siento especialmente culpable 1=Me siento culpable en bastantes ocasiones 2=Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 3=Me siento culpable constantemente
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta F	Cualitativa	Ordinal	0=No creo que este siendo castigada 1=Siento que quizá esté siendo castigada 2=Espero ser castigada 3=Me siento que he sido castigada
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta G	Cualitativa	Ordinal	0=No estoy descontenta de mi misma 1=Estoy descontenta de mi misma 2=Estoy a disgusto con mi misma 3=Me detesto
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta H	Cualitativa	Ordinal	0=No me siento peor que nadie 1=Me critico por mi debilidad o mis errores 2=Continuamente me culpo por mis faltas 3=Me culpo por todo lo malo que sucede
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta I	Cualitativa	Ordinal	0=No tengo ningún pensamiento de suicidio 1=A veces pienso en suicidarme pero no lo are 2=Desearia poner fin a mi vida 3=Me mataria si pudiera

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta J	Cualitativa	Ordinal	0=No lloro más de lo normal 1=Ahora lloro más que lo normal 2=Lloro continuamente 3=No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta K	Cualitativa	Ordinal	0=No estoy especialmente irritada 1=Me molesto o irrito más fácilmente que antes 2=Me siento irritada continuamente 3=Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta L	Cualitativa	Ordinal	0=No he perdido el interés por los demás 1=Estoy menos interesada en los demás que antes 2=He perdido gran parte del interés por los demás 3=He perdido todo el interés por los demás
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta M	Cualitativa	Ordinal	0=Tomo mis propias decisiones igual que antes 1=Evito tomar decisiones más que antes 2=Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes 3=Me es imposible tomar decisiones
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta N	Cualitativa	Ordinal	0=No creo tener peor aspecto que antes 1=Estoy preocupada porque parezco vieja y poco atractiva 2=Noto cambios constantes en mi aspecto físico 3=Creo que tengo un aspecto horrible
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta O	Cualitativa	Ordinal	0=Trabajo igual que antes 1=Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar hacer algo 2=Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo 3=No puedo hacer nada
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta P	Cualitativa	Ordinal	0=Duermo tan bien como antes 1=No duermo tan bien como antes 2=Me es difícil dormir si despierto antes de lo habitual 3=Me despierto varias horas antes de lo habitual y no duermo

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta Q	Cualitativa	Ordinal	0=No me siento más cansada de lo normal 1=Me canso más que antes 2=Me canso en cuanto hago cualquier cosa 3=Estoy demasiada cansada para hacer nada
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta R	Cualitativa	Ordinal	0=Mi apetito no ha disminuido 1=No tengo tan buen apetito como antes 2=Ahora tengo mucho menos apetito 3=No tengo nada de apetito
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta S	Cualitativa	Ordinal	0=No he perdido peso últimamente 1=He perdido más de 2 Kg 2=He perdido más de 4Kg 3=He perdido más de 7 Kg
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta T	Cualitativa	Ordinal	0=No estoy preocupada por mi salud 1=Me preocupan los problemas físicos, dolores malestares 2=Me preocupa la enfermedad y es difícil pensar en otra cosa 3=Soy incapaz de pensar en otra cosa que la enfermedad
Inventario de Depresión de Beck. Pregunta U	Cualitativa	Ordinal	0=No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo 1=La relación sexual me atrae menos que antes 2=Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes 3=He perdido totalmente el interés sexual
Puntuación total de la paciente con el inventario de Beck	Cuantitativa	Escalar	Puntos totales de 1 a 36
Inventario de Depresión de Beck.	Cualitativa	Ordinal	0-13= No hay depresión 14-17= Depresión leve 18-20= Depresión moderada más de 20= Depresión severa
Escala de Autoevaluación de Adaptación Social. ¿Tiene usted alguna ocupación o trabajo en la actualidad?	Cualitativa	Ordinal	1=Si 2=No
1. ¿Qué tan interesado está usted en su ocupación o trabajo?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
2. ¿Qué tan interesado está usted en las actividades relacionadas con su hogar?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
3. ¿Cómo considera que lleva a cabo usted su trabajo u ocupación?	Cualitativa	Ordinal	0=Sin gusto absoluto 1=Con poco gusto 2=Con gusto 3=Con mucho gusto
4. ¿Qué tan interesado está usted en sus actividades recreativas o de entretenimiento?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
5. ¿Cómo considera usted la calidad de su tiempo libre?	Cualitativa	Ordinal	0=Mala 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena
6. ¿Con qué frecuencia se relaciona o visita a miembros de su familia Esposo, hijos familiares, etc?	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca o casi nunca 1=Muy rara vez 2=Con poca frecuencia 3=Con mucha frecuencia
7. ¿Cómo considera usted la calidad de las relaciones con su familia?	Cualitativa	Ordinal	0=Mala o insatisfactoria 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena
8. ¿Fuera de su familia, qué tanto se relaciona usted con otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
9. ¿Tiene interés por establecer relaciones con otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada de interés 1=Poco interés 2=Regular interés 3=Mucho interés
10. ¿Cómo considera su forma de relacionarse con otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0=Mala 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena
11. ¿Qué tanto valor le da usted a su relación con otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0=Ningún valor 1=Escaso valor 2=Algún valor 3=Gran valor

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable ó códigos
13. ¿Trata usted de observar las normas sociales, los buenos modales, la cortesía, etc?	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=La mayor parte del tiempo 3=Siempre
14. ¿Qué tanto se involucra usted en la vida de su comunidad, como ejemplo en un club, en actividades de la iglesia, en reuniones de vecinos, etc?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
15. ¿Le gusta a usted informarse acerca de cosas, acontecimientos o personas, para así comprenderlos mejor?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
16. ¿Le interesa la información científica, técnica o cultural?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
17. ¿Qué tan a menudo le cuesta trabajo expresar su opinión a otras personas?	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=A menudo 3=Muy a menudo
18. ¿Qué tan a menudo se siente usted rechazado o excluido de su círculo social?	Cualitativa	Ordinal	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=A menudo 3=Muy a menudo
19. ¿Qué tanta importancia le da usted a su apariencia física?	Cualitativa	Ordinal	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho
20. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para manejar sus recursos o sus ingresos económicos?	Cualitativa	Ordinal	0=Siempre 1=Algunas veces 2=Pocas veces 3=Nunca o casi nunca

Puntuación total de la paciente con la Escala de Autoevaluación de Adaptación Social	Cuantitativa	Escalar	Puntos totales de 14 a 62
Interpretación de la Escala de Auto Evaluación de Adaptación Social	Cualitativa	Nominal	> 43=Persona perfectamente adaptada 33 a 42=Persona integrada a través de sus relaciones familiares 26 a 32=Persona integrada a través de su trabajo 23 a 25=Persona excluida <22=Persona socialmente alejada
Grupos de edad por etapas de la vida.	Cualitativa	Ordinal	14 a 18=Adolescentes 19 a 30=Juventud 31 a 49=Adultas >=50=Vejez

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

Depresión (Variable cualitativa)

- Definición conceptual:^{1,2}

Depresión.

Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones, de tipo físico neurovegetativas y otros componentes de tipo psíquico (Falta de concentración, dificultad con la memoria, ánimo, tristeza) también con un componente bioquímico cerebral (trastorno de la utilización de los neurotransmisores; catecolaminas y serotonina) y que mejora con el tratamiento pertinente, además de presentar dificultad en las relaciones interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorando considerablemente la vida laboral, familiar y social, y si no es tratada con la consecuencia más grave que es el suicidio.

- Definición operativa:¹⁸

Grados de depresión: son aquellos que se obtienen de los puntajes obtenidos de cada reactivo que conforma la escala para la detección de depresión de Beck (Anexo 3) Su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma. Los resultados de la escala se evalúan como sigue: de 0 a 13, no hay depresión; de 14 a 20, depresión leve o moderada, más de 20 puntos, depresión severa, se considera que una puntuación por arriba de 19 refleja depresión clínica, por arriba de 24 puntos indican necesidad de tratamiento, posiblemente con un fármaco antidepressivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Adaptación social (variable cualitativa)

- Definición conceptual:¹⁸

Escala de Auto Evaluación de Adaptación Social. (Anexo 4)

Incluye preguntas que exploran las áreas de trabajo y tiempo libre, relaciones familiares y sociales, intereses intelectuales, satisfacción con los roles y auto percepción de la capacidad del paciente para manejar y controlar su entorno.

- Definición operativa:

Puntuación e interpretación: A cada respuesta se asignan de 0 a 3 puntos, que corresponden a una adaptación social mínima y máxima.

El perfil de preguntas permitió identificar cinco grupos:

1. Persona perfectamente adaptada, con un puntaje entre 43 a 49 puntos.
2. Persona integrada a través de sus relaciones familiares, con un puntaje entre 33 a 42 puntos.
3. Persona integrada a través de su trabajo, con un puntaje entre 26 a 32 puntos.
4. Persona excluida, con un puntaje entre 23 a 25 puntos.
5. Persona socialmente alejada, con un puntaje de menos de 22 puntos.

- Tipología familiar:

Según Geyman, referido en Coria²⁴ clasifica a la familia como:
EN BASE A SU ESTRUCTURA.

Según los elementos que la constituyen:

NUCLEAR: Modelo de familia formado por padre, madre e hijos.

EXTENSA: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos sanguíneos.

COMPUESTA: Padre, madre e hijos más alguien que no es familiar, no es sanguíneo.

EXTENSA COMPUESTA: Además de los que incluye la familia extensa, se adicionan otros miembros sin ningún nexo legal, o no consanguíneo.

EN BASE A SU DESARROLLO.

MODERNA: característica esencial que consiste en la incorporación de la mujer al en iguales condiciones que el hombre.

TRADICIONAL: el subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y excepcionalmente la mujer.

PRIMITIVA: se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elaboran.

EN BASE A SU INTEGRACIÓN.

INTEGRADA: en la cual sus cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

SEMI-INTEGRADA: los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.

DESINTEGRADA: es aquella en la cual faltó algunos de los cónyuges, por muerte divorcio, separación o abandono.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN BASE A SU OCUPACIÓN:²⁴

De acuerdo a la ocupación y nivel de estudios de quien da el mayor aporte económico.

PROFESIONAL: nivel de estudios profesionales licenciatura.
OBRAERA: nivel de estudios técnico o de capacitación laboral.
CAMPESINA: labores en el trabajo de campo.

EN BASE A SU UBICACIÓN O DEMOGRAFÍA:

Lugar donde residen:

RURAL.
URBANA.

• **Ciclo vital**

Este esquema propuesto por Geyman en 1980, referido por Coria²⁴ es el que se utiliza con mayor frecuencia en México:

- FASE DE MATRIMONIO.** Inicia cuando 2 deciden vivir juntos y termina con la llegada del primer hijo.
- FASE DE EXPANSIÓN.** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.
- FASE DE DISPERSIÓN.** Todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.
- FASE DE INDEPENDENCIA.** La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias, dura aproximadamente 20 a 30 años.
- FASE DE RETIRO Y MUERTE.** Nido vacío o jubilación. Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, los hijos abandonan a los padres en sus hogares o asilos.²⁵

• **Estado civil de la paciente**

Situación en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.8 Diseño estadístico

1.- **¿Cuál fué propósito estadístico de la investigación?**

Correlacionar los grados de depresión con adaptación social

2.- **¿Cuántos grupos se investigaron?**

Uno, el de mujeres en un rango de edad de 14 a 59 años. El grupo fue dividido a su vez en dos subgrupos: mujeres con y sin depresión.

3.- **¿Cuántas mediciones se realizaron en la unidad de muestreo?**

Se realizó una medición con la aplicación de la encuesta en una sola ocasión y se realizaron las mediciones de manera independiente.

4.- **¿Qué tipos de variables fueron medidas?**

Cuantitativas y cualitativas, la escala de medición escalar y nominal

5.- **¿Qué distribución presentaron los datos obtenidos?**

Las variables cuantitativas, distribución paramétrica.

Las variables cualitativas, con distribución no paramétricas.

6.- **¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?**

No aleatoria, con un muestreo por cuotas

2.9 Instrumentos:

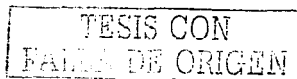
Se utilizaron dos escalas validadas¹⁸

1.- La escala Autoaplicable de Beck, para detectar depresión en las mujeres en este rango de edad, que consta de 21 categorías y de acuerdo a los resultados califica a la depresión en, no hay depresión, depresión leve o moderada y severa

2.- La escala de autoevaluación de adaptación social: cuya finalidad es evaluar la motivación y el comportamiento social del paciente con depresión.

2. 10 Método de recolección de datos.

Prevía autorización de las autoridades de la clínica y utilizando técnica de entrevista dirigida se aplicaron los cuestionarios a las mujeres de 14 a 59 años de edad en ambos turnos de la C.M.F. Dr. Ignacio Chávez en la sala de espera posterior a su consulta con el médico familiar y que desearon participar en el estudio. Se dio lectura al consentimiento de participación voluntaria (Anexo 1), y se autoaplicaron los cuestionarios en un tiempo promedio de 10 minutos. Se contestaron en forma anónima y confidencial, hasta obtener el número establecido en la muestra. Los datos se almacenaron en una base de datos en el programa estadístico SPSS V.10. La captura de datos fue realizada por el autor de este trabajo.



2.11 Maniobras para evitar o controlar sesgos

Se evitaron los diferentes tipos de sesgos recolectando la información de manera personal en la ficha de identificación del estudio y estando presente en el llenado de los dos cuestionarios ya validados como el inventario de Beck para depresión y la escala de autoevaluación de adaptación social. Se resolvieron las dudas que pudieran tener las pacientes en el llenado de estas, la selección de las pacientes fue realizada conforme a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación del estudio. Se reconoce que hay sesgo de selección ya que la muestra fue no aleatoria.

2.12 Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto con 30 unidades de observación. Los resultados de esta prueba fueron utilizados para realizar correcciones en el instrumento de aplicación para la recolección de los datos específicamente en la ficha de identificación en la cual se cambiaron e incluyeron preguntas para poder realizar la clasificación familiar según Geyman, también se decidió realizar un poscódigo de las variables para clasificar directamente a las familias. Se corrigió la autoaplicación de la ficha de identificación por la entrevista dirigida en la sala de espera y se fortaleció la relación con las entrevistadas al resolver sus dudas en la comprensión y entendimiento de las preguntas de las escalas validadas aplicadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.13 Procedimientos estadísticos

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10 con el cual se codificó los datos con códigos numéricos y se realizaron los análisis estadísticos necesarios. El diseño y construcción de la base de datos se realizó de la siguiente manera:

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o Escalar O=Ordinal N=Nominal
folio	N	3 / 0	Numero de folio	Número consecutivo de 1 a 60	Escalar
edad	N	3 / 0	Edad en años	Edad real. Números enteros	Escalar
ocupa	N	3 / 0	Occupación de la paciente	Agrupación post-paciente: 1=Ama de casa 2=Estudiante 3=Obrera 4=Oficio técnico 5=Profesionista 6=Artista 7=Empleada 8=Comerciante 9=Jubilada o Pensionada	Nominal
consul	N	3 / 0	Número de consultorio	1=1 2=2 3=3 4=4 5=5 6=6 7=7 8=8 9=9 10=16 11=17 12=20 13=21	Escalar
turno	N		Turno	1=Matutino 2=Vespertino	Nominal
edociv	N	3 / 0	Estado civil de la paciente	1=Casada 2=Soltera 3=Viuda 4=Divorciada 5=Unión libre 6=Separada	Nominal
tifamest	N	3 / 0	Tipología Familiar según Geyman en base a su Estructura	1=Nuclear 2=Extensa 3=Compuesta 4=Extensa-compuesta	Nominal
tifamdes	N	3 / 0	Tipología Familiar según Geyman en base a su Desarrollo	1=Moderna 2=Tradicional	Nominal
tifamint	N	3 / 0	Tipología Familiar según Geyman en base a su Integración	1=Integrada 2=Semi-integrada 3=Desintegrada	Nominal
tifamocu	N	3 / 0	Tipología	1=Profesional 2=Obrera	Nominal

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico o S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o Escalar O=Ordinal N=Nominal
			Familiar según Geyman en base a su Ocupación	3=Campesina	
tifandem	N	3 / 0	Tipología Familiar según Geyman en base a su Demografía	1=Rural 2=Urbana	Nominal
ciclovit	N	3 / 0	Etapas del Ciclo Vital de la Familia	1=Matrimonio 2=Expansión 3=Dispersión 4=Independencia 5=Retiro o muerte	Nominal
inbeckpa	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta A	0=no me siento triste 1=Me siento triste 2=Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3=Estoy tan triste que no lo puedo soportar	Escalar
inbeckpb	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta B	0=No me siento especialmente desanimada de cara al futuro 1=Estoy desilusionada del futuro 2=Siento que no hay nada por lo que luchar 3=El futuro es desesperanzador y las cosas no cambiarán	Escalar
inbeckpc	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta C	0=No me siento como una fracasada 1=He fracasado más que la mayoría de las personas 2=Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso 3=Soy un fracaso total como persona	Escalar

Nombre De la Variable (Ncaracteres)	Tipo N=Numérico o S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
inbeckpd	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta D	0=Las cosas me satisfacen tanto como antes 1=No disfruto de las cosas como antes 2=Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas 3=Estoy insatisfecha con respecto a todo	Escalar
Inbeckpe	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta E	0=No me siento especialmente culpable 1=Me siento culpable en bastantes ocasiones 2=Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones 3=Me siento culpable constantemente	Escalar
Inbeckpf	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta F	0=No creo que este siendo castigada 1=Siento que quizá esté siendo castigada 2=Espero ser castigada 3=Me siento que he sido castigada	Escalar
Inbeckpg	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta G	0=No estoy descontenta de mi misma 1=Estoy descontenta de mi misma 2=Estoy a disgusto con migo misma 3=Me detesto	Escalar
Inbeckph	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta H	0=No me siento peor que nadie 1=Me critico por mi debilidad o mis errores 2=Continuamente me culpo por mis faltas 3=Me culpo por todo lo malo que sucede	Escalar

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico O=S-Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
Inbeckpi	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta I	0=No tengo ningún pensamiento de suicidio 1=A veces pienso en suicidarme pero no lo are 2=Desearía poner fin a mi vida 3=Me mataría si pudiera	Escala
Inbeckpj	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta J	0=No lloro más de lo normal 1=Ahora lloro más que lo normal 2=Lloro continuamente 3=No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	Escala
Inbeckpk	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta K	0=No estoy especialmente irritada 1=Me molesto o irrito más fácilmente que antes 2=Me siento irritada continuamente 3=Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	Escala
Inbeckpl	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta L	0=No he perdido el interés por los demás 1=Estoy menos interesada en los demás que antes 2=He perdido gran parte del interés por los demás 3=He perdido todo el interés por los demás	Escala
Inbeckpm	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta M	0=Tomo mis propias decisiones igual que antes 1=Evito tomar decisiones más que antes 2=Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que	Escala

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico O=S-Cadena	Ancho De La columna Enteros/Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
				antes 3=Me es imposible tomar decisiones	
Inbeckpn	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta N	0=No creo tener peor aspecto que antes 1=Estoy preocupada porque parezco vieja y poco atractiva 2=Nota cambios constantes en mi aspecto físico 3=Creo que tengo un aspecto horrible	Escalar
Inbeckpo	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta O	0=Trabajo igual que antes 1=Me cuesta más esfuerzo que lo habitual comenzar hacer algo 2=Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo 3=No puedo hacer nada	Escalar
Inbeckpp	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta P	0=Duelmo tan bien como antes 1=No duermo tan bien como antes 2=Me es difícil dormir si despierto antes de lo habitual 3=Me despierto varias horas antes de lo habitual y no duermo	Escalar
Inbeckpq	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta Q	0=No me siento más cansada de lo normal 1=Me canso más que antes 2=Me canso en cuanto hago cualquier cosa 3=Estoy demasiada cansada para hacer nada	Escalar
Inbeckpr	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta R	0=Mi apetito no ha disminuido 1=No tengo tan buen apetito como antes 2=Ahora tengo	Escalar

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
				mucho menos apetito 3=No tengo nada de apetito	
Inbeckps	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta S	0=No he perdido peso últimamente 1=He perdido más de 2 Kg 2=He perdido más de 4Kg 3=He perdido más de 7 Kg	Escalar
Inbeckpt	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta T	0=No estoy preocupada por mi salud 1=Me preocupan los problemas físicos, dolores malestares 2=Me preocupa la enfermedad y es difícil pensar en otra cosa 3=Soy incapaz de pensar en otra cosa que la enfermedad	Escalar
Inbeckpu	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck. Pregunta U	0=No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo 1=La relación sexual me atrae menos que antes 2=Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes 3=He perdido totalmente el interés sexual	Escalar
Ptobeck	N	3 / 0	Puntuación total de la paciente con el inventario de Beck	Puntos totales de 1 a 36	Escalar
Diagbeck	N	3 / 0	Inventario de Depresión de Beck.	0-13= No hay depresión 14-17= Depresión leve 18-20= Depresión moderada más de 20= Depresión severa	Escalar

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico o S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
Eadsop	N	3 / 0	Escala de Autoevaluación de Adaptación Social. ¿Tiene usted alguna ocupación o trabajo en la actualidad?	1=Si 2=No	Nominal
eadsop1	N	3 / 0	1. ¿Qué tan interesado está usted en su ocupación o trabajo?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop2	N	3 / 0	2. ¿Qué tan interesado está usted en las actividades relacionadas con su hogar?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop3	N	3 / 0	3. ¿Cómo considera que lleva a cabo usted su trabajo u ocupación?	0=Sin gusto absoluto 1=Con poco gusto 2=Con gusto 3=Con mucho gusto	Ordinal
eadsop4	N	3 / 0	4. ¿Qué tan interesado está usted en sus actividades recreativas o de entretenimiento?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop5	N	3 / 0	5. ¿Cómo considera usted la calidad de su tiempo libre?	0=Mala 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena	Ordinal
eadsop6	N	3 / 0	6. ¿Con qué frecuencia se relaciona o visita a miembros de su familia Esposo, hijos familiares, etc?	0=Nunca o casi nunca 1=Muy rara vez 2=Con poca frecuencia 3=Con mucha frecuencia	Ordinal

Nombre De la Variable (8caracteres)	Tipo N=Numérico S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
eadsop7	N	3 / 0	7.¿Cómo considera usted la calidad de las relaciones con su familia?	0=Mala o insatisfactoria 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena	Ordinal
eadsop8	N	3 / 0	8.¿Fuera de su familia, qué tanto se relaciona usted con otras personas?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop9	N	3 / 0	9.¿Tiene interés por establecer relaciones con otras personas?	0=Nada de interés 1=Poco interés 2=Regular interés 3=Mucho interés	Ordinal
eadsop10	N	3 / 0	10.¿Cómo considera su forma de relacionarse con otras personas?	0=Mala 1=Regular 2=Buena 3=Muy buena	Ordinal
eadsop11	N	3 / 0	11.¿Qué tanto valor le da usted a su relación con otras personas?	0=Ningún valor 1=Escaso valor 2=Algún valor 3=Gran valor	Ordinal
eadsop12	N	3 / 0	12.¿Qué tan a menudo las personas de su círculo social buscan ponerse en contacto con usted?	0=Nunca o casi nunca 1=Rara vez 2=A menudo 3=Muy a menudo	Ordinal
eadsop13	N	3 / 0	13.¿Trata usted de observar las normas sociales, los buenos modales, la cortesía, etc?	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=La mayor parte del tiempo 3=Siempre	Ordinal

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
eadsop14	N	3 / 0	14.¿Qué tanto se involucra usted en la vida de su comunidad, como ejemplo en un club, en actividades de la iglesia, en reuniones de vecinos, etc?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop15	N	3 / 0	15.¿Le gusta a usted informarse acerca de cosas, acontecimientos o personas, para así comprenderlos mejor?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop16	N	3 / 0	16.¿Le interesa la información científica, técnica o cultural?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop17	N	3 / 0	17.¿Qué tan a menudo le cuesta trabajo expresar su opinión a otras personas?	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=A menudo 3=Muy a menudo	Ordinal
eadsop18	N	3 / 0	18.¿Qué tan a menudo se siente usted rechazado o excluido de su círculo social?	0=Nunca o casi nunca 1=Pocas veces 2=A menudo 3=Muy a menudo	Ordinal
eadsop19	N	3 / 0	19.¿Qué tanta importancia le da usted a su apariencia física?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
eadsop20	N	3 / 0	20.¿Con qué frecuencia tiene usted problemas	0=Siempre 1=Algunas veces 2=Pocas veces	Ordinal

Nombre De la Variable (Caracteres)	Tipo N=Numérico S=Cadena	Ancho de La columna Enteros/ Decimales	Etiqueta (Nombre completo de la variable)	Valores que toma la variable (códigos)	Escala de medición S=continua o escalar O=Ordinal N=Nominal
			para manejar sus recursos o sus ingresos económicos?	3=Nunca o casi nunca	
eadsop21	N	3 / 0	21.¿Se siente usted capaz de organizar su entorno o el ambiente que lo rodea de acuerdo con sus deseos y sus necesidades?	0=Nada o casi nada 1=Poco 2=Regular 3=Mucho	Ordinal
Ptoeadso	N	3 / 0	Puntuación total de la paciente con la Escala de Autoevaluación de Adaptación Social	Puntos totales de 14 a 62	Escalar
Inteadso	N	3 / 0	Interpretación de la Escala de Auto Evaluación de Adaptación Social	> 43=Persona perfectamente adaptada 33 a 42=Persona integrada a través de sus relaciones familiares 26 a 32=Persona integrada a través de su trabajo 23 a 25=Persona excluida <22=Persona socialmente alejada	Escalar
grupedad	N	3 / 0	Grupos de edad por etapas de la vida.	14 a 18=Adolescentes 19 a 30=Juventud 31 a 49=Adultas >=50=Vejez	Escalar

2.14 Cronograma Mensual.

Meses 2002-2003	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Etapas/actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Etapas de planeación del proyecto	X	X											
Marco teórico	X	X	X	X									
Material y métodos			X	X									
Registro y autorización del proyecto			X	X									
Prueba piloto				X	X								
Etapas de ejecución del proyecto						X	X	X					
Recolección de datos									X	X			
Almacenamiento de los datos										X	X		
Análisis de los datos											X	X	
Descripción de los resultados													X
Discusión de los resultados													X
Conclusiones del estudio													X
Integración y revisión final													X
Reporte final													X
Autorizaciones													X
Impresión del trabajo final													X
Solicitud del trabajo de tesis													X

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

En este estudio participaron tres compañeros residentes del tercer año de la especialidad de medicina familiar en la aplicación de los cuestionarios. En cuanto a los recursos materiales se utilizó una computadora pentium 4 personal, disquetes de 3 ½ y CD-R de 700MB para el almacenamiento de la información generada; hojas de tamaño carta blancas para imprimir los resultados, y 210 fotocopias de los cuestionarios aplicados, 50 lápices del 2 ½ con borrador, etc. Se utilizaron las dos salas de espera de la Clínica de Medicina Familiar Dr. "Ignacio Chávez" ISSSTE para la aplicación de las encuestas. El financiamiento del estudio fue cubierto totalmente por el autor del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.16 Consideraciones éticas:

De acuerdo a la declaración de Helsinki²⁵ de la asociación médica mundial, los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Parte B.- principios básicos para toda investigación médica. Punto 10 menciona que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano en toda investigación por lo que:

- Punto 20. Se solicitó la participación voluntaria, anónima e informada de las mujeres entre 14 a 59 años.
- Punto 21. Se respetó la decisión de las mujeres que no aceptaron participar. Los resultados que se obtuvieron con estas escalas, serán manejados de manera confidencial y únicamente empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación.

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud²⁶ de la secretaria de salud de 1987; menciona en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I.- disposiciones comunes, artículo 17.- riesgo de la investigación, categoría I que es una investigación sin riesgo. Artículo 20.- donde se menciona el consentimiento informado, para autorizar la participación del sujeto en la investigación con pleno conocimiento del procedimiento, riesgo y la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

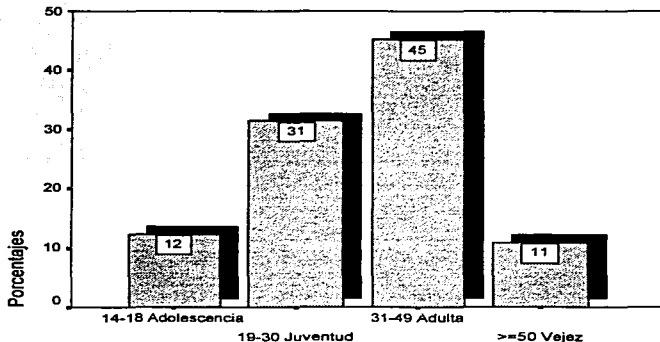
3. RESULTADOS.

Se aplicaron 210 encuestas a mujeres.

Las 210 mujeres encuestadas tuvieron un mínimo de edad de 14 años a un máximo de 59 años con una media de 33.39 años y desviación estándar de 11.35 años.

En la figura 1 se muestra la distribución de la población encuestada por grupos de edad.

FIGURA 1.
GRUPOS DE EDAD EN MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002



Grupos de edad por etapas de la vida.

Fuente: Encuestas aplicadas.
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró en la variable ocupación de las pacientes nueve ocupaciones diferentes de las cuales las amas de casa obtuvieron el mayor porcentaje, el menor lo obtuvieron los artistas, jubiladas y pensionadas como se muestra en la tabla 4.

TABLA 4.
OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002.

	frecuencia	porcentaje
Ama de casa	83	39.5
Estudiante	33	15.7
Obrera	5	2.4
Oficios técnicos	16	7.6
Profesionistas	22	10.5
Artistas	2	1.0
Empleada	36	17.1
Comerciante	11	5.2
Jubilada o Pensionada	2	1.0
Total	210	100.0

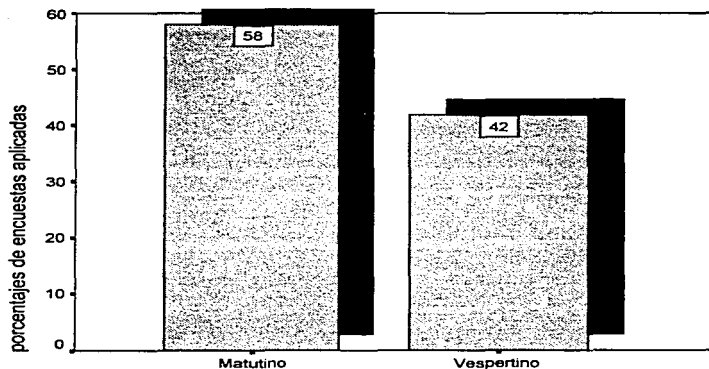
Fuente: Encuestas aplicadas.
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la figura 2 se muestra el porcentaje de encuestas aplicadas a las mujeres por turno, se aplicaron 122 en el matutino y 88 en el vespertino.

FIGURA 2.

ENCUESTAS APLICADAS POR TURNO EN MUJERES
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002.



Turno

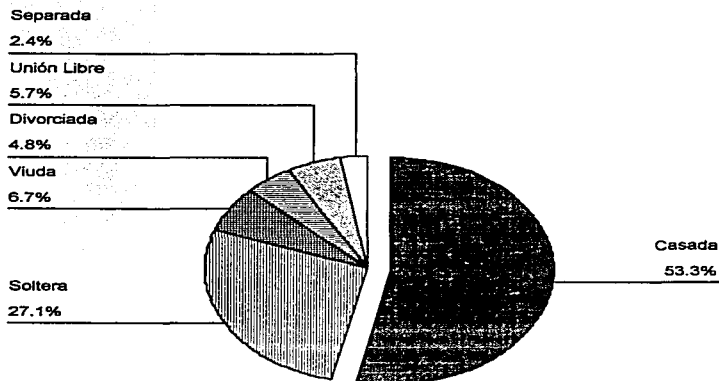
Fuente: Encuestas aplicadas
n= 210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo referente al estado civil de las pacientes hubo, 112 para las casadas lo que obtuvo el mayor número de casos seguido de las solteras con 57, viudas 14, divorciadas 10, en unión libre 12 y la menor frecuencia para las separadas con 5 de frecuencia como se observa en la figura 3.

FIGURA 3.

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHAVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002.



Fuente: Encuestas aplicadas.
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a la Tipología Familiar según Geyman en las pacientes encuestadas se encontraron los siguientes datos establecidos en la tabla 5.

TABLA 5.
TIPOLOGIA FAMILIAR SEGÚN GEYMAN DE MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR."IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002.

SEGÚN SU ESTRUCTURA	CASOS	PORCENTAJE
Nuclear	142	67.6
Extensa	59	28.1
Compuesta	9	4.3
Total	210	100.0
SEGUN SU DESARROLLO	CASOS	PORCENTAJE
Moderna	100	47.6
Tradicional	110	52.4
Total	210	100.00
SEGUN SU INTEGRACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
Integrada	166	79
Desintegrada	44	21
Total	210	100.00
SEGUN SU OCUPACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
Profesional	39	18.6
Obrera	171	81.4
Total	210	100.00
SEGUN SU DEMOGRAFÍA	CASOS	PORCENTAJE
Urbana	210	100.00

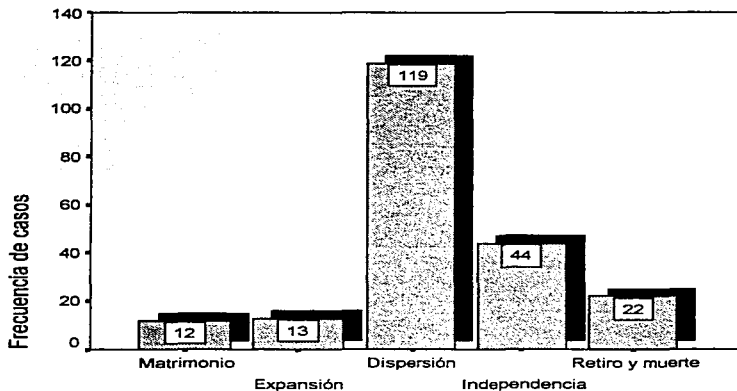
Fuente: Encuestas aplicadas.
n= 210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se estudio la etapa del ciclo vital de la familia y de acuerdo al número de encuestas aplicadas al grupo de mujeres se encontró, mayor porcentaje en la dispersión con 56.7%, seguido de la independencia 21%, retiro o muerte 10.5%, expansión 6.2% y por ultimo el matrimonio con 5.7%, como se observa en la figura 4.

FIGURA 4.

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA EN LAS MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHAVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002



Etapa del Ciclo Vital de la Familia

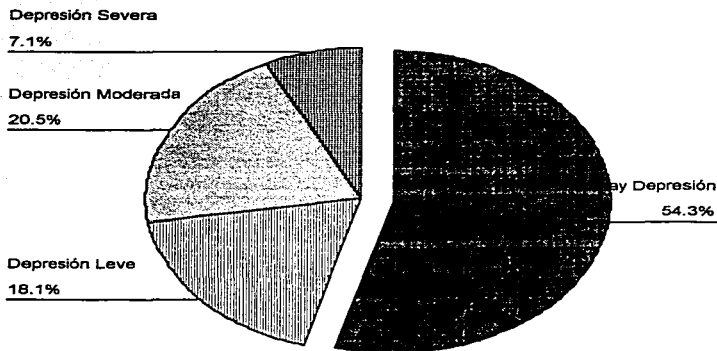
Fuente: Encuestas aplicadas.
n= 210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró en el inventario de depresión de Beck, a 114 casos sin depresión de las 210 encuestadas, 43 casos con depresión moderada, 38 con depresión leve y 15 casos de depresión severa. Lo cual se representa en la figura 5.

FIGURA 5.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002.



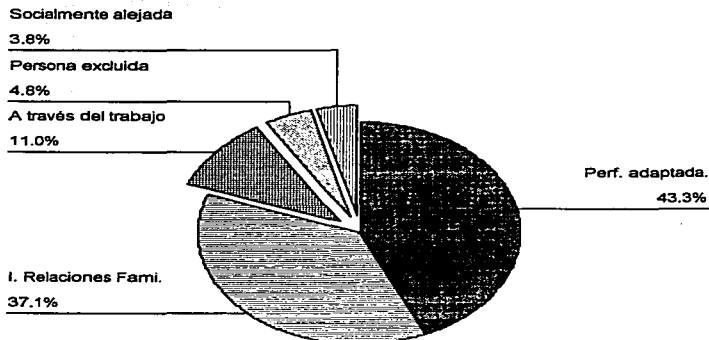
Fuente: Encuestas aplicadas.
n= 210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a la interpretación de la escala de auto evaluación social se obtuvo una frecuencia de 91 para personas perfectamente adaptadas, 78 para personas integradas a través de sus relaciones familiares (I. Relaciones Fami), 23 personas integradas a través de su trabajo, 10 personas excluidas y 8 personas socialmente alejadas, el porcentaje calculado por cada condición se muestra en la figura 6.

FIGURA 6.

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN SOCIAL EN MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIOCHAVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002



Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para analizar las correlaciones entre la depresión, las diferentes variables demográficas y la adaptación social se calcularon pruebas estadísticas con Ji cuadrada, y los coeficientes de correlación (r) Phi, V de Cramer y coeficiente de contingencia.

Se considero como significancia estadística a una $p < 0.05$.

Se encontraron los siguientes resultados.

En lo referente a la relación entre la depresión y los grupos de edad, se encontró una asociación insignificante con coeficientes de correlación menores de 0.20, pero con significancia estadística por una $p < 0.05$; se demuestra que las mujeres encuestadas en los grupos de edad de adultas y viejas proporcionalmente se deprimen más que las adolescentes y jóvenes; como lo muestra la tabla 6.

TABLA 6.
RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD EN MUJERES
ENCUESTADAS EN C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

		Grupos de edad en dos subgrupos		Total
		Adolescentes y jóvenes	Adultos y viejos	
Depresión en dos subgrupos	Sin depresión	58	56	114
	Con depresión (leve, moderada o severa)	34	62	96
	Total	92	118	210

Prueba estadística	Resultado
Ji cuadrada	0.024
Coefficiente Phi	0.155
V de Cramer	0.155
Coefficiente de contingencia	0.153

Significancia estadística
p = 0.02
P = 0.02
p = 0.02
P = 0.02

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a la ocupación relacionada con depresión se realizó una recodificación a dos subgrupos en la que se observó que las mujeres con una ocupación no remunerada (amas de casa y estudiantes) se deprimen más que las que tienen una remuneración por su ocupación en las que se agruparon a las obreras, oficios técnicos, profesionistas, artistas, empleadas, comerciantes y jubiladas o pensionadas; no se obtuvo una significancia estadística por una $p = 0.09$, así como su correlación fue ligera con coeficientes de correlación menores de 0.20, los resultados se observan en la tabla 7.

TABLA 7.

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN DE MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

		Ocupación recodificada a dos subgrupos		Total
		Ocupación no remunerada	Ocupación remunerada	
Depresión en dos subgrupos	Sin depresión	57	57	114
	Con depresión (leve, moderada o severa)	59	37	96
	Total	116	94	210

Prueba estadística	Resultado
Ji cuadrada	0.096
Coefficiente Phi	-0.115
V de Cramer	0.115
Coefficiente de contingencia	0.114

Significancia estadística
$p = 0.09$
$P = 0.09$
$p = 0.09$
$P = 0.09$

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La variable estado civil de las pacientes relacionada con el grado de depresión se observó que las casadas se deprimen más que las no casadas, con una correlación nula con $r=0.0$ y no estadísticamente significativa, se describe en la tabla 8.

TABLA 8.

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL DE MUJERES ENCUESTADAS
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

		Estado civil recodificado a dos subgrupos		Total
		Casadas	No casadas	
Depresión en dos subgrupos	Sin depresión	58	56	114
	Con depresión (leve, moderada o severa)	54	42	96
	Total	112	98	210

Prueba estadística	Resultado
Jí cuadrada	0.437
Coefficiente Phi	-0.054
V de Cramer	0.054
Coefficiente de contingencia	0.054

Significancia estadística
p=0.43
P=0.43
p=0.43
P=0.43

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la tabla 9 se muestran los resultados obtenidos de la relación existente entre la tipología familiar y la depresión.

TABLA 9.
RELACION ENTRE TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN GEYMAN Y DEPRESIÓN
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

				Total
		Sin depresión	Con depresión	
Tipología familiar recodificada a dos subgrupos según su estructura	Nuclear	85	57	142
	No nuclear	29	39	68
	Total	114	96	210

Prueba estadística	Resultado	Significancia estadística
Ji cuadrada	0.019	p =0.01
Coefficiente Phi	-0.162	p =0.01
V de Cramer	0.162	p =0.01
Coefficiente de contingencia	0.160	p =0.01

				Total
		Sin depresión	Con depresión	
Tipología Familiar según Geyman en base a su desarrollo	Moderna	61	39	100
	Tradicional	53	57	110
	Total	114	96	210

Prueba estadística	Resultado	Significancia estadística
Ji cuadrada	0.063	p =0.06
Coefficiente Phi	-0.129	p =0.06
V de Cramer	0.129	p =0.06
Coefficiente de contingencia	0.127	p =0.06

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Continúa.

TABLA 9.
RELACION ENTRE TIPOLOGÍA FAMILIAR SEGÚN GEYMAN Y DEPRESIÓN
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

				Total
		Sin depresión	Con depresión	
Tipología Familiar según Geyman en base a su Integración	Integrada	91	75	166
	Desintegrada	23	21	44
	Total	114	96	210

Prueba estadística	Resultado	Significancia estadística
Ji cuadrada	0.763	p =0.76
Coefficiente Phi	-0.021	p =0.76
V de Cramer	0.021	p =0.76
Coefficiente de contingencia	0.021	p =0.76

				Total
		Sin depresión	Con depresión	
Tipología Familiar según Geyman en base a su Ocupación	Profesional	23	16	39
	Obrera	91	80	171
	Total	114	96	210

Prueba estadística	Resultado	Significancia estadística
Ji cuadrada	0.515	p =0.51
Coefficiente Phi	-0.045	p =0.51
V de Cramer	0.045	p =0.51
Coefficiente de contingencia	0.045	p =0.51

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De la comparación entre el ciclo vital de la familia y depresión se obtuvo que las mujeres que se encuentran en el subgrupo de matrimonio, expansión o dispersión se deprimen más que las del subgrupo de independencia o retiro; se encontró significancia estadística con $p=0.00$, y los coeficientes de correlación presentaron una relación insignificante; los resultados se reportan en la tabla 10.

TABLA 10.

RELACION ENTRE CICLO VITAL DE LA FAMILIA Y DEPRESIÓN
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

		Ciclo vital de la familia recodificado		Total
		Matrimonio o expansión o dispersión	Independencia o retiro	
Depresión en dos subgrupos	Sin depresión	88	26	114
	Con depresión (leve, moderada o severa)	56	40	96
	Total	144	66	210

Prueba estadística	Resultado
Ji cuadrada	0.003
Coefficiente Phi	-0.202
V de Cramer	0.202
Coefficiente de contingencia	0.198

Significancia estadística
$p=0.009$
$p=0.009$
$p=0.009$
$p=0.009$

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo referente a la relación entre la escala de autoevaluación social con los grados de depresión se realizaron dos subgrupos en donde las mujeres adaptadas socialmente que incluye a las mujeres perfectamente adaptadas, integradas a través de sus relaciones familiares e integradas a través de su trabajo se encuentran más deprimidas que las mujeres no adaptadas socialmente en donde se encuentran a las mujeres excluidas y las socialmente alejadas; se encuentra significancia estadística con $p = 0.00$, y los índices de correlación estadísticos con $r = 0.26$, con correlación baja, relación definida pero pequeña. Los resultados obtenidos se describen en la tabla 11.

TABLA 11.
LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN RELACIÓN
CON LOS GRADOS DE DEPRESIÓN DEL INVENTARIO DE BECK
C.M.F. DR. "IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2002

		Adaptación social recodificada		Total
		Adaptadas socialmente	No adaptadas socialmente	
Depresión en dos subgrupos	Sin depresión	112	2	114
	Con depresión (leve, moderada o severa)	80	16	96
Total		192	18	210

Prueba estadística	Resultado
Ji cuadrada	0.000
Coefficiente Phi	-0.265
V de Cramer	0.265
Coefficiente de contingencia	0.256

Significancia estadística
$p = 0.009$
$p = 0.009$
$p = 0.009$
$p = 0.009$

Fuente: Encuestas aplicadas
n=210.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se detectó depresión en mujeres entre 14 a 59 años, en la C.M.F. Dr. "Ignacio Chávez" del ISSSTE, la cual se correlaciono de manera muy baja con el grado de adaptación social, la tipología familiar y variables demográficas en la mujer.

Respecto a la distribución de las mujeres encuestadas por edad se realizaron 4 grupos de edad por etapas de la vida para facilitar su distribución con la depresión. El perfil demográfico de las mujeres estudiadas esta compuesto fundamentalmente en un grupo de edad adulta, esto puede deberse a que las mujeres en este grupo de edad es el tipo de usuarias más frecuentes en esta unidad médica.

En lo referente a la frecuencia con que se presento la depresión por turno en la C.M.F. Dr. "Ignacio Chávez", se registraron el mayor numero de casos en el matutino es explicado por el mayor numero de encuestas aplicadas en esté, ya que en el vespertino el numero de pacientes demandantes de consulta es menor, y en el estudio no se especifica encuestas equitativas.

En la variable estado civil se encontró, como lo señala Jenkins y Kleinman¹⁵ en su capítulo de aspectos psicosociales de la depresión, en las condiciones actuales de la cultura en los países occidentales, el cuadro depresivo aparece más ligado a los modos de vida y expresión de la mujer, que a los del hombre ya que este expresa mas a menudo sus emociones por conflictos maritales o de roles y la mujer le es mas difícil, sin un trabajo extra del de ama de casa y que su rol de mujer no le permite expresar sus emociones, en este estudio se mantiene esta misma línea en donde las mujeres casadas tienen mayor frecuencia de depresión.

La clasificación de las familias de estas mujeres se realizo según Geyman referido por Coria.²⁴ Y se encontró que la mayoría son familias nucleares, tradicionales, integradas y obreras por lo que el riesgo de depresión en estas familias es mayor ya que son familias que son integradas por mujeres con roles establecidos como amas de casa; como lo señala Jenkins y Kleinman¹⁵

La etapa del ciclo vital que se encontró con mayor frecuencia es la dispersión, y es en esta etapa en la que los hijos se encuentran en plena adolescencia y la mujer en su rol de mamá se ve sometida nuevos retos.

La frecuencia con la que se presento la depresión en las mujeres encuestadas con el inventario de Beck, se encontró que mas de la mitad no presenta depresión, la depresión obtiene una frecuencia del 45.71% del total de las pacientes encuestadas. Esto es semejante a lo encontrado en estudios mexicanos recopilados por Díaz¹⁸ en donde menciona que la frecuencia total de trastornos emocionales en una Unidad Médica Familiar es de 43%, lo que indica que, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante. Esto contrasta con Moreno¹² que menciona una frecuencia del trastorno depresivo del 10 a 20 % en una Clínica de Medicina Familiar.

Respecto a la escala de autoevaluación social se obtuvo que la mayoría de las pacientes se adaptan a la sociedad por algún medio y pocas son las que son excluidas o alejadas socialmente.

Con respecto a las correlaciones entre depresión, las variables demográficas y la adaptación social se obtuvo lo siguiente:

En lo referente a la correlación entre la depresión y el subgrupo de edad las mujeres en edad adulta y viejas, se relacionan más con depresión que las adolescentes y jóvenes en esta unidad médica. Es semejante a lo obtenido por Kaplan⁹ en estudios hechos en los Estados Unidos. Pero contrasta con lo mencionado por Padilla y Peláez, referido por Díaz¹⁸ en estudios mexicanos en 1985, en donde menciona que los jóvenes se deprimen más que los ancianos.

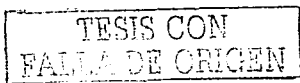
Se observó que la relación entre los subgrupos de ocupación y depresión, se encontró mayor asociación con las mujeres con una ocupación no remunerada entre las que se encuentran las amas de casa y estudiantes, esto lo explica Jenkins¹⁵ que menciona que la depresión es más frecuente en la mujer por causas de orden social, la vulnerabilidad de la mujer, la cual se asocia estrechamente con su estatus marital, condiciones laborales y roles en la sociedad.

En la variable estado civil y su relación con la depresión existe, que las casadas se deprimen más que las no casadas, lo que es semejante a lo encontrado por Pelicier referido por Sogi.¹⁶ Pero difiere con lo referido por Kaplan⁹ donde menciona que la depresión ocurre en personas divorciadas o separadas.

En relación con los aspectos de la tipología familiar los resultados corresponden a la distribución típica de la sociedad mexicana en áreas urbanas, donde se encuentran familias de tipo nuclear, tradicional, integrada, obrera, en las que en este estudio se encuentran la mayoría de las mujeres con algún grado de depresión.

De la comparación del subgrupo del ciclo vital de la familia y depresión corresponde en gran medida a las características del estado civil de las pacientes de modo general, donde se encontró que las mujeres en matrimonio o expansión o dispersión son las de mayor relación con depresión.

Por lo que respecta a la adaptación social y su correlación con la depresión se encontró que las mujeres con depresión se encuentran adaptadas socialmente, en contraste con Olfson referido por Díaz¹⁸ en donde encontró que, las personas con sintomatología depresiva presentan 7.7 veces más deterioro de la actividad social, familiar y laboral que las pacientes sin síntomas. Y Bhatia¹⁰ hace mención en sus factores de riesgo en mujeres para depresión, la pérdida de sistemas de soporte social o amenaza de tal pérdida.



4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, ejes de acción y áreas de estudio de la medicina familiar.

Gallo²⁷ menciona que el médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

El área de atención a la familia también se registro como variable en la que se visualizo su ciclo vital ya que este se encuentra periódicamente sometido a crisis normativas y no normativas, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. La familia tiene dos vertientes uno positivo que es fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y en la resolución de problemas y el aspecto negativo como generadora de enfermedad y perpetuar son síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas por lo que en este estudio se clasifica a la familia según Geyman el cual realiza la diferenciación en base a su estructura, desarrollo, integración, ocupación y demografía para tener una visión de en que familia existen mayor riesgo de padecer depresión, así como la adaptabilidad social que se presenta con las pacientes con algún grado de depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. CONCLUSIONES

A través de la investigación se cumplió el objetivo propuesto, que era investigar la correlación de la depresión de mujeres que acudieron a consulta con el medico familiar, y la adaptación social así como con los aspectos demográficos de las pacientes.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se concluyo lo siguiente:

1. El grupo de edad por etapas de la vida en las mujeres encuestadas de mayor frecuencia es la de la etapa adulta entre 31 a 49 años.
2. En la ocupación, las amas de casa son las de mayor frecuencia.
3. Las casadas obtuvieron la mayor frecuencia.
4. De acuerdo a la tipología familiar las pacientes pertenecen a familias nucleares, tradicionales, integradas y obreras en mayor frecuencia.
5. En relación con el ciclo vital de la familia la etapa en la que se encuentra la frecuencia mayor es la dispersión.
6. El grado de depresión en el total de mujeres encuestadas fue en orden de frecuencia depresión moderada, depresión leve y depresión severa.
7. En la escala de autoevaluación de adaptación social se obtuvo que las mujeres encuestadas son personas en orden de frecuencia perfectamente adaptadas, integradas por sus relaciones familiares, integradas a través de su trabajo, personas excluidas y socialmente alejadas.
8. Las mujeres entre 31 a 59 años de edad se deprimen más que el resto de las mujeres encuestadas.
9. La depresión se relaciona más con las mujeres en edad adulta y viejas que con las adolescentes y jóvenes.
10. La depresión se asocia más a mujeres con una ocupación no remunerada.
11. Las mujeres casadas se relacionan más con la depresión que las no casadas.
12. Las mujeres en matrimonio o expansión o dispersión se asocian más a depresión que las que se encuentran en independencia o retiro del ciclo vital de la familia.
13. Las mujeres con depresión se encuentran adaptadas socialmente.

5.1 Propuestas:

Sería conveniente implementar la aplicación de un cuestionario con validez para depresión en la consulta diaria, en las pacientes con factores de riesgo y sospecha clínica para facilitar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado de los pacientes, o su referencia a compañeros especialistas, así como para la prevención de la enfermedad.

Implementar programas de prevención y apoyo a las mujeres llevados a cabo por el equipo multidisciplinario de salud en el cual se involucre a las familias de las pacientes, en busca de redes de apoyo para pacientes adultos en plenitud, enfocándose a problemas específicos, como superar las crisis normativas y no normativas del ciclo vital familiar, el convivir con un adolescente en la familia, etc.

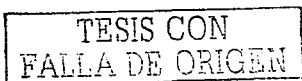
El realizar de manera cotidiana por el médico familiar del diagnóstico de salud familiar en su actividad clínica a pacientes con sintomatología depresiva o al paciente que lo amerite, ya que esto nos permite brindar una atención integral y continua con mayor facilidad.

Es necesario realizar más estudios con respecto a la depresión en mujeres para conocer sus características clínicas, estrategias de detección temprana y esquemas terapéuticos efectivos, para tratar de prevenir que aumente el número de personas deprimidas o las consecuencias graves de las ya diagnosticadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Referencias.

- 1-De la Fuente R. Psicología Médica. 2ª ed. México: Fondo de cultura económica; 1992. p.109,110,438-449.
- 2-Moreno CS. Detección de depresión y disfunción familiar en un grupo de adolescentes de educación media superior. Tesis de medicina familiar. Curso de especialización en medicina familiar. U.N.A.M. México; Febrero 2001.11-23.
- 3-Magill MK, Garrett RW. Problemas psiquiátricos y conductuales. En: Taylor RB, director. Medicina de Familia: Principios y Práctica. 3ª ed. España: Doyma; 1991. p. 585-615.
- 4-Martell GVA. I curso fasciclar sobre Manejo y Tratamiento de la depresión. Revista educativa para la salud 2002; 58(1 Supl 3): 1-11.
- 5-Strock M, Blehar M, Rudorfer M, Spearing M, Wittenberg C, Frank R et al. Depression: What Every Woman Should Know. National Institute of Mental Health 2000 Agust; No 00-4779: [25 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.nimh.nih.gov/>
- 6-Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos del estado de animo (323). Masón, 4ª ed. Barcelona, España: 1996. p. 20.
- 7-Shelton RC, Simon GE, Stahl SM, Treisman GJ, Williams JW. Tratamiento de la depresión. Atención Médica 2000;13 (3): 51-60.
- 8-Illescas RR. El diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Atención Médica 1999; 12 (2): 51-57.
- 9-Kaplan HI. Psicoterapia, terapias biológicas. En: Kaplan HI, Sadak BJ, directores. Sinopsis de la Psiquiatría, ciencias de la conducta, Psiquiatría clínica. 8ª ed. Baltimore: Panamericana; 1998. p.1009, 1075-1083.
- 10-Bhatia SC, Bhatia SK. Depression in Women: Diagnostic and treatment considerations. American Academy of Family Physician 1999 July;60(1):[14 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.aafp.org/family/afp/index.html>
- 11- Webb MR, Dietrich AJ, Katon W, Schwenk TL. About This Monograph. American Academy of Family physician 2000 November; [36 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.aafp.org/afp/monograph/2002/index.html>
- 12-Moreno LME, Lirola EC, Piñero AMJ, Martínez MMR, Gómez AF, Rodríguez AFJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansiosos/depresivos. Atención Primaria 2000; 26(8): 554-558.



- 13-González S. Aspectos clínicos de la depresión. En: simposium: Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión. Congreso nacional de psiquiatría biológica; 1990 octubre; Acapulco, México. Alfa editores. (sin páginas).
- 14-Heinze G. Aspectos clínicos de la depresión. En: simposium: Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión. Congreso nacional de psiquiatría biológica; 1990 octubre; Acapulco. México. Alfa editores. (sin páginas).
- 15-Jenkins, Kleinman, Good. Cross-cultural studies of depression. In: Becker J, Schmaling, directors. Psychosocial aspects of depression. 1ª ed. Lea; Baltimore 1991. p.74-87. 158-159
- 16-Sogi C. Aportes de la epidemiología a la nosología de la depresión. Tesis de epidemiología. Curso de especialización en epidemiología. Perú; 1997. 13-22.
- 17- Mc Whinney I. Medicina de Familia. 1ª edición. Mosby / Doyma; España 1995 :267-278.
- 18-Díaz MA, Benassini FO, Camarena RE, Casares QJ, De la Peña OF, Díaz AA, y cols. Guía Práctica-Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. UNAM 2002;1-128.
- 19- Golden RN, Janowsky DS, Mendelson M, Rehm LP. Biological theories depression, Psychoanalytic views on depression, Cognitive and behavioral theories, the psychosocial theory. In: Wolman BB, Stricker G, directors. Depressive disorders Facts, Theories, and treatment. 1ª ed. New York: John Wiley y Sais; 1990. p.3-36,64-124.
- 20- Martell GVA. I curso fasciclar sobre Manejo y Tratamiento de la depresión. Revista Educativa para la salud 2002; 59 (2 Supl 3):1-10.
- 21-Berlanga CC. La evaluación del trastorno depresivo. Cuarta parte. Atención Médica 1999; 12 (4): 53-64.
- 22- Martell GVA. I curso fasciclar sobre Manejo y Tratamiento de la depresión. Revista Educativa para la salud 2002; 60 (3 Supl 3): 1-12.
- 23.-Stahí SM. Los no tan selectivos inhibidores de la recaptura de serotonina. Revista Educativa 2001; 50: 18-22.
- 24.-Coria IA, Gómez CFJ, Jaime AH, Hernandez RC, Farfan SG, Fernandez OMA, y cols. Fundamentos de medicina familiar. 5ª ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 25.-18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Méd Méx 2001; 137: 387-390.
- 26.-Secretaría de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Futura, S.A; 1987.
- 27.-Gallo VR, Altisent T, Espino C, Fernández S, Foz IG, Granados M, Lago D. Perfil profesional del médico de familia. Aten primaria 1999; 23: 236-248.
- 28.-Clever L, Colaianni LA, Davidoff F, Harton R, Jerome P, Angell K, y cols. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Aten Primaria 1998; 21: 331-339.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1) FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

Consentimiento para participación en la encuesta (Depresión y adaptación social en mujeres de una clínica de medicina familiar) el presente cuestionario tiene como propósito (la correlación entre el cuadro depresivo y el comportamiento social de las mujeres que acuden a consulta con el médico familiar), esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herida, lastimada o agredida en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminado así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario tiene 55 preguntas y se contesta en aproximadamente 10 minutos. No existe respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras. ¿Acepta Usted Contestarla? SI No

"Muchas gracias por su participación."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

- 2) EDAD: _____ AÑOS. 3) OCUPACION: _____ 4) CONSULTORIO _____
5) TURNO: MATUTINO () VESPERTINO ()

FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS MARCANDO CON UNA EQUIS (X) LA OPCION QUE LE PARESCA ADECUADA.

- 6) ESTADO CIVIL: CASADA () SOLTERA () VIUDA () DIVORCIADA () UNION LIBRE ()
SEPARADA ()
- 7) QUIENES VIVEN EN SU CASA, BAJO EL MISMO TECHO:
PADRE () MADRE () HERMANOS () HERMANAS () ABUELOS () TIOS ()
PRIMOS ()
ESOSO () PAREJA () HIJOS () NUERA () YERNO () NIETOS () AMIGOS ()
- 8) QUIEN EN SU FAMILIA TIENE UN TRABAJO ASALARIADO Y COPERAN
ECONOMICAMENTE:
PADRE () MADRE () HERMANOS () HERMANAS () ABUELOS () TIOS ()
PRIMOS ()
ESOSO () PAREJA () HIJOS () NUERA () YERNO () NIETOS () AMIGOS ()
- 9) CUAL ES SU GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS DE USTED:
PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () LICENCIATURA ()
- 10) EDAD DEL CONYUGE _____ GRADO DE ESTUDIO _____ OCUPACION _____
- 11) NUMERO DE HIJOS (HASTA LOS 10 AÑOS DE EDAD) _____
- 12) NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS) _____
- 13) NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS) _____
- 14) INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS DE USTED. ESOSO O DE OTROS.
< DE 1 SALARIO MINIMO () ()
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS () ()
DE 3 O MAS SALARIOS MINIMOS () ()

Los resultados de las preguntas 7 a la 14 se agruparon en los siguientes poscódigos:

Tipología familiar según Geyman: clasifica a la familia en base a su:

- 7) Estructura.
8) Desarrollo.
9) Integración.
10) Ocupación.
11) Demografía.
12) Etapa del ciclo vital de la familia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ^{3,18,22}

Por favor, describa como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy, lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque con una equis (x) una sola respuesta.

- | | |
|--|--|
| A. 0 No me siento triste. | F. 0 No creo que esté siendo castigado. |
| 1 Me siento triste, | 1 Siento que quizá esté siendo castigado. |
| 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. | 2 Espero ser castigado |
| 3 Me siento tan triste, tan desgraciado que no puedo soportarlo. | 3 Me siento que he sido castigado. |
| B. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. | G. 0 No estoy descontento de mí mismo. |
| 1 Me siento especialmente desanimado de cara al futuro. | 1 Estoy descontento de mi mismo. |
| 2 Siento que no hay nada por lo que luchar. | 2 Estoy a disgusto conmigo mismo. |
| 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | 3 Me detesto |
| C. 0 No me siento como un fracasado | H. 0 No me considero peor que cualquier otro. |
| 1 He fracasado más que la mayoría de las personas. | 1 Me autocritico por mi debilidad o por mis errores |
| 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro. | 2 Continuarmente me culpo por mis faltas. |
| 3 Soy un fracaso total como persona. | 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| D. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes. | I. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. |
| 1 No disfruto de las cosas como antes | 1 A veces, pienso en suicidarme, pero no lo haré. |
| 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas. | 2 Desearía poner fin a mi vida. |
| 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo. | 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad. |
| E. 0 No me siento especialmente culpable. | J. 0 No lloro más de lo normal. |
| 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones. | 1 Ahora lloro más que antes. |
| 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. | 2 Llora continuamente |
| 3 Me siento culpable constantemente. | 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga |
| | K. 0 No estoy especialmente irritado, |
| | 1 Me molesto o irritado más fácilmente que antes. |
| | 2 Me siento irritado continuamente |
| | 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban. |

Continúa

- L. 0** No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
 - 3 He perdido todo el interés por los demás.
- M. 0** Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
 - 2 tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - 3 Me es imposible tomar decisiones.
- N. 0** No creo tener peor aspecto que Antes.
- 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
 - 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible
- O. 0** Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 - 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- P. 0** Duermo tan bien como antes.
- 1 No duermo tan bien como antes.
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

Suma total puntuaciones ()

- Q. 0** No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más que antes
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- R. 0** Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 - 3 He perdido completamente el apetito
- S. 0** No he perdido peso últimamente.
- 1 He perdido más de 2 kilos.
 - 2 He perdido más de 4 kilos.
 - 3 He perdido más de 7 kilos.
He intentado perder peso comiendo menos Si ___ No ___
- T. 0** No estoy preocupado por mi salud
- 1 Me preocupan los problemas físicos: dolores, malestar de estómago, catarro.
 - 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
- U. 0** No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 - 3 He perdido totalmente el interés sexual.

Diagnostico: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4

ESCALA DE AUTO EVALUACIÓN DE ADAPTACIÓN SOCIAL. ^{3,18,23}

Favor de contestar las siguientes preguntas, indicando cuál es su opinión en este momento. Conteste todas las preguntas, marcando con un círculo sólo una respuesta de cada una, de acuerdo con lo que considere. Gracias

- | | Si | No |
|---|---------------------------|----|
| ¿Tiene usted alguna ocupación o trabajo en la actualidad? | | |
| Si contestó Si: | | |
| 1. ¿Qué tan interesado está usted en su ocupación o trabajo? | | |
| 3. Mucho | 2. Regular | |
| 1. Poco | 0. Nada o casi nada. | |
| 2. ¿Qué tan interesado está usted en las actividades relacionadas con su hogar? | | |
| 3. Mucho | 2. Regular | |
| 1. Poco | 0. Nada o casi nada | |
| 3. ¿Cómo considera que lleva a cabo usted su trabajo u ocupaciones? | | |
| 3. Con mucho gusto | 2. Con gusto | |
| 1. Con poco gusto | 0. Sin gusto absoluto | |
| 4. ¿Qué tan interesado está usted en sus actividades recreativas o de entretenimiento? | | |
| 3 Mucho | 2. Regular | |
| 1 - Poco | 0. Nada o casi nada | |
| 5. ¿Cómo considera usted la calidad de su tiempo libre? | | |
| 3 Muy buena | 2. Buena | |
| 1. Regular | 0. Mala | |
| 6. ¿Con qué frecuencia se relaciona o visita a miembros de su familia Esposo(a), hijos, familiares, etc ? | | |
| 3. Con mucha frecuencia | 2. Con poca frecuencia | |
| 1. Muy rara vez | 0. Nunca o casi nunca | |
| 7. ¿Cómo considera usted la calidad de las relaciones con su familia? | | |
| 3 Muy buena | 2. Buena | |
| 1 Regular | 0. Mala o insatisfactoria | |
| 8. ¿Fuera de su familia, qué tanto se relaciona usted con otras personas? | | |
| 3. Mucho | 2 Regular | |
| 1. Poco | 0. Nada o casi nada | |
| 9. ¿Tiene interés por establecer relaciones con otras personas? | | |
| 3 Mucho interés | 2. Regular interés | |
| 1. Poco interés | 0 Nada de interés | |
| 10. ¿Cómo considera su forma de relacionarse con otras personas? | | |
| 3 Muy buena | 2 Buena | |
| 1. Regular | 0. Mala | |
| 11. ¿Qué tanto valor le da usted a su relación con otras personas? | | |
| 3. Gran valor | 2. Algún valor | |
| 1. Escaso valor | 0. Ningún valor | |
| 12. ¿Qué tan a menudo las personas de su círculo social buscan ponerse en contacto con usted? | | |
| 3. Muy a menudo | 2. A menudo | |
| 1. Rara vez | 0. Nunca o casi nunca | |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

