

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.2

MEXICO, D. F.

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN LOS TRABAJADORES DE
UNA UNIDAD DE ATENCION DE PRIMER NIVEL DEL I. M. S. S.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MANUEL ENRIQUE GOMEZ ROSADO

MEXICO, D. F.

2005

m343789



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN LOS TRABAJADORES DE UNA UNIDAD
DE ATENCION DE PRIMER NIVEL DEL I. M. S. S.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. MANUEL ENRIQUE GOMEZ ROSADO

AUTORIZACIONES



**DRA. MARIA DE LA LUZ IBARRA CHAVEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 2 I. M. S. S.**



**DRA. AGUSTINA CONSUELO MEDECIGO MICETE
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS I. M. S. S.
MAESTRA EN CIENCIAS**



**DRA. AGUSTINA CONSUELO MEDECIGO MICETE
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MAESTRA EN CIENCIAS**



**DRA. ROSA LIDIA DE LA ROSA RINCON
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA**

MEXICO, D. F.



**FRECUENCIA DE DEPRESION EN LOS TRABAJADORES DE UNA UNIDAD
DE ATENCION DE PRIMER NIVEL DEL I. M. S. S.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MANUEL ENRIQUE GOMEZ ROSADO

AUTORIZACIONES

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Isaías Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

3

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Graciela por darme lo mejor que tengo: la vida.

José Indalecio a su memoria, por enseñarme el coraje a emprender y realizar las cosas hasta el final.

A mis hijos:

Edgar, Ulises y Eunice que con su amor y aliento me dieron energía par realizar este estudio.

A mi nieto:

Edson que aunque pequeño su amor es grande y me fortaleció para realizar mis estudios.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

4

NOMBRE: Jóquez Rosado Manuel Enrique

FECHA: 03 05 2005

FIRMA: 

A mi Margarita:

Por su gran ayuda a mi trabajo que engrandeció con su amor y paciencia.

A mi asesora:

Maestra en Ciencias Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete por su valiosa enseñanza y excelente apoyo para elaborar e integrar esta investigación.

A la Dra. María de la Luz Ibarra Chávez Titular del Curso de Especialización y a la Dra. Rosa Lidia de la Rosa Rincón Coordinador Clínico de educación e Investigación Médica en la UMF 2 del IMSS por su apoyo y elevado espíritu de ayuda y enseñanza durante el curso. Quienes con su tiempo y paciencia nos motivaron a terminar.

A mis condiscípulos, amigos y compañeros.

Agradecimiento especial a la Dra. Hena Guadalupe Pineda Rivera por su estímulo y apoyo durante su estancia en el curso.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 40 SIGLO XXI
DELEGACIÓN 1 NOROESTE**

TRABAJO DE INVESTIGACION

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES DE UNA UNIDAD
DE ATENCION DE PRIMER NIVEL DEL I. M. S. S.**

PRESENTA

DR. MANUEL ENRIQUE GOMEZ ROSADO

ASESOR

M. C. AGUSTINA CONSUELO MEDECIGO MICETE

**LUGAR DE ESTUDIO
AVENIDA HIDALGO No. 24 COL. STA. BARBARA DELEGACIÓN
AZCAPOTZALCO, C. P. 02230
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL I. M. S. S.**

INDICE

1.-ANTECEDENTES.....	9
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
3.-JUSTIFICACION.....	28
4.-OBJETIVOS.....	29
- GENERAL.....	29
- ESPECIFICOS	29
5.- HIPOTESIS	30
6.-METODOLOGIA.....	31
a) DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO.....	31
b) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	31
c) TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
d) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.....	34
e) INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR) ...	35
f) METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION ..	39
g) CONSIDERACIONES ETICAS.....	40
7.- RESULTADOS.....	41
DESCRIPCION DE RESULTADOS	41
8.-DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	42
9.-CONCLUSIONES.....	49
10.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
11.ANEXOS.....	52

ANTECEDENTES

El término “depresión” viene del latín **depressio**: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

La depresión es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Durante el transcurso del tiempo el término ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. ⁽¹⁾

Causas de la depresión

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

1. Herencia: Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.
2. Factores bioquímicos: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados

por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar estos estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tiene un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otro bajo condición ambiental.

3. Situaciones estresantes: Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar una depresión clínica.
4. Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD): Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.
5. Personalidad: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo, típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.⁽²⁾

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes y la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en

personas que padecen enfermedades crónicas. Pero este es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo, o la situación de la vida, la depresión no es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión mas comunes son: Trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varía. ⁽¹⁾

Epidemiología

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades del tratamiento así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención. Por desgracia, también se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental. Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.

Por lo que se refiere a la epidemiología psiquiátrica, esta evolucionó posteriormente, y aun cuando las encuestas sobre adicciones incluía el Centro de Estudios Sobre Drogadicción (CESD) y otras escalas que proporcionan información respecto a los síntomas de problemas emocionales, no es sino hasta

los años 90 cuando por primera vez se realiza una encuesta utilizando los instrumentos internacionales de diagnóstico.

Actualmente existen tres encuestas en población general, una llevada a cabo en comunidades, de niveles socioeconómicos medio bajo y bajo (Medina Mora y Berenzon, 1996); una segunda realizada en la ciudad de México (Carabeo et al; 1996) y una en las comunidades rurales de alta migración internacional en Jalisco y Michoacán (Salgado de Sneyder, 1994). Más recientemente, Frenk y Lozano (1994) calcularon la carga de los trastornos neuropsiquiátricos utilizando los indicadores diseñados por el Banco Mundial, la OMS y la Universidad de Harvard (Murria y López).

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el doceavo lugar en el País, no obstante, cuando se considera también la muerte prematura y los días de vida ajustados por discapacidad (DALYS), estos trastornos representan el quinto lugar (Frenk y Cols. 1997), debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre.

De acuerdo con algunos estudios, el índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es del 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5 mujeres por hombre, distimia 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6: 1) y es un porcentaje menor de episodios de manía alcanzando 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1. Los porcentajes de prevalencia de trastornos de ansiedad resultaron un poco menores, afectando al 8.3% de la población, siendo la agorafobia sin pánico (3.8%) y fobia social (2.2%) los diagnósticos más comunes (Carabeo y cols. 1998). En los estudios realizados entre la población rural se encontró una prevalencia menor (Salgado de Zinder, en prensa). Cabe señalar que dichas prevalencias son significativamente mas bajas que las observadas en Estados Unidos de Norteamérica, donde se han reportado porcentajes de 19.5 y 25 % para cualquier trastorno afectivo y de ansiedad, respectivamente, (Vega y cols.1998).

Otras encuestas han demostrado en el último año que las familias pobres tienen mayores prevalencias de depresión y trastornos de ansiedad, así mismo que estas son más altas entre las familias uniparentales comparadas con los patrones tradicionales de madre y padre (Berenzon y cols. en 1999).

Por lo que se refiere a los índices de uso de servicios para el tratamiento de los trastornos afectivos, estos son bajos, la información resultante de una encuesta realizada en la ciudad de México indicó que solo el 13.9 % de los hombres y mujeres que cubrían el criterio de depresión del DSM IV buscaron ayuda (Carabeo y cols. 1997). Por otra parte, estudios locales llevados a cabo en comunidades de niveles socioeconómicos medio y bajo indicaron que los médicos de primer nivel de atención son la fuente de ayuda para esta población.

Se debe hacer hincapié en el incremento de usuarios de drogas, que inevitablemente impactará la salud mental de la población y por ende, requerirá más servicios para los problemas resultantes del aumento de la co-morbilidad. El suicidio es otro de los problemas crecientes en nuestro país, en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9 %, con un incremento del 21.2%.⁽³⁾

Sintomatología

En el 80% de los enfermos la instauración de la depresión se produce de un modo lentamente gradual y la progresión avanza con relativa rapidez, con un estilo subagudo. Esta propagación gradual toma en el 15 % de los casos una línea acelerada con momentos de agudización. El 20 % restante se reparte entre un 15 % donde la presentación sorprende por su carácter repentino y un 5 % con un curso fluctuante, o sea con frecuentes oscilaciones entre la mejoría y el empeoramiento. La forma de evolución típica característica de la enfermedad depresiva se atiene a lo que llamamos fase, o sea que después de ocupar un cierto espacio de tiempo la sintomatología desaparece de un modo espontáneo o por una intervención terapéutica, lo que denota en ambos casos el carácter reversible de la enfermedad depresiva.

Con arreglo a la tendencia a la recurrencia de las fases se distinguen, con una proporción cuantitativa bastante equilibrada, la depresión monofásica (un episodio), la oligofásica (dos o tres episodios) y la polifásica (múltiples episodios). Hablamos de repetición o recurrencia de fase siempre que el retorno de la sintomatología se haya producido después de un intervalo libre de síntomas superior a seis meses, ya que cuando el intervalo es menor de este tiempo se interpreta como una recaída. Mientras que la mayor parte de las depresiones monofásicas está sujeta a una evolución espontánea crónica, en casi todas las depresiones polifásicas predominan las fases de duración entre seis meses y año y medio, con una tendencia al alargamiento progresivo en las sucesivas repeticiones, a la vez que se van acortando los intervalos libres de síntomas. Sobre las oligofásicas no puede emitirse una norma imperante acerca de la duración de la fase, puesto que alternan entre las dos modalidades señaladas.

La tendencia de la depresión a tomar una evolución espontánea crónica aproximadamente en un tercio de los casos (30 %), está sujeto al poderoso influjo terapéutico en uno y otro sentido. Con un tratamiento adecuado se consigue reducir el número de enfermos depresivos crónicos a una tercera parte (10%). Por el contrario, si el tratamiento practicado es incorrecto el riesgo de cronicidad se eleva en un 10 % más, hasta llegar al 40 % de todos los enfermos depresivos.⁽⁴⁾

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o mas episodios mayores (al menos dos semanas de estados de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y

depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

Las personas deprimidas presentan más enfermedades médicas que aquellos sin este trastorno y hacen uso de los servicios médicos en mayor proporción. El pronóstico en pacientes que tienen varias enfermedades, es menos halagador entre los pacientes que padecen depresión. Además, la depresión puede conducir a una importante morbilidad psicosocial con un menor funcionamiento en roles ocupacionales.

Cerca del 60 % de todos los suicidios están relacionados con depresión importante y eventualmente, el 15 % de las personas en estado depresivo que ingresa a un hospital psiquiátrico comete suicidio.

Una depresión importante no tratada se resuelve en forma espontánea en el 40 % de los casos en un lapso de 6 a 12 meses. Aproximadamente en el 20% de los casos, la resolución no es completa y los síntomas subclínicos pueden subsistir durante años. Otro elemento importante que debe ser tomado en cuenta son las probabilidades acumuladas de recurrencia después de la recuperación de un episodio de depresión mayor unipolar.⁽⁵⁾

Depresión según edad y sexo:

Depresión en el hombre

Depresión en la mujer

Depresión en la vejez

Depresión en la niñez

Depresión asociada a otras enfermedades:

Alzheimer

Diabetes

Cáncer

Infarto de miocardio

HIV⁽⁶⁾

La definición del término depresión está basada en un síntoma muy característico de esta enfermedad que es la **tristeza**; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales, así que la depresión es un estado

de tristeza y que es la falta o el déficit de energía psíquica ya que este concepto involucra la explicación de muchos síntomas no solo a uno, por los cuales una persona puede estar en un estado de depresión.

Depresiones encubiertas

Los síntomas comunes en esta depresión y con los cuales varios autores están de acuerdo (Calderón en 1998; Sturgeon, 1987; Breton, 1998; Arieti, 1981), son los que a continuación se mencionan:

Trastornos del sueño

Trastornos del apetito

Disminución del deseo sexual

Decaimiento físico

Trastornos digestivos

Trastornos cardiovasculares

Estos síntomas por ser a veces comunes en enfermedades que podrían presentarse en personas no deprimidas pueden confundir el camino hacia un diagnóstico correcto, es por tal entonces que se le ha denominado como depresión encubierta, ya que es una depresión en la cual las manifestaciones físicas ocultan la sintomatología psicopatológica o que no es reconocida como tal en un examen previo en el cual el terapeuta puede confundirse con una enfermedad somática.⁽⁷⁾

Tipos de estados depresivos

Consideraremos tres tipos de depresión agrupados bajo la categoría de Trastornos afectivos:

1.- Depresión reactiva o neurótica

2.- Depresión endógena

3.- Depresión orgánica

Las tres tienen en común los siguientes factores:

- Humor depresivo
- Pérdida de placer o interés
- Inutilidad y culpabilidad
- Baja autoestima

- Incapacidad
- Pensamientos suicidas
- Ansiedad
- Dificultad para pensar
- Obsesiones y paranoias
- Perturbación del sentido del tiempo
- Despersonalización
- Pérdida de energía
- Lentitud y agitación
- Trastornos del apetito y el peso
- Problemas de sueño
- Reducción de la libido
- Síntomas corporales (jaquecas, náuseas, dolores varios, calambres, etc.

Todos estos síntomas pueden o no estar presentes en la mujer deprimida.⁽⁸⁾

En la depresión los mecanismos de defensa son rebasados y surge una sensación de fracaso, acompañada de sentimientos de desamparo, desesperanza, poca autoestima, minusvalía, desinterés y pérdida del deseo de vivir. Se ha sugerido que se presenta una subsecuente activación de los procesos biológicos de regulación neural, lo cual altera la capacidad del organismo para combatir procesos patológicos, permitiendo que la enfermedad progrese.

McDonald encontró que había más probabilidades de que los ancianos con deseos de morir lo hicieran antes del año, que aquellos que no tenían ese deseo. La depresión también puede manifestarse con alteraciones de salud somáticas, por ejemplo en úlceras, colitis, presión arterial elevada y otras enfermedades en las que se reconoce un componente psicológico relativamente alto.

Al evaluar la depresión como factor de pronóstico en enfermos, es necesario hacer un seguimiento sistemático a un grupo de individuos depresivos con enfermedades somáticas y a un grupo de comparación de no depresivos con enfermedad somática. De existir un efecto adverso, los pacientes depresivos con enfermedad física morirán antes. Si en realidad existe un efecto de la depresión en la mortalidad, su importancia en la salud pública sería considerable, debido a

que la prevalencia de la población adulta se estima que es alrededor del 5 %. Aun un riesgo relativo de 1.5 produciría un elevado número de muertes que podrían predecirse, dado los millones de sujetos expuestos. Aun sin una red causal clara entre depresión y mortalidad, la depresión debe considerarse como un factor intermediario entre los factores etiológicos de depresión y la longevidad, además de ser tomada en cuenta toda su magnitud en los programas preventivos y curativos de los servicios de salud. ⁽⁹⁾

Depresión en la infancia y la adolescencia.

La depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares. Los dos síntomas bases de las depresiones en la edad adulta no siempre son los mas importantes en la infancia. Seis síntomas guía (entre un total de 150 posibles) para predecir el éxito de un tratamiento antidepressivo fueron los siguientes:

- Desánimo
- Astenia inmotivada
- Irritabilidad
- Indecisión
- Sentimientos negativos acerca de uno mismo
- Sensación de incapacidad y fracaso

En el DSM IV existen también todos estos síntomas como criterios para el diagnóstico de la depresión. Allí se señala también que la irritabilidad suele ser mas importante que el desánimo en las depresiones de los niños y de los adolescentes. Los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez y en la adolescencia son muy variados. La depresión en los niños y adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad. Expuesto de esta forma, vemos que cualquier síntoma que constituya consulta en psicología infantil puede ser debido a una depresión. ⁽¹⁰⁾

En adolescentes: la investigación – prevención debe enfocarse en población de alto riesgo:

- Los esfuerzos preventivos hacia población adolescente general no han dado resultados.
- El número de suicidios e intentos es alto en población adolescente de alto riesgo.
- Un grupo de alto riesgo son los jóvenes pre-hospitalizados en psiquiatría

Entre estos grupos.

- No se ha definido el periodo de riesgo mayor después de hospitalizarse, ni su origen.
- El intento o la ideación suicidas recientes son empíricamente tomados como factores de riesgo post-hospitalario.

Se consideran factores de riesgo:

- Los trastornos afectivos.
- Estudios de seguimiento indican que el suicidio o los intentos ocurren cerca o durante episodios afectivos.
- Y sugieren que la depresión mientras mas temprana es predictiva de conducta suicida en adolescentes o adultos.

Otros factores predictivos:

- Trastornos de conducta.
- Abuso de drogas o en co-morbilidad.
- Severidad de síndromes psiquiátricos.

Pero no hay estudios sobre predicción en:

- Severidad de síntomas en jóvenes hospitalizados.
- La autoridad diferencial de las variables psiquiátricas. ⁽¹¹⁾

Depresión en el adulto mayor

En Argentina, como en muchos otros países, el progresivo control sobre las enfermedades ha reducido la mortalidad y aumentado el porcentaje de la población mayor de 60 años.

En la edad avanzada enfermedades como Depresión Mayor Primaria y Enfermedad de Alzheimer (esta última en etapas iniciales) pueden presentar

similitudes sintomáticas que dificultan el diagnóstico ya que es muy frecuente que la depresión presente trastornos cognitivos.

En las personas de edad avanzada la depresión puede manifestarse con intensos síntomas cognitivos, como por ejemplo los problemas en la memoria, el trastorno atencional y la alteración disejcutiva. Es por ello que a principios de siglo, Wernicke señaló que dichos síntomas cognitivos podrían simular un síndrome demencial.

En general se estima que entre el 10 y el 20 % de los pacientes con depresión presentan semiología cognitiva, cifra que crece hasta el 60 % en la edad avanzada. Por este motivo la duda diagnóstica entre depresión y demencia es frecuente en la senescencia.

En general existe evidencia de que los trastornos cognitivos en la depresión se presentan cuando:

- El paciente tiene más de 60 años
- La depresión es intensa
- La depresión es síntoma de una enfermedad de base

Diferente es la evolución del síndrome depresivo en la enfermedad de Alzheimer. Si bien en las etapas iniciales de la enfermedad la depresión puede enmascarar el cuadro demencial, parecería ser que a medida que aumenta la degeneración del cerebro la prevalencia de la depresión disminuiría. ⁽¹²⁾

La depresión puede ser un trastorno difícil y confuso de diagnosticar por varias razones (Rush, 1990). El estigma que existe sobre las enfermedades psiquiátricas puede hacer que los pacientes no admitan la posibilidad de sufrir depresión y traten de esconder los síntomas a sus familias, patrones y médicos. La presentación clínica de la depresión puede ser la de un estado de ánimo abatido, irritabilidad o ansiedad, o bien, puede haber síntomas tales como dolor, fatiga e insomnio. Mas de la mitad de los pacientes deprimidos presentan padecimientos somáticos tales como dolor de espalda, dolor de cabeza y afecciones gastrointestinales, por lo que los individuos pueden quejarse de estos

síntomas y minimizar o esconder los componentes afectivos de la depresión, recibiendo exclusivamente tratamientos sintomáticos.

Los médicos de primer nivel juegan un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos y consecuentemente, en la prevención del suicidio. La incorporación de personal capacitado en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, permite incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas al ofrecer una atención mas rápida y oportuna, disminuye considerablemente la referencia de pacientes a instituciones especializadas con la consecuente disminución del gasto en salud y así mismo, permite a los médicos familiares y generales tener un mayor conocimiento de la patología mental y de su tratamiento eficaz.⁽¹³⁾

Correlación neurológica y psicológica de intento de suicidio y pensamiento de muerte en pacientes con depresión mayor.

El suicidio es el mayor problema en psiquiatría. La depresión es el desorden mental relacionado con la conducta suicida. La evaluación psicométrica fue valorada con la escala de Hamilton de ansiedad.⁽¹⁴⁾

Se toma la depresión como un síntoma secundario en el síndrome de fatiga crónica.⁽¹⁵⁾

El insomnio y la depresión fueron relacionados en todos los niveles epidemiológicos, con la presentación clínica, neurológica y tratamientos implicados. Los cambios en el sueño de los adultos mayores se relacionaron particularmente. El estudio epidemiológico demostró que la depresión es uno de los factores de riesgo más fuerte para el insomnio en la actualidad.

El tratamiento de los disturbios del sueño puede dar mejor resultado en pacientes con depresión. Rutinariamente a los pacientes viejos se le relaciona con problemas del sueño y depresión.⁽¹⁶⁾

Salud y productividad en el trabajo académico

La globalización y sus exigencias a la competitividad de la economía han puesto de moda la cultura de la productividad en todos los escenarios laborales, el trabajo académico no escapa a esta tendencia. Pero, en los hechos, la productividad está significando mayor intensidad de trabajo, presionando a los académicos hacia la búsqueda de las puntuaciones para la bonificación monetaria, distrayéndole principalmente de la tarea docente, pero también restándole calidad no solamente al producto académico, sino también en demérito de la calidad y tiempo dedicado a su vida social y dando origen a un cuadro típico de depresión en los académicos que afecta, también, a su familia.

Mientras estudios efectuados en la segunda mitad del siglo XX en el ámbito del trabajo industrial, informaron que el estrés se relaciona causalmente con infarto al miocardio, úlcera, diabetes, disminución de la resistencia a infecciones, y neurosis (Eyer y Sterling, 1977). Otros estudios demostraron que los trabajadores intelectuales sufren mas depresión en el trabajo que los trabajadores manuales (Kaplan, 1975).

En el ámbito de las determinantes institucionales del trabajo, los cambios organizativos a veces provocan el establecimiento de tareas rutinarias y que estandarizadas paulatinamente invaden a la academia limitando la flexibilidad y creatividad innovadora del académico, la cual agrega a las deficiencias materiales en infraestructura, equipos y tecnologías, que en la mayoría de los casos están lejos de tener. Los académicos de todos los niveles saben cuan agotador es su trabajo, pues exige esfuerzo físico, intelectual, pedagógico y emocional, por este esfuerzo múltiple, muchos profesores sufren síndrome de agotamiento, pérdida de autoestima, insomnio, depresión, sin contar las llamadas enfermedades físicas como laringitis, varices y males relacionados con la postura; se ha calculado que las bajas por enfermedades mentales o psicológicas entre los trabajadores académicos de diferentes países es casi de 20 por cada 100 trabajadores, la cual indica que los trastornos psíquicos entre los académicos pueden ser considerados enfermedades profesionales; se ha demostrado que los problemas mas comunes son la depresión, la ansiedad y el estrés, y que la mayoría de las bajas se dan

entre las trabajadoras académicas porque los alumnos se ensañan más con ellas (Jersild,1990; Grey , 1991).

La máxima expresión de nocividad de la depresión en los académicos es el síndrome de Burnout, síndrome del quemado o desgaste profesional (Guerrero, 1998). Este síndrome se estudia en Estados Unidos desde hace 30 años, y en Europa desde hace 20 años, mientras que en México comienza apenas a explorarse. Burnout es un término Anglosajón utilizado por primera vez en psiquiatría, para nombrar a un conjunto de síntomas físicos, manifestados por personas como resultado de su trabajo, y se traduce como estar quemado o desgastado. ⁽¹⁷⁾

En otro estudio se analiza el impacto de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres que laboran en plantas de ensamblaje conocidas como maquiladoras. Se logró un perfil de salud comparativo, considerando aspectos físicos y psicosociales. Para ello se utilizaron novedosos instrumentos que permitieron medir el grado de depresión, nerviosismo, impedimentos funcionales y sentido de control sobre la vida. Las respuestas se obtuvieron de encuestas individuales en la comunidad. A pesar de que se observaron niveles altos de depresión y bajo sentido de control sobre la propia vida en el grupo de mujeres maquiladoras, los resultados indican que estas obreras particularmente de la industria electrónica sufren menos impedimentos funcionales y nerviosismo que las trabajadoras del sector servicios. A su vez, se detectó un mayor riesgo de dar a luz a niños con bajo peso al nacer, en las obreras maquiladoras. ⁽¹⁸⁾

La doble carga de trabajo de las mujeres, provoca serios problemas mentales.

La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha sido importante, basta señalar que en 1970 de cada 100 mujeres de 12 años y más, únicamente 17 participaban en actividades económicas. Actualmente 36 de cada 100 están incluidas en el mercado laboral.

En este sentido, las familias mexicanas se encuentran en un momento complejo de transición, debido a la incorporación de las mujeres al trabajo. Esto se

traduce en un fuerte aumento de tensiones para ellas lo que ha incrementado considerablemente la incidencia de problemas mentales, advierte el programa de Acción en Salud Mental de la Secretaría de Salud (SS).

Uno de los apartados de dicho programa indica que un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer que tiende a interpretarse como un estado "natural y poco importante, tanto para la pareja y la familia, como para el personal de salud".

En ese sentido, datos recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad, los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres.

Así, de los 39.8 millones de personas que desempeñan actividades económicas, 26.5 millones son hombres y 13.3 millones son mujeres. ⁽¹⁹⁾.

Como afecta la depresión al trabajo

Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a trabajadores de Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y en el Reino Unido, muestran que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada 10 trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y la hospitalización.

En Estados Unidos la depresión clínica es una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo al año. En Finlandia el 7% de los trabajadores padecen cansancio severo que puede llegar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional, trastornos de salud mental y a la principal causa de pensiones por incapacidad, todo esto es debido a síntomas del estrés, tales como ansiedad, depresión, dolor físico, exclusión social y trastornos del sueño. En Alemania los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de incapacidad laboral y ese trastorno depresivo en el trabajo se prolonga dos veces

y media más que otras enfermedades en las incapacidades. El costo por ausentismo se estima en mas de 5 mil millones marcos anuales.

En el Reino Unido tres de cada 10 empleados sufren depresión en particular, es un problema tan extendido que, para cualquier momento que se le considere, uno de cada 20 Británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante.

En Polonia las estadísticas de sanidad pública indican la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos por inseguridad en el empleo y descenso de niveles de vida. El impacto de la revolución de la tecnología de la información, que se está desarrollando rápidamente en Estados Unidos en el Reino Unido y en todas partes ha acelerado la competencia, por lo que, como lo afirma este informe, no cabe sorprenderse de que cada vez mas sean los casos de discapacidad relacionados con la presencia de dolencias crónicas, tales como la depresión y el estrés inducido por el trabajo.

Este informe de la OIT afirma que en Estados Unidos los empleadores, tanto grandes como pequeños, comienzan a darse cuenta de que los trastornos depresivos constituyen a menudo su costo más elevado en salud mental (médica) e incapacidad. Señalando que es necesario poner en práctica programas para favorecer la integración de los problemas de trabajo/familia/vida.⁽²⁰⁾

Uso de computadoras personales y daño a la salud en trabajadores.

En este estudio respecto a los hallazgos relacionados con la presencia de la depresión y sus manifestaciones subjetivas, se confirmó la presencia mayor de síntomas psicológicos y fisiológicos entre quienes hacen uso de la CP. Se evidenció que estas manifestaciones subjetivas guardan estrecha relación con el contenido del trabajo más que con el uso en sí de esta herramienta.

En las últimas décadas el uso de computadoras personales (CP) se ha venido incrementando cada vez mas hasta llegar a ser un instrumento de trabajo usado masivamente. El resto se encuentra dentro de la polémica de la investigación y son objeto de estudios en los países desarrollados.

En una investigación realizada en México durante 1987-1988 con trabajadores telefonistas, se encontró un riesgo mayor de sufrir depresión en quienes usaban CP además de padecimientos musculares y visuales.

En cuanto a problemas relacionados con el estrés y sus manifestaciones, se ha señalado la presencia de síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, insatisfacción laboral y alteraciones de la conducta como ausentismo, deterioro del rendimiento, alcoholismo) y fisiológicos (aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, niveles elevados de catecolaminas, trastornos del sueño) que han sido señalados en diversas publicaciones como estrechamente relacionados con el uso de videoterminalas.⁽²¹⁾

Instrumentos de medición de la depresión

La escala de Hamilton se considera de gran confiabilidad y se justifica por experiencia clínica en experimentos de investigadores para medir la depresión.⁽²²⁾

En nuestro medio se ha aplicado el test del Dr. Guillermo Calderón Narváez método de medición reconocido y de gran confiabilidad justificado en experimentos de investigaciones tales como para identificar neurosis de ansiedad en relación con el trauma acústico crónico de gran magnitud, en salud en el trabajo para personas que solicitan pensión por invalidez, también para trabajadores que padecen algún trastorno mental y que ameritan incapacidad, para trabajadores con rotación semanal para estimar los efectos biopsicosociales y para determinar depresión en los mismos.⁽²³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión al igual que otras enfermedades mentales, afectan el desempeño laboral, asociándose frecuentemente a ausentismo que puede llegar a desempleo, baja productividad y un aumento de costos para la institución. En nuestro medio este problema ha sido poco estudiado y no contamos con estudios que hayan determinado su frecuencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los trabajadores de la UMF No 40, del Instituto Mexicano del Seguro Social?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema frecuente y serio de salud mental, que se presenta en forma universal sin importar, estado socio - económico, medio donde se viva (rural o urbano), así como grado de desarrollo de los países (desarrollados o en vías de desarrollo)

La frecuencia de este problema se ha incrementado a través del tiempo, considerando que puede convertirse en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas, insuficiencia coronaria y accidente vascular cerebral.

Estudios realizados han demostrado que la depresión repercute en la productividad laboral y en la calidad de vida de los pacientes, en el momento actual se cuenta con tratamientos específicos para su tratamiento por lo que es importante detectar a los pacientes que la padecen.

En nuestro medio no contamos con información de la frecuencia del problema.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en los trabajadores de la UMF 40 del Instituto Mexicano del Seguro Social e identificar algunas características individuales y labores que se asocian.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el número de trabajadores que laboran en la UMF 40

Identificar la presencia de depresión en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar la edad en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar el sexo (o género) en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar el estado civil en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar la escolaridad en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar el puesto laboral en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar los años de antigüedad en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar la relación existente con el jefe inmediato en los trabajadores de base que laboran en la UMF 40

Identificar si existe reconocimiento por parte de su jefe inmediato con respecto a su labor desempeñada.

HIPOTESIS

Se trata de un estudio descriptivo, que no requiere hipótesis

METODOLOGIA

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE DISEÑO

Descriptivo, transversal, prolectivo

LUGAR DE ESTUDIO

La unidad de Medicina Familiar No 40 "siglo XXI "del Instituto Mexicano del Seguro Social corresponde al primer nivel de atención, ha sufrido múltiples remodelaciones en su estructura y en su funcionamiento; la última y más sobresaliente es la implantación del Programa de Medicina Familiar Siglo XXI. Por lo que se considera a la U.M.F. No 40 como unidad piloto de la Delegación 1 Noroeste en el Sistema Automatizado que tiene como objetivo principal ser el modelo sistematizado que simplifique las acciones en el manejo técnico administrativo y como finalidad la de abatir gestiones prolongadas y disminución de filas y tiempos de espera para el beneficio de los usuarios de esta unidad.

La Unidad de Medicina Familiar No 40 se ubica en el norte de la Ciudad, en la Avenida Hidalgo No 24 en la colonia Santa Bárbara en la delegación Azcapotzalco, C. P. 02230 y corresponde a la delegación 1 noroeste del I. M. S. S.

Tipo de construcción vertical, tipo de atención cerrada, por su especialidad de Medicina Familiar.

Distribución de los departamentos y servicios.

Planta baja:

- Consulta externa (10 Consultorios)
- Farmacia
- Promoción a la salud
- Enfermería y curaciones
- Atención médica continua

- Laboratorio
- Estomatología asistencial
- Planificación familiar
- Trabajo social
- Radiodiagnóstico
- Jefatura de asistentes médicas
- Jefatura de departamento clínico
- Dietología
- Enfermera materno infantil
- Salud en el trabajo
- Intendencia
- Servicios básicos
- Modulo de información y orientación

Planta alta:

- Dirección
- Administración
- Conmutador
- Administración de la red
- Archivo
- Control de prestaciones
- Medicina preventiva
- Estomatología preventiva
- Contabilidad
- Comedor

La accesibilidad a la unidad es favorable, cuenta con transporte colectivo y sistema de metro.

Area de influencia.

Corresponde al 11 % de la totalidad de la Delegación Azcapotzalco, comprende 15 colonias: los reyes, Reynosa Tamaulipas, Santa Bárbara, San Andrés, San

Marcos, Santa Inés, Pasteros, Santo Tomás, Santa Catarina, San Sebastián, Del Maestro, Nueva Rosario, Nueva España, San Pablo Xalpa, Unidad Tepantongo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística, se incluirá a todos los trabajadores de la UMF 40.

DISEÑO DE ESTUDIO

A.- POR LA PRESENCIA DE UN SOLO GRUPO CONTROL:

ESTUDIO DESCRIPTIVO: Se estudia un solo grupo, no se hacen comparaciones.

B.- POR LA MEDICIÓN DEL FENÓMENO DEL TIEMPO:

TRANSVERSAL: No se hace seguimiento, las variables son medidas por una sola vez.

C.- **PROLECTIVO:** Por el método de recolección de datos la información se recolecta en cuestionario diseñado ex profeso.

GRUPO DE ESTUDIO

Estará constituido por todos los trabajadores de la UMF 40, que laboran en los 2 turnos

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Trabajadores de la UMF 40 del IMSS, ambos géneros, de todas las edades que laboren en los turnos matutino y vespertino en el periodo del estudio.

Trabajadores que deseen participar en el estudio

2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Trabajadores de la UMF 40 que no acepten participar

3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Trabajadores que contesten en forma incompleta el instrumento de medición de depresión.

VARIABLES

TRABAJADOR DE LA UMF 40

Definición conceptual. Individuo contratado por la institución para laborar en la misma, y que tiene cualquier tipo de contrato.

Definición operacional. Obtención de listado en Departamento de personal de la UMF 40.

Escala de Medición: Categórica: Confianza, base, 02 sustitución, 08 sustitución.

DEPRESIÓN

Definición conceptual: Cuadro clínico con trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importantes con signos y síntomas asociados marcadamente distintos a la normalidad.

Definición operacional. Aplicación de encuesta de depresión: a cada uno de los trabajadores de la UMF 40 ambos turnos. (INSTRUMENTO VALIDADO EN NUESTRO MEDIO).

Escala de Medición: Categórica: SI, NO. Se considerará presencia de depresión si el puntaje es: de 46 ó más. Se considerará sin depresión si el puntaje es menor de este rango.

EDAD

Definición conceptual: período transcurrido en años, desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Numérica, discreta.

SEXO

Definición conceptual. Características fenotípicas externas que se observan a simple vista.

Definición operacional. A través de observación directa en el momento del estudio..

Escala de Medición: Nominal, categórica, dicotómica: Masculino. Femenino.

ESTADO CIVIL

Definición conceptual. Situación legal del individuo ante la sociedad en relación a la pareja.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Nominal, categórica: soltero, casado o unión libre, divorciado o separado, viudo (a).

ESCOLARIDAD

Definición conceptual. Número de años, cursados en forma oficial o docente hasta el momento de la aplicación del cuestionario.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Ordinal: Secundaria, preparatoria, técnico, profesional, postgrado.

PUESTO LABORAL

Definición conceptual. Tipo de trabajo laboral desempeñado en el área de trabajo.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Nominal, Categórica: Intendencia, Mantenimiento, Nivel Técnico, Administrativos, Asistente Médica, Químico, Médico, Jefaturas de servicio, Directivos, Almacén, Enfermería, Medicina preventiva, farmacia, Medicina del trabajo, Trabajo Social, Dietología.

AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL

Definición conceptual. Años laborados desde el ingreso al momento actual en la institución.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Numérica discreta.

RELACION INTERPERSONAL EXISTENTE ENTRE EL TRABAJADOR Y SU JEFE INMEDIATO.

Definición conceptual. Percepción por parte del trabajador de la calidad de la relación interpersonal con su jefe inmediato.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Nominal categórica: Muy buena, buena, regular, mala, pésima.

RECONOCIMIENTO DE SU LABOR POR PARTE DE SU JEFE INMEDIATO

Definición conceptual. Percepción por parte del trabajador, de que su jefe inmediato reconoce su trabajo.

Definición operacional. A través de pregunta directa en el momento de la encuesta.

Escala de Medición: Nominal dicotómica: SI, NO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa presentación del trabajo y aprobación del proyecto por el comité de investigación, se hará la presentación del trabajo a las autoridades correspondientes para obtener el apoyo del personal de la unidad.

Se pedirá apoyo directamente a los médicos y personal de la clínica UMF 40 de los dos turnos. Se le proporcionará un cuestionario a cada trabajador participante de la UMF 40. Se les proporcionará a cada participante verbalmente orientación del cuestionario por aplicar. Se llenará formato de datos personales conservando el anonimato de los participantes.

Una vez contestados los cuestionarios se recolectarán para su análisis con asesor de la misma.

Se utilizará el programa SPSS (versión 8 o 10) para el procesamiento de datos y análisis estadístico: Se utilizará estadística descriptiva, frecuencia y proporciones para variables categóricas, medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas discretas. Se realizará análisis bi-variado para el cruce de algunas variables.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos necesarios y el apoyo por parte de las autoridades para su realización. No tiene impedimento, ya que no se ve afectado en ningún momento la integridad del paciente y se respetan las normas de Helsinki. Se maneja en forma anónima la identidad del trabajador.

RECURSOS HUMANOS

- Médico de tercer año de la residencia semi-presencial de la especialidad de Medicina Familiar.
- Médico asesor con especialidad en Medicina Familiar

RECURSOS FISICOS:

- Lápices, gomas, sacapuntas, escritorio, silla, computadora, engrapadora, grapas,
- Impresora, fotocopidora, encuestas, tablas, folders, hojas blancas, plumas.

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos que deriven de la investigación serán cubiertos en su totalidad por el Médico residente encargado de la investigación.

Investigación en salud . Artículo 96 II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Artículo 100 II. Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

RESULTADOS

De un total de 164 trabajadores que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No 40, participaron en el estudio y contestaron en forma completa los cuestionarios el total de los mismos (100%).

La edad promedio de los participantes fue de 40.8 años con un rango de 20 a 59 y una desviación estándar de 8.2.

Con respecto a los años de antigüedad dentro de la Institución, se encontró un promedio de 14.4 años con un rango de 1 a 26 y una desviación estándar de 7.14. Correspondiendo 98 (60%) individuos al sexo femenino y 66 (40%) al sexo masculino.

Se encontró una frecuencia de depresión en 45 participantes lo que corresponde a un 27.4 % de la población estudiada. Hay una asociación de la depresión y el ser del sexo femenino con un riesgo de 2.6. La frecuencia de la depresión con respecto al sexo se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo al sexo

SEXO	DEPRESION			
	SI		NO	
Femenino	34	35%	64	65%
Masculino	11	17%	55	83%
Total	45	27.4%	119	72.6%

O.R. = 2.66 IC 95% 1.2 – 5.7 $X^2 = 6.44$ p= .01

La tabla 2 muestra la distribución de la frecuencia de la depresión con respecto al grupo de edad. En este grupo no se encontró asociación con algún grupo étnico específico.

Tabla 2.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo a la edad

EDAD (años)	DEPRESION				TOTAL	
	SI		NO			
20 – 29	5	31%	11	69%	16	9.8%
30 – 39	10	22.2%	35	77.8%	45	27.4%
40 – 49	23	28.4%	58	71.6%	81	49.4%
50 – 59	7	32%	15	68%	22	13.4%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

$\chi^2 = 0.98$ $p =$ no significativa

La tabla 3 muestra la frecuencia de la depresión con respecto a los años de antigüedad laboral dentro de la institución. No se encontraron diferencias significativas en los grupos establecidos.

Tabla 3.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo a la antigüedad laboral

ANTIGÜEDAD (años)	DEPRESION				TOTAL	
	SI		NO			
1 – 9	12	29.3%	29	70.7%	41	25%
10 – 19	19	27.1%	51	72.9%	70	42.7%
20 – 29	14	26.4%	39	73.6%	53	32.3%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

$X^2 = 1.82$ p= no significativa

El estado civil observado en la población estudiada y la frecuencia de la depresión con respecto a esta variable se muestra en la tabla 4. Se encontró un porcentaje muy semejante en el grupo de casados y divorciados.

Tabla 4.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo al estado civil

ESTADO CIVIL	DEPRESION				TOTAL	
	SI		NO			
Soltero	5	15.7%	27	84.3%	32	19.5%
Casado o Unión libre	34	30.3%	78	69.7%	112	68.3%
Divorciado o separado	5	31.2%	11	68.8%	16	9.8%
Viudo (a)	1	25%	3	75%	4	2.4%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

$X^2 = 1.51$ $p =$ no significativa

Con respecto a la escolaridad encontrada, el grupo mayoritario correspondió al nivel técnico (29%) y en este mismo grupo se encontró el mayor porcentaje de depresión el cuál correspondió al 42 %. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo a la escolaridad

ESCOLARIDAD	DEPRESION				TOTAL	
	SI		NO			
Secundaria	6	27.2%	16	72.8%	22	13.4%
Preparatoria	11	29%	27	71%	38	23%
Técnico	20	42%	28	58%	48	29.2%
Profesional	5	15%	29	85%	34	21%
Postgrado	3	13.6%	19	86.4%	22	13.4%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

$X^2 = 9.8$ $p = 0.04$

La tabla 6 muestra la frecuencia de depresión de acuerdo al puesto laboral de los trabajadores. Llama la atención que el porcentaje más alto se encontró en las asistentes médicas y enfermeras. Por otra parte la frecuencia de depresión en los médicos ocupa un 13.3 %, y en los directivos un 16.7 %.

Tabla 6.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo a puesto laboral

Puesto Laboral	DEPRESIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
Directivo	3	16.7%	15	83.3%	18	11%
Médico	4	13.3%	26	86.7%	30	18.3%
Enfermería	8	40%	12	60%	20	12.2%
Asistente médica	15	48.4%	16	51.6%	31	18.9%
Trabajo Social	1	25%	3	75%	4	2.4%
Archivo	6	25%	18	75%	24	14.6%
Mantenimiento	1	12.5%	7	87.5%	8	4.9%
Intendencia	1	20%	4	80%	5	3.0%
Farmacia	1	20%	4	80%	5	3.0%
Dietología			1	100%	1	.6%
Rayos X	1	50%	1	50%	2	1.2%
Arimac			3	100%	3	1.8%
Conmutador	1	50%	1	50%	2	1.2%
Red	1	33%	2	67%	3	1.8%
Almacen			1	100%	1	.6%
Laboratorio	2	28.6%	5	71.4%	7	4.3%
Total	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

La tabla 7 nos muestra que la respuesta a una relación regular con el jefe, ocupa la mayor frecuencia y que los que reportan una relación mala o pésima son pocos.

Sin embargo cuando se agruparon la relación: regular, pésima y mala en un grupo y el resto de las otras categorías en otro, se encuentra una OR de depresión con el primer grupo de 2.68 IC al 95 % de 1.3 – 5.7 con una $X^2 = 9.2$ $p = 0.056$

Tabla 7.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo a la relación con su jefe inmediato

RELACION CON JEFE INMEDIATO	DEPRESION					
	SI		NO		TOTAL	
Muy buena	13	25.5%	38	74.5%	51	31%
Buena	15	20.3%	59	79.7%	74	45.1%
Regular	13	45%	16	55%	29	17.7%
Mala	3	33.3%	6	66.7%	9	5.5%
Pésima	1	100%			1	.6%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

Por último la tabla 8, nos muestra la relación de depresión con percepción de reconocimiento a su trabajo, 92 trabajadores (56%) percibió que sí, se les reconoce su trabajo y 72 (44%), perciben que no se reconoce su trabajo. En este último grupo un 32 % presentó depresión.

Tabla 8.

Frecuencia de depresión y su distribución de acuerdo al reconocimiento a la labor desempeñada

Reconocimiento a labor	DEPRESION				TOTAL	
	SI		NO			
1	22	24%	70	76%	92	56%
2	23	32%	49	68%	72	44%
TOTAL	45	27.4%	119	72.6%	164	100%

CONCLUSIONES

- 1) En el grupo estudiado la frecuencia de depresión encontrada es alta, afectando casi a la tercera parte de los trabajadores.
- 2) La frecuencia mayor de depresión encontrada en mujeres, corrobora lo ya descrito en la literatura.
- 3) De acuerdo al nivel de escolaridad, la mayor frecuencia de depresión se encontró en los trabajadores con un nivel técnico (enfermeras y asistentes).
- 4) Aunque en el grupo de médicos se encontró una frecuencia de depresión de 13.3 %, que con respecto a otros grupos no ocupa un lugar significativo.
- 5) A pesar de encontrar una asociación de presencia de depresión con percepción de una relación mala o regular con su jefe, no podemos establecer una relación causal por el tipo de estudio realizado (transversal).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV 1195
Masson SA Págs: 1-3.
- 2.- [http://www.
Respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php](http://www.Respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php)
- 3.- Secretaría de Salud, Boletín especial de salud mental. La epidemiología de la salud mental en México Págs. 1-3.
- 4.- Alonso-Fernández, Francisco; Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid. La evolución de los cuadros depresivos- N4: Patologías-Psicobiología. Pags: 1,2,3.
- 5.- Secretaría de Salud .Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Depresión. Págs: 1, 2,6,9.
- 6.- Benavent, Pilar; Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario La Fe Valencia (España). Págs: 1 y 2.
- 7.-<http://www.Miexamen.com.mx/Depresión.htm>. Págs: 4,10,11.
- 8.- Marsellach, Gloria; Psicóloga. La depresión. Págs. 1-4.
- 9.- Borja, Victor Hugo; Bustamante, Patricia; Rascon, Ramon; Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas. Salud Pública Mex 1994; 36: 51- 60. Págs: 3-6.
- 10.- Romeu, J.; Médico Psiquitra y Psicólogo. Depresión en la infancia y en la adolescencia. Págs: 1-2.
- 11.- Trava, Manuel; Artículo 805 de Medyred. Intentos de suicidio en jóvenes hospitalizados en Psiquiatría. Págs: 1-2.
- 12.- Tarangano, F.; y Cols.; Asociación Argentina de Psiquiatras- Alcmeon 27- Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión. Págs: 1-3.
- 13.- Salin – Pascual, Rafael; Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Trastornos afectivos para médicos no psiquiatras. Págs: 105 - 110.
- 14.- Fountoulakis KN; y cols.

neuropsychobiology. 49 (1): 42-52, 2004.

3rd Department of psychiatry, Aristotle University, Thessaloniki, Greece.

Neurobiological and psychological correlates of suicidal attempts and thoughts of death.

15.- Van Hoof E. Cluydts R. De Meirler K.

Department of Human Physiology, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium.

Medical Hypotheses. 61 (1): 52-5 , 2003 Jul.

Atypical depression as a secondary symptom in chronic fatigue syndrome.

16.- Buysse DJ. Sleep and Chronobiology Program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, USA. Geriatrics, 59 (2): 47-51; quiz 52, 2004 Feb. Insomnia, depression and aging. Assessing sleep and mood interactions in older Adults.

17.- Rountree, Jorge; Profesor del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación. Salud y Productividad en el Trabajo Académico. Págs: 1,2,3,4.

18.- Jasis, Mónica; M.C., M.P.H.-1, Guendelman, Sylvia; PH. D.-2. Maquiladoras y mujeres fronterizas: Beneficio o daño a la salud obrera. Pág: 1

19.- CIMAC. Comunicación e información de la Mujer, programa SSA. La doble carga de trabajo de las mujeres, provoca serios problemas mentales. Pág: 1

20.- <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/2000/37.htm>

21.- Tamez, Silvia; M.C., M. M. S. –1

Martínez, Susana; Lic. en Psic. M. M. S. –2

Salud Pública de México

Marzo-abril de 1993, vol. 35, No. 2

Uso de computadoras personales y daño a la salud en trabajadores de un diario Informativo.

22.- Muller MJ. Dragicevic A. Department of psychiatry, University of Mainz, Untere Zahlbacher Strasse 8, D-55131 Mainz, Germany.

23.- <http://www.stps.gob.mx/312/publica/psicho.html>

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No. 40 DELEGACION 1 NOROESTE
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS TRABAJADORES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL DE LOS TRABAJADORES DE LA UMF No. 40

Hoja de recolección de datos generales

Marque con una "x" la respuesta correcta FOLIO _____

Edad: _____ años Sexo: M () F ()

Estado civil:

Soltero () Casado o unión libre () Divorciado o separado () viudo (a) ()

Escolaridad:

Secundaria () Preparatoria () Técnico () Profesional () Postgrado ()

Puesto laboral: _____

Años de antigüedad laboral: _____

Relación interpersonal existente entre el trabajo y su jefe inmediato:

Muy buena () buena () Regular () Mala () Pésima ()

Reconocimiento de su labor por parte de su jefe inmediato: Si () No ()

Cuestionario Clínico

Diagnóstico del Síndrome Depresivo

Dr. Guillermo Calderón Narváez

	si			
	No	poco	regular	mucho
1.- ¿Se siente triste o afligido?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?				
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10.- ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (solicitar que precise molestia)				
12.- ¿Se siente cansado o decaído?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.- ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.- ¿Ha sentido deseos de morirse?				
20.- ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

Calificación:

Preguntas contestadas en la primera columna

(NO) _____ X1= _____

Preguntas contestadas en la segunda columna (poco) _____

X2= _____

Preguntas contestadas en la tercera columna (regular) _____

X3= _____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (mucho) _____

X4= _____

Equivalente: Puntaje

≤ 45 No presencia de depresión

> 45 depresión

Elaboró el estudio _____

Fecha: _____

Firma: _____