

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14
BOULEVARD PUERTO AÉREO
MÉXICO, D.F.**

**“DETECCIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN
ADULTOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. CATALINA BRAVO ROSALES



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2005

m. 346088



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.

**“DETECCIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

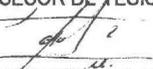
PRESENTA:

DRA. CATALINA BRAVO ROSALES

AUTORIZACIONES


DRA. GLORIA LOERA ROMO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14


DR. MIGUEL ANGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.
ASESOR DE TESIS


DR. JOSE LUIS HERRERA GONZÁLEZ
MÉDICO FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ASESOR DE ESTADÍSTICA


DRA. LAURA OVALDE MONTES DE OCA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

MÉXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2005



**“DETECCIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADULTOS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CATALINA BRAVO ROSALES

AUTORIZACIONES

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

DR. ARNULFO IRIGOEYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN 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.

DEDICATORIA

A mi madre:

Por el ejemplo de fortaleza y de carácter que me dio.

A mi hermano Juan:

Por sus enseñanzas y consejos para enfrentar la vida. (In memoriam).

A mi esposo:

Por creer en mí, por su apoyo, comprensión y paciencia en los momentos difíciles de mi formación como especialista. (In memoriam).

A mi hijo:

Por ser la razón de mi existir, que me impulsa hacia nuevos horizontes y metas a lograr en mi vida.

A mis profesores:

Dra. Gloria Loera R.

Por el entusiasmo y la confianza que depositó en mí y mis compañeros para lograr esta meta.

Dr. Alberto Jaimes V.

Dra. Laura Olalde M. de O.

Por los conocimientos transmitidos durante esta etapa de formación médica.

A mis asesores de tesis:

Dr. Miguel Ángel Hernández Hernández

Por haberme llevado de la mano durante la realización de esta investigación, por el tiempo y paciencia que me tuvo.

Dr. José Luis Herrera González

Por dedicarme parte de su valioso tiempo en la realización de este trabajo.

A mis amigas:

Ma. Del Carmen Velasco L.

Por la paciencia y tiempo que me brindaste para iniciar este estudio.

Sofía Guerrero P.

Por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos.

Eva Sosa M.

Por tus sabios consejos, por la confianza que me tienes, por el tiempo que me dedicaste para la revisión de este trabajo.

Lourdes García V.

Por el valioso apoyo para la captación de pacientes durante la consulta médica.

Ma. Elena Dorantes G.

Por el apoyo incondicional que me diste para poder lograr este objetivo.

A los doctores:

Dr. Rubén Hernández May

Dra. Ma. Liz Sosa M.

Dr. Juan Carlos Castro

Por su disponibilidad para facilitarme los medios y material bibliográfico, para lograr mi formación profesional.

Gracias, por hacer posible esta realidad.

INDICE GENERAL

	Pag.
Marco teórico	1
Planteamiento del problema	23
Justificación	24
Objetivos	25
Metodología	25
Resultados	29
Discusión	44
Conclusiones	45
Referencias bibliográficas	47
Anexos	50

Marco teórico

Antecedentes históricos

A lo largo de la historia se han descrito cuadros depresivos (Antiguo testamento e Iliada); ya en el siglo IV antes de Cristo Hipócrates utilizaba los términos manía y melancolía para referirse a algunos enfermos; Galeno en el siglo II utilizó los términos de Hipócrates; en el siglo XII Maimónides habló de la melancolía; en el siglo XVII Bonet describió una enfermedad mental llamada maniaco-melancholicus; en 1882 Kahlbaum usó por vez primera el término ciclotimia; en 1899 Emil Kraepelin describió una psicosis maniacodepresiva con los síntomas que hoy se atribuyen a la enfermedad bipolar I e hizo la diferencia entre esta entidad y la demencia precoz (esquizofrenia), basándose en la ausencia de deterioro en el primer trastorno.¹

Definiciones de depresión

Las teorías psicológicas afirman que la depresión (y la manía) son una perturbación del estado de ánimo, es decir, un trastorno afectivo, mientras que otros sostienen que la depresión es un trastorno cognoscitivo, con perturbación del proceso mental.²

En 1917 Freud estableció que la diferencia entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de la autoestimación. En la pesadumbre el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y torna pobre el yo mismo. En el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.²

Depresión viene del latín depressio, que significa hundimiento. El paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia. 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 mayor gravedad y duración, con signos y síntomas distintos a la normalidad.³

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos. Este trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual, es decir, es un trastorno global.⁴

Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 alrededor de 400 millones de personas en el mundo sufrían algún trastorno mental o neurológico, o algún problema psicosocial relacionado con el consumo de alcohol o consumo de drogas" (WHO/OMS,2000).⁵

Por el incremento en la prevalencia de la depresión la Asociación Mundial de Psiquiatría estimó que para el año 2020 la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo".^{3,5}

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud determinó, mediante una encuesta que aplicó en el año 2000 en México, que 28.6 por ciento de la población general presentó un trastorno mental y que de éstos 13.9 por ciento lo presentó en los últimos 12 meses; y 5.8 por ciento en los últimos 30 días. Determinó también que el trastorno más frecuente es el de ansiedad, el cual se presenta en 14.3 por ciento de los casos, seguido por los trastornos por uso de sustancias que se presenta en 9.2 por ciento y por último los trastornos afectivos que se presentan en 9.1 por ciento de los casos.⁶

La encuesta también identificó que quienes más presentan trastornos relacionados con la salud mental durante su vida son los hombres pero que, sin embargo, son las mujeres quienes presentan trastornos afectivos con mayor frecuencia, y que 9 por ciento de la población adulta entre 18 y 65 años presenta trastornos afectivos y 7.8 por ciento episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón.⁶

Por otra parte, un estudio realizado por el ISSSTE determinó que los trastornos depresivos presentan un comportamiento ascendente. También que, en términos generales, durante el año 2002 los trastornos depresivos presentaron una incidencia de 19.4 por ciento, una prevalencia de 56.8 por ciento y una frecuencia ajustada de 42.1 por ciento del total de la consulta externa psiquiátrica.⁷

Además, el estudio concluyó que hasta un 17 por ciento de los días laborales perdidos pueden ser atribuidos a trastornos depresivos.⁷

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revisión (DSM-IV-TR), de Estados Unidos, se afirma que la incidencia del estado depresivo mayor es de 20 por ciento en mujeres y 12 por ciento en hombres, que esta enfermedad se asocia con la mitad de intentos de suicidio, y que, además de ser la segunda causa de muerte en la población de 20 a 35 años, representa de 10 a 30 por ciento de las muertes.⁸

En México en el año 2000 el trastorno del afecto constituía la décima causa de muertes en personas en edad productiva y alcanzaba una tasa de 4.94 defunciones por cada 100 000 habitantes y, en el Distrito Federal, el suicidio fue la vigésimo octava causa de mortalidad general, con una tasa de 3.7 fallecimientos por cada 100 000 habitantes. Desafortunadamente, conocer la situación actual del suicidio es difícil, ya que el estigma social y religioso que se asocia con él lleva a que se oculten los casos de intentos de suicidio, por otra parte, las estimaciones epidemiológicas al respecto se basan en los registros oficiales, en los que es obligatorio reportar los suicidios consumados, pero no los intentos.⁹

El riesgo de padecer un episodio depresivo en vida es de aproximadamente 6 por ciento en los hombres y 12 por ciento en las mujeres, y estas últimas tienen el doble de probabilidades que los hombres de presentarla durante su vida, pero buscan ayuda médica con mayor frecuencia que los primeros. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad, aunque su mayor frecuencia ocurre entre los 20 y los 45 años.¹⁰

Clasificación de los trastornos del estado de ánimo- DSM-IV-TR.¹¹

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor
Episodio maniaco
Episodio mixto
Episodio hipomaniaco

Trastornos depresivos

F3x.x Trastorno depresivo mayor
F34.1 Trastorno distímico
F32.9 Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

F3x.x Trastorno bipolar I
F31.8 Trastorno bipolar II
F34.0 Trastorno ciclotímico
F31.9 Trastorno bipolar no especificado

Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)
F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastornos del humor (afectivos) Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10.¹²

Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante) o a la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y, a menudo, el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadoras de estrés.

F30 Episodio maniaco
F30.0 Hipomanía
F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
F30.2 Manía con síntomas psicóticos
F30.8 Otros episodios maniacos
F30.9 Episodio maniaco no especificado

F31 Trastorno afectivo bipolar

- F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente
- F31.1 trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
- F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares
- F31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado

F32 Episodio depresivo

Incluye episodios únicos de:
Depresión psicógena
Depresión reactiva
Reacción depresiva

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo no especificado

F33 Trastorno depresivo recurrente

Incluye episodios recurrentes de:
Depresión psicógena
Depresión reactiva
Reacción depresiva trastorno depresivo estacional
Excluye episodios recurrente depresivos breves

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente no especificado

F34 Trastorno del humor persistente

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F34-8 Otros trastornos del humor afectivos persistentes

F34.9 Trastorno persistente del humor afectivo no especificado

F38 otros trastornos del humor afectivos

F38.0 Otros trastornos del humor afectivos aislados

F38.1 Otros trastornos del humor afectivos recurrentes

F38.8 Otros trastornos de humor afectivos especificados

F39 Trastorno del humor afectivo no especificado

Características de los trastornos del estado de ánimo de acuerdo con su clasificación.

Episodio depresivo mayor. Es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.^{11,13}

Episodio maniaco. El síntoma clave es el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.^{11,13}

Episodio mixto. Un periodo (de al menos una semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor.¹¹

Episodio hipomaniaco. Periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días.¹¹

Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).¹¹

Trastorno distímico. Se caracteriza por al menos 2 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.¹¹

Trastorno depresivo no especificado. Trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno del estado de ánimo adaptativo, con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.¹¹

Trastorno bipolar I. Se caracteriza por uno o más episodios maniacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.¹¹

Trastorno bipolar II. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.¹¹

Trastorno ciclotímico. Al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y síntomas depresivos que no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor.¹¹

Trastorno bipolar no especificado. Trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección.¹¹

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.¹¹

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.¹¹

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo.¹¹

Etiología

Factores biológicos

Aminas biógenas. Entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más habitualmente implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.^{11,13}

Noradrenalina. La correlación sugerida por la investigación básica entre la “regulación a la baja” de los receptores B-adrenérgicos y la respuesta clínica a los antidepresivos es probablemente el dato más relevante para evidenciar el papel del sistema noradrenérgico en la depresión.^{11,13}

Serotonina. La enorme repercusión que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) –por ejemplo la fluoxetina– han tenido para el tratamiento de la depresión han convertido a la serotonina en el neurotransmisor más asociado con este trastorno. El descenso de serotonina puede precipitar una depresión y en algunos pacientes suicidas se han observado menores concentraciones de metabolitos de la serotonina en líquido cefalorraquídeo, y menos zonas de captación para la serotonina en las plaquetas, medidas a través de la unión a plaquetas de la imipramina.^{11,13}

Regulación neuroendocrina

El hipotálamo es esencial en la regulación de los ejes neuroendocrinos.

Eje adrenal. El papel del cortisol. La correlación entre la hipersecreción de cortisol y la depresión es una de las observaciones más antiguas de la psiquiatría biológica.¹³

Eje tiroideo. Los trastornos tiroideos se han asociado a menudo con los síntomas afectivos, y algunos investigadores han descrito problemas en la regulación del eje tiroideo en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Una implicación clínica directa de esta asociación es la importancia crítica que tiene evaluar a todos los pacientes con trastornos afectivos para conocer el estado de su eje tiroideo.¹³

Hormona del crecimiento. En varios estudios se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre pacientes deprimidos y sujetos normales en la regulación de la liberación de hormona del crecimiento.

Neuroimagen. Los estudios realizados con RM también han señalado que los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un núcleo caudado y unos lóbulos frontales de menor tamaño que los sujetos control.

Consideraciones neuroanatómicas. Tanto los síntomas de los trastornos del estado de ánimo como los hallazgos biológicos refuerzan la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo.¹³

Factores genéticos

El componente genético desempeña un papel más importante en la transmisión del trastorno bipolar I que en la del trastorno depresivo mayor.^{11,13}

Los estudios familiares han confirmado de manera repetida que los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno bipolar I tienen una probabilidad de sufrir este trastorno entre 8 y 18 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control y de 2 a 10 veces más de padecer un trastorno depresivo mayor.¹³

Factores psicosociales

Acontecimientos vitales y estrés ambiental. Una observación clínica confirmada indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores.

Familia. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.¹³

Factores de personalidad premórbidos. La predisposición de una persona a padecer depresión no depende de rasgos individuales de personalidad ni tipología

Factores de personalidad premórbidos. La predisposición de una persona a padecer depresión no depende de rasgos individuales de personalidad ni tipología específica alguna; todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse y, de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias.¹³

Cuadro clínico

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o de peso, del sueño (insomnio inicial, medio y tardío o hipersomnia) y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.¹¹

Frecuentemente el estado de un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como en un pozo. La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de haber perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.^{7,11}

El apetito disminuye y puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso. Los cambios psicomotores incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o entecimiento en el lenguaje, pensamientos y movimientos corporales.^{7,11,14}

Puede haber síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tales como cefalea, trastornos digestivos y dolor crónico.¹⁴

Estudios de laboratorio

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales más a menudo en grupos de sujetos con episodio depresivo mayor en comparación con sujetos de control. Las anomalías de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II.¹¹

Electroencefalograma

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40 a 60 por ciento de los casos ambulatorios y hasta en 90 por ciento de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen:

- 1) Alteraciones de la continuidad del sueño, con la latencia de sueño prolongado, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz;
- 2) Reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer periodo NREM:
- 3) Disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM)
- 4) Aumento de la actividad de la fase REM
- 5) Aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche
- 6) Algunos datos sugieren que estas anomalías del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden predecir el inicio de un episodio depresivo mayor en los individuos que presentan un aumento de riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo (familiares de primer grado de individuos que presentan trastorno depresivo mayor).¹¹

Estudios de imagen

Se indica realizar tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética nuclear cerebral. Los estudios de neuroimagen cerebral funcional muestran la existencia de alteraciones del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo en algunos individuos, como un aumento del flujo sanguíneo en las regiones límbicas y paralímbicas y un descenso en el córtex prefrontal lateral. La depresión que se inicia en etapas tardías de la vida se asocia con alteraciones de las estructuras cerebrales, incluyendo cambios vasculares periventriculares. Ninguno de estos cambios se observa en todos los individuos que sufren un episodio depresivo mayor y no existe ninguna alteración específica de la depresión.^{7, 10, 11}

Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 mencionan 10 síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado y de 8 de 10 síntomas, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves.¹¹

Criterios para el episodio depresivo mayor –DSM-IV-TR¹¹

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más de 5 por ciento del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

5) Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entecido)

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.¹¹

Uso de escalas de evaluación

El tipo más común de escalas registra únicamente síntomas y se utiliza para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que pueden presentarse en el curso de la enfermedad.¹⁵

Calificación

El método más sencillo de calificación es la presencia o ausencia del síntoma, por ejemplo, “duerme bien” o “no duerme bien”.

En otras ocasiones se toman en cuenta categorías globales como, “ligero”, “moderado” y “severo”. Cuando se desea cuantificar la evolución de un padecimiento las opciones pueden ser: “sin mejoría”, “algo de mejoría” y “curación total”. Para cuantificar la intensidad del síntoma muchos suelen tabularlo con los términos “ausente”, “dudoso” o “presente”

En todas las escalas se suman las calificaciones que se asignan a cada síntoma para poder obtener un puntaje total.

Tipos de escalas

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos, y otras por personas sin entrenamiento especial. Algunas pueden ser aplicadas por el mismo enfermo o por la persona que hace la entrevista.

Cuando el personal entrenado realiza la entrevista el rendimiento mejora y se evitan errores. El resultado es óptimo cuando el mismo médico aplica la prueba y emplea poco tiempo en la aplicación de las escalas. Esto permite además efectuar una observación colateral de la capacidad y seguridad del enfermo al realizar la prueba.¹⁵

Escalas de uso actual

Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (MMPI); la Escala de Hamilton y la Escala de Autoevaluación de Zung.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota

Consta de 566 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad. Su escala 2(D) se considera como la que corresponde al estado de ánimo y fue diseñada para medir la depresión. Consta de 60 reactivos, de los cuales 20 deben ser respondidos como “aciertos” y 40 como “falsos”.

Esta escala es confiable, pero tarda de una a dos horas para resolverse y sólo puede ser aplicada por un profesional de la salud mental muy competente.

Por otra parte, muchos de los reactivos no tienen relación con el cuadro de la depresión en nuestro medio como:

1. El 58 "Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron".
2. El 80 "De vez en cuando molesto a los animales".
3. El 130 "Nunca he vomitado o escupido sangre".
4. El 154 "nunca he tenido un ataque o convulsiones".
5. Y el 193 "No me dan ataques de alergia o asma".¹⁵

Escala de calificación de Hamilton para depresión (Hamilton Rating Scale for depresión, HAM-D)

Es la escala más ampliamente usada en estudios de tratamiento de la depresión y un instrumento estándar para evaluar otras escalas para depresión. Las calificaciones de la HAM-D están basadas en la entrevista. Contiene de 17 a 21 reactivos, dependiendo de la versión, que son calificados de acuerdo con la intensidad y frecuencia dentro de los pocos días previos a la entrevista. Los reactivos se califican de 0 a 2 o de 0 a 4, con una calificación total en la versión de 17 reactivos en un rango de 0 a 50. Calificaciones de 7 o menos pueden ser consideradas normales; de 8 a 13 leves; de 14 a 18 moderados; de 19 a 22 severos; de 23 o más muy severos. La HAM-D deberá ser utilizada por clínicos experimentados, ya que requiere habilidad en la entrevista de pacientes deprimidos y en la evaluación de los síntomas.^{15, 16}

Escala de autoevaluación de Zung

Publicada en 1965 por Zung y Durham, ha sido la más utilizada en nuestro país, sobre todo en investigaciones epidemiológicas (para medir la frecuencia de un problema). Sin embargo, presenta varios inconvenientes, sobre todo para su aplicación clínica en México, algunos de ellos se señalan a continuación:

1) La escala de Zung está diseñada para ser autoaplicada y, como ya se señaló en párrafos anteriores, este método, que puede ser válido en estudios de campo, no funciona en estudios clínicos de pacientes.

2) No existe un No categórico en Zung, por lo que algunas preguntas se quedan sin respuesta.

3) El recurso utilizado por Zung para presentar la mitad de las declaraciones en sentido negativo con el fin de evitar una tendencia confunde al paciente, sobre todo si es de bajo nivel cultural, y con frecuencia lo lleva a interpretar lo contrario de lo que se le pregunta.

4) La escala no considera tres síntomas muy frecuentes en nuestro país: la inseguridad, las ideas obsesivas (no neurosis obsesiva-compulsiva) y la disminución de la concentración.

5) Las personas que no tienen relaciones sexuales no responden el reactivo 6 de la escala, "Todavía disfruto de las relaciones sexuales", esto se debe a que en México esta pregunta se interpreta como relación coital, por lo que se debe hacer un planteamiento más amplio.

6) El reactivo 4 "Me cuesta trabajo dormirme en la noche" se refiere al insomnio temprano, por lo que debe ser cambiada por la pregunta: "¿Duerme mal de noche?", de connotación más amplia sobre todo en México, en donde predomina el problema del insomnio tardío. Además, si existe aumento del deseo de dormir, el síntoma debe ser valorado y calificado por el médico, ya que muchos pacientes duermen de más, posiblemente como un medio de evitar enfrentarse a las severas molestias que les origina el trastorno depresivo.

7) En el reactivo 5 "Como igual que antes solía hacerlo" sucede lo mismo que en el caso anterior, ya que el apetito compulsivo también es síntoma de depresión.^{15,16}

El Inventario de Beck. Otra escala para medir depresión

Fue desarrollada a principios de 1960 para calificar la severidad de la depresión enfocándose en las dimensiones cognitivas y conductuales del trastorno depresivo. Esta escala de autorreporte es tal vez la escala más usada para la evaluación de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión. Contiene 21 reactivos y cada uno consiste en un grupo de cuatro afirmaciones que el paciente debe leer cuidadosamente a fin de escoger en cada grupo la que describa de mejor manera cómo se ha sentido, ya sea la semana pasada o inclusive hoy.

Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y su respuesta tiene una estimación numérica, donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma: 0 (ausente), 3 (severo). Los puntos de corte de la escala se emplean para categorizar la severidad de la depresión: puntuación de 0 a 9 refleja ausencia o presencia mínima de síntomas, de 10 a 16 depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican depresión severa.¹⁷

Un cuestionario para diagnosticar la depresión

El doctor Calderón Naváez se basó en lo anterior para diseñar un cuestionario clínico para diagnosticar la depresión, el cual fue publicado por primera vez en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992 (Vol. 30, núm. 5/6 377-380). Anexo 1.¹⁵

El cuestionario consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas frecuentes de la depresión en nuestro medio sociocultural.

La cuantificación del síntoma puede ser negativa NO o Positiva SÍ, y en este caso se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR O MUCHO. Se califica de manera muy sencilla, ya que a cada síntoma se le asigna una puntuación en la esca-

la del 1 al 4 según su intensidad. Se puede obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80.

Los resultados deben evaluarse de la siguiente manera:

a) Puntuaciones entre los 20 y los 35 puntos corresponden a personas normales.

b) Puntuaciones entre los 36 y los 39 puntos pueden indicar un estado de ansiedad que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba.

c) Puntuaciones entre los 40 y los 45 puntos indican la presencia de una depresión incipiente.

d) Puntuaciones entre los 46 y los 65 puntos indican un cuadro depresivo de mediana intensidad.

e) Puntuaciones entre los 66 y los 80 puntos corresponden a un cuadro depresivo severo.

El instrumento está construido de acuerdo con el método de rangos sumariados de Liker con 4 opciones de respuesta. "No, poco, regular, mucho", que se califican del 1 al 4 según su intensidad, que va desde el nivel normal hasta la depresión severa.

Para valorar la confiabilidad de este cuestionario el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental efectuó un estudio en población abierta de zonas urbanas de Tlalpan, de donde seleccionó su muestra de acuerdo con el muestreo no probabilístico intencional. Para la aceptación del cuestionario del síndrome depresivo del doctor Guillermo Calderón Narváez como confiable se utilizó la prueba T de Student y alpha de Cronbach. A partir del análisis se consideraron determinantes 17 reactivos ($P_{> 0.0005}$), se rechazaron 3 (el 10, 19 y 20 que ya fueron modificados en el cuestionario) y se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.86, el cual indica que los reactivos son congruentes y precisos en la medición del síndrome depresivo. Cuadro 1.¹⁵

Tratamiento

La OMS establece dentro de su programa de salud mental que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria. Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos se retrasa debido a que los pacientes se rehúsan a informar síntomas depresivos o a enfrentar el estigma diagnóstico. Por lo tanto, los médicos de cuidado primario necesitan vigilar las manifestaciones de depresión y tener conocimiento de las recomendaciones terapéuticas actuales. La OMS estima, además, que entre 60 y 80 por ciento de las personas con trastornos depresivos pueden ser tratadas con un tipo de terapia breve y antidepresivos, sin embargo, en algunos países sólo 10 por ciento de estas personas recibe tales tratamientos. Esto se debe a diversas causas, entre ellas se cuenta la falta de recursos y de capacitación a los médicos, así como el estigma social asociado con cualquier trastorno mental, entre los que se incluye la depresión.⁹

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuales son las más documentadas en todas las publicaciones para el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor, son los tratamientos más eficaces.^{13,21}

Terapia cognoscitiva

Desarrollada por Aarón Beck, se centra en las distorsiones cognoscitivas que se considera están presentes en el trastorno depresivo mayor. El objetivo de la terapia es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia ayudando a los pacientes a identificar y poner a prueba las cogniciones negativas; desarrollar formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas; y practicar nuevas respuestas cognoscitivas y conductuales.^{14,15}

Terapia interpersonal

Desarrollada por Gerald Klerman, se centra en uno o dos problemas interpersonales que padezca el paciente en la actualidad. El programa de tratamiento con la psicoterapia interpersonal consta de 12 a 16 sesiones, una a la semana, y se caracteriza por ser un procedimiento terapéutico activo.¹³

Terapia de conducta

La terapia de conducta se basa en la hipótesis de que ciertos patrones conductuales desadaptativos hacen que la persona reciba una escasa retroalimentación positiva por parte de la sociedad o, incluso, un abierto rechazo. Al centrar la terapia en estas conductas desadaptativas los pacientes aprenden a conducirse en el mundo de tal forma que reciban más refuerzos positivos.²⁰

Terapia electroconvulsiva

Un tratamiento diferente a los anteriores es la *terapia electroconvulsiva*, el cual es sumamente efectivo en la mayoría de los pacientes con depresiones severas.⁷

Terapia herbolaria

En años pasados muchos tenían interés en el uso del tratamiento herbolario para los padecimientos de ansiedad y depresión. La hierba de san Juan (*Hypericum perforatum*), una hierba extensamente usada en el tratamiento de la depresión leve a moderada en Europa, recientemente ha despertado el interés en Estados Unidos.¹⁶

Farmacoterapia

Todos los antidepresivos en el mercado son efectivos. Normalmente la terapia tiene una duración de 2 a 6 semanas. El fracaso en el tratamiento con frecuencia no se debe a resistencia clínica sino a duración inadecuada del tratamiento o dosis inadecuadas de los fármacos administrados.⁷

La farmacoterapia inicial puede incluir cualquiera de los siguientes grupos de medicamentos:

Los inhibidores de la recaptura de serotonina incluyen: fluoxetine (Prozac), paroxetine (Paxil), sertraline (Zoloft), fluvoxamine (Luvox), citalopram (Celexa) y escitalopram (Lexapro), este grupo tiene la ventaja de que es fácil de dosificar y de baja

toxicidad en caso de sobredosis. Los efectos adversos incluyen trastorno gastrointestinal, disfunción sexual y cambios leves en la energía.⁷

Antidepresivos atípicos. Comprende venlafaxine (Effesor), bupropion (Wellbutrin), nefazodone (Serzone), mirtazapine (Remerón) y trazadone (Desirel). Los antidepresivos de este grupo también muestran baja toxicidad en caso de sobredosis además, pueden tener una ventaja por encima de los SRI por causar menos disfunción sexual y trastorno gastrointestinal.⁶

Antidepresivos tricíclicos. Éstos incluyen amitriptilina (Anapsique), nortriptilina (Motival), desipramina (Norpramin), clorimipramina (Anafranil), protriptyline (Vivactil) e imipramina (Tofranil).

Este grupo es muy eficaz en el tratamiento de depresión y es de bajo costo. Sus efectos adversos se deben a sus propiedades antihistamínicas y anticolinérgicas que provocan sedación, confusión, sequedad de boca, constipación, retención urinaria, disfunción sexual y ganancia de peso. Deben ser usados con precaución en pacientes con anomalías en la conducción cardíaca.⁷

Inhibidores de la monoaminoxidasa: Incluyen pñhenelzine (Nardil) y tranlycypromine (Parnate).

Son efectivos en los trastornos de ansiedad. Los pacientes que reciben tratamiento con inhibidores de la MAO deben seguir dieta con tiramina por el riesgo de presentar crisis hipertensiva.

Los medicamentos que bloquean la recaptura de norepinefrina y serotonina son antidepresivos que tienen efectos anticolinérgicos centrales y periféricos. Son metabolizados vía citocromo P-450. La inhibición enzimática varía entre los diferentes antidepresivos.⁷ En el siguiente cuadro se enlistan las características de este tipo de medicamentos.

CUADRO DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Desipramina (Norpramin)
Dosis adulto	100 a 250mg/ no exceder 300mg/d.
Dosis pediátrica	6 a 12 años 1.5mg/ kg /d. Más de 12 a. 25-50mg/d.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, glaucoma, embarazo
Interacciones	Con inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa).
Periodo gestacional	No se recomienda
Precauciones	Pacientes que reciben inhibidores de la MAO.
Nombre del medicamento	Fluoxetina (Prozac)
Dosis adulto	5 a 40mg/d no exceder 80mg
Dosis pediátrica	No utilizarse en menores de 18 años
Contraindicaciones	En hipersensibilidad
Interacciones	Con inhibidores de la MAO.
Periodo gestacional	No hay estudios en humanos.
Precauciones	No en embarazo y en pacientes que toman inhibidores de la MAO.
Nombre del medicamento	Venlafaxina (effesor)
Dosis adulto	150 a 225mg no exceder 375mg/d
Dosis pediátrica	No se ha establecido
Contraindicaciones	No prescribirse junto ni seguida por lo menos 2 semanas de un IMAO.
Interacciones	Cimetidina, inhibidores de la MAO, antiarrítmicos de clase 1
Periodo gestacional	No se ha establecido
Precauciones	En falla renal e insuficiencia hepática.
Nombre del medicamento	Tranlycypromina (Parnate)
Dosis adulto	10mg aumentar hasta 30 a 60mg/d v.o.
Dosis pediátrica	No establecida
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, hipertensión decontrolada, patología cardiaca y cerebrovascular e insuficiencia respiratoria.
Interacciones	Crisis hipertensiva, arritmias, efectos anticolinérgicos.
Periodo gestacional	No se ha establecido
Precauciones	Hipotensión ortostática, disfunción sexual.
Nombre del medicamento	Carbonato de litio (eskalith, lithobid)
Dosis adulta	600 a 1800mg/d.
Dosis pediátrica	6 a 12 años 15 a 60mg/d mayores de 12 años dosis de adulto-
Contraindicaciones	Enfermedad cardiovascular, falla renal y embarazo.
Interacciones	La indometacina, fenilbutazona ibuprofeno, naproxeno y en menor proporción sulindaco y aspirina incrementan los niveles plasmáticos del litio hasta en un 50%
Periodo gestacional	No se ha establecido
Precauciones	La administración junto con haloperidol o electrochoques, pueden provocar toxicidad con manifestaciones neurológicas permanentes.
Nombre del medicamento	Buspirona (BuSpar)
Dosis adulto	15mg/d. No exceder 60mg/d.
Dosis pediátrica	No establecida
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, inhibidores de la MAO.
Interacciones	
Periodo gestacional	No establecido
Precauciones	En insuficiencia renal y hepática.
Nombre del medicamento	Mirtazapine (Remerón)

Dosis adulto	15mg/d hasta 45mg/d
Dosis pediátrica	No establecida
Contraindicaciones	
Interacciones	
Periodo gestacional	No establecido
Precauciones	Aumento de peso, aumento del colesterol, sedación, agranulocitosis.
Nombre del medicamento	Escitalopram (Lexapro)
Dosis adulto	10mg/d una vez al día, máximo 20mg/d.
Dosis pediátrica	No recomendado
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento, tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO (IMAO).
Interacciones	Reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con IMAO o con el IMAO reversible (IMAR) moclobemida.
Periodo gestacional	No se recomienda su uso en embarazadas.
Precauciones	En pacientes con historia de manía/hipomanía. En diabetes altera el control glucémico.
Nombre del medicamento	Dextroamphetamine (Dexedrine)
Dosis adulto	5 a 60mg/d dividido en dosis.
Dosis pediátrica	No establecida
Contraindicaciones	Hipersensibilidad, psicosis, agitación hipertensión y enfermedad cardiovascular.
Interacciones	Inhibidores de la MAO, precipita arritmias, glaucoma.
Periodo gestacional	No se ha establecido
Precauciones	Angor, glaucoma, enfermedad cardiovascular.
Nombre del medicamento	Methylphenidate (Ritalin)
Dosis adulto	2.5mg, máximo 60mg/d.
Dosis pediátrica	No establecida
Contraindicaciones	Hipertiroidismo, enfermedad cardiovascular, osteoporosis.
Interacciones	
Periodo gestacional	
precauciones	
Nombre del medicamento	Liotionine (T3, cytomel)
Dosis adulto	5 m.c.g. cuatro veces al día PRN (por razón necesaria).
Dosis pediátrica	No establecida.
Contraindicaciones	
Interacciones	Incrementa el efecto de toxicidad de vasopresores y simpaticomiméticos; disminuye el de los betabloqueadores; incrementa/disminuye el efecto de agentes antidiabéticos y corticosteroides.
Periodo gestacional	
Precauciones	Síntomas de hipertiroidismo, aumenta el riesgo de disfunción cardíaca.

Fuente bibliográfica de los cuadros de medicamentos: 18, 19, 20, 21, 22

Uno de los objetivos al iniciar este estudio es el de encontrar la relación entre la frecuencia de la depresión y la dinámica familiar en que se desenvuelven los pacientes.

La familia

Familia (del lat. Familia). f. Conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales de un linaje. Grupo taxonómico subordinado al orden, inmediatamente superior a la tribu o subfamilia.²³

Jaime e Irigoyen señalan que, aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, la cual aún conserva la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.²⁴

Las familias están inmersas en un campo muy amplio de influencias culturales, por ejemplo el carácter de diferentes organizaciones complejas, cambios históricos y conflictos de valores debidos a diferencias étnicas, religiosas y de clase social. La familia actúa como un agente ideológico que transmite y perpetúa las acciones y normas sociales. Murdock sostiene que la familia es un grupo básico en todas las culturas.²⁵

Ciclo vital de la familia

Duvall ha definido 8 fases de ciclo vital familiar que son: 1. Matrimonio – pareja/inicio de la familia, 2. Nacimiento de los hijos, 3. Familia con hijos en la etapa preescolar, 4. Familia con hijos en la etapa escolar, 5. Familia con hijos adolescentes, 6. Separación familiar de los hijos, 7. Edad media/"nido vacío" y 8. Edad avanzada de los miembros de la familia/jubilación/retiro.

Este esquema ha sido reducido a 5 fases para facilitar la atención longitudinal de los miembros de la familia.

Fase I. Formación de la familia

Fase II. Crianza de los hijos

Fase III. Edad escolar

Fase IV. Abandono del hogar

Fase V. El hogar abandonado (padres solos)²⁶

El estudio de la familia desde la perspectiva médica requiere conocer su estructura y su funcionalidad. La primera evalúa su demografía y la etapa del ciclo vital y la segunda se aborda a través del genograma.

El genograma, árbol genealógico, pedigrée humano o familiograma es una representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Se representa en forma de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diferentes generaciones. La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas.²⁷

Métodos e instrumentos para la evaluación familiar

Observacionales

Permiten la evaluación directa de los patrones de interacción familiar. Los métodos e instrumentos que se utilizan en forma observacional proveen solamente de una visión externa del fenómeno.²⁷

De autoaplicación

Estos instrumentos proporcionan una perspectiva "interna" de la funcionalidad y son cuestionarios estandarizados que proveen de información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, sobre los demás miembros de la familia, sus actitudes, roles, valores, etcétera.²⁷

Se han identificado al menos ocho instrumentos:

1. Family Assessment Devise (FAD)
2. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)
3. Self-report Family Inventory (SFI)
4. Family Assessment Measure (FAM)
5. Family Environment Scale (FES)
6. Family Functioning Index (FFI)
7. Family APGAR (FAPGAR)
8. Family Functioning Questionnaire (FFQ)

A finales de los setenta Olson y sus colaboradores desarrollaron Family Adaptability and Cohesion, Evaluación Scales (FACES) para hacer operativas dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales, el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. El Modelo Circunflejo integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables. Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales los dos intermedios son normales o "balanceados", mientras que los niveles más altos y más bajos son "extremos" y sugieren disfunción relativa a la cohesión, adaptabilidad y comunicación.²⁷

Es necesario indicar que el Modelo Circunflejo dio origen al Paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III.

FACES III consta de 20 reactivos y es un instrumento fácil de aplicar y calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5. Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Permite realizar de manera integral un estudio clínico y sistemático de la familia en las áreas de adaptabilidad, cohesión y comunicación. Es un instrumento confiable con un coeficiente de Spearman-brown de 0.971 en el test aplicado por primera vez y de

0.975 en el test aplicado por segunda ocasión. Para identificar la variación de la respuesta en cada reactivo al aplicarse en dos ocasiones se utilizó la Wilcoxon signed-rank test y se obtuvieron valores de probabilidad inferiores a 0.05 en 17 de los reactivos. Ver anexo 2.²⁸

Aplicación de FACES III

Procedimiento para su aplicación:

Responder cada aseveración en relación con su familia.

Al contestar el cuestionario verifique la respuesta que considera que representa la forma en que habitualmente reacciona su familia. NO conteste de acuerdo con la manera en que piensa que debería de reaccionar su familia.

El investigador podrá aclarar las dudas que surjan en relación con el significado de palabras o aseveraciones. Debe evitar sugerir respuestas.

La calificación en *Cohesión* es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos nones.

La calificación en *Adaptabilidad* es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos pares.

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de *Cohesión* y *Adaptabilidad*, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en la tabla 1 y 2, con lo cual se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del Modelo Circunflejo.²⁸

Se han identificado cuatro niveles de cohesión. El nivel más bajo es el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.

La adaptabilidad permite identificar cuatro tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El nivel más bajo de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles, tablas 1 y 2.²⁹

TABLA 1

Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 - 34
Semirrelacionada	35 - 40
Relacionada	41 - 45
Aglutinada	46 - 50

TABLA 2

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 - 19
Estructurada	20 - 24
Flexible	25 - 28
Caótica	29 - 50

La disfunción familiar es una alteración en la dinámica familiar que da como resultado que el individuo tenga problemas de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, una condición compleja que requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas producen sensación de bienestar y de apoyo, la cual permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto influyen directamente y de manera determinante en las características de la dinámica familiar.

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva que genere acciones tendientes a cumplir las funciones que se esperan de ella.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con una investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000: "Alrededor de 400 millones de personas en el mundo sufren de algún trastorno mental o neurológico, o algún problema psicosocial relacionado, y para el año 2020 la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo."^{3,9}

La mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y 45 años de edad.¹⁰

La depresión es un problema de salud importante que no tiene relación con factores o procesos físicos o biológicos definidos en la actualidad.

En este estudio partiremos de la consideración de que la familia puede ser un factor causal directo o indirecto para el desarrollo o empeoramiento de los trastornos depresivos.

¿Cuál es la frecuencia de la depresión y alteración en la dinámica familiar en la población adulta de 20 a 59 años de edad del consultorio 20 del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar no. 14 del IMSS del 01 de julio al 31 de agosto del 2004?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los más comunes y más graves problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar de enfermedades incapacitantes en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular), pero que en el año 2020 ocupará el segundo lugar.

Las mujeres tienen dos veces más riesgo que los hombres de padecer la depresión durante su vida. Se ha demostrado que la mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y 45 años de edad. En Estados Unidos la incidencia de estado depresivo mayor es de 20 por ciento y la prevalencia de 10 por ciento en pacientes que asisten a la consulta externa. En el año 2000 en México 9 por ciento de la población adulta entre 18 y 65 años presentaba trastornos afectivos, 7.8 por ciento correspondían a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 por ciento mujeres por cada hombre. Sin embargo, la enfermedad presenta un comportamiento ascendente. Los trastornos depresivos presentaron una incidencia de 19.4 por ciento, una prevalencia de 56.8 por ciento y una frecuencia ajustada de 42.1 por ciento en la consulta externa psiquiátrica. En nuestro país, concretamente en el Distrito Federal, el suicidio fue la décimo octava causa de mortalidad general con una tasa de 3.7 fallecimientos por cada 100 000 habitantes en el año 2000.^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}

Como no existen referencias bibliográficas que asocien la depresión con la disfunción familiar, consideramos realizar este estudio con el fin de demostrar que la dinámica familiar sí influye en la frecuencia de trastornos depresivos.

Puesto que un alto porcentaje de trastornos depresivos no son diagnosticados ni tratados por los médicos familiares, probablemente por el desconocimiento de las manifestaciones de depresión (que semeja otro tipo de enfermedades), lo que en ocasiones duplica la consulta y genera una hospitalización e incapacidad que merma la salud del individuo y la economía familiar e institucional es prioritario diagnosticar tanto la enfermedad depresiva como sus causas.

La depresión y disfunción familiar pueden modificarse de acuerdo con la terapéutica empleada, ya sea por el médico familiar, el psicólogo o el psiquiatra.

Se cuenta con el apoyo de las autoridades de la unidad médica y la participación voluntaria del derechohabiente para llevar a cabo este estudio de la depresión y disfunción familiar, ya que no genera gastos onerosos para la institución ni para los pacientes que participarán sino sólo para el médico que está realizando el estudio.

OBJETIVOS

Objetivo general

Detectar depresión y la presencia de disfunción familiar en la población derechohabiente adulta de 20 a 59 años de edad que asiste a la consulta médica matutina del consultorio 20 de la Unidad de Medicina Familiar 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación 2, noreste D. F., en el periodo comprendido del primero de julio al 31 de agosto del 2004.

Objetivos específicos

1. Identificar en qué sexo se presenta más frecuentemente la depresión y las alteraciones en la dinámica familiar.
2. Clasificar el grado de depresión que presenta cada paciente de acuerdo con el cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón Narváez.
3. Clasificar por grupo de edad cuál es el más afectado por la depresión.
4. Conocer el grado de escolaridad que tiene el paciente detectado con depresión y alteraciones en la dinámica familiar.
5. Clasificar por estado civil qué grupo es el más afectado por la depresión.
6. Clasificar de acuerdo con la ocupación si existe algún grado de depresión y/o disfunción familiar.
7. Clasificar el tipo de dinámica familiar de los pacientes estudiados de acuerdo con el cuestionario FACES III.
8. Clasificar qué tipo de alteración de la dinámica familiar presentan los pacientes deprimidos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio. Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Población, lugar y tiempo. El estudio se realizará en la UMF 14 ubicada en Boulevard Puerto Aéreo no. 88 Col. Moctezuma 1ra. Sección, el total de derechohabientes que se encuentran adscritos es de 111 426, de los cuales 55 548 son mujeres y 55 878 son hombres. El consultorio 20 turno matutino tiene una población total de 2214 derechohabientes, a la cual corresponden 540 hombres y 637 mujeres del grupo de edad de 20 a 59 años. Las encuestas se aplicarán del 1ro. de julio al 31 de agosto del 2004.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra. Muestra no aleatoria por cuotas, el número de pacientes dependerá de los que lleguen y quieran contestar los cuestionarios del 01 de julio al 31 de agosto del 2004.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Criterios de inclusión:

1. Ser derechohabiente de la UMF 14 del IMSS, consultorio 20, matutino.
2. Edad comprendida entre 20 y 59 años.
3. Ambos sexos.
4. Escolaridad sin importar el grado de estudios.
5. Cualquier ocupación.
6. Cualquier estado civil.
7. Que su participación sea voluntaria.
8. Sin enfermedad psiquiátrica subyacente.

Criterios de exclusión:

1. No ser derechohabiente del consultorio 20 matutino.
2. Ser menor de 20 y mayor de 59 años de edad.
3. Que no acepten participar en el estudio.
4. Que no sepa leer y escribir.
5. Con enfermedad psiquiátrica.

Criterios de eliminación:

1. Llenado incorrecto de los cuestionarios o incompletos.
2. Baja de la unidad o cambio de consultorio.

Información a recolectar:

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable.
Edad	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Hogar 2. Empleado 3. Obrero 4. Comerciante 5. Jubilado
Función familiar	Cualitativa	Nominal	1. Normofuncional 2. Disfuncional
Depresión	Cualitativa	Nominal	1. Normal 2. Reacción de ansiedad 3. Depresión incipiente 4. Depresión media 5. Depresión severa

Método o procedimiento para captar la información. Se solicita la autorización del Comité de Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social para la realización de 2 tipos de encuestas (Cuestionario para el Diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón Narvéez que constan de ficha de identificación (edad, estado civil, sexo, ocupación escolaridad) y 20 reactivos para valorar depresión y el cuestionario FACES III para valorar la funcionalidad familiar.

Se aplicarán ambos cuestionarios para valorar funcionalidad familiar y depresión al otorgar la consulta al paciente, al cual se le explicará en qué consiste el estudio y se le preguntará si está de acuerdo en contestar libremente las 20 preguntas de cada uno de los cuestionarios, en un tiempo aproximado de 20 minutos. Se le otorgará al paciente un documento para que firmen que dan su consentimiento de participación voluntaria. (Ver anexo 3)³²

Captados los datos, se procederá a clasificar y organizar la información para la elaboración de cuadros y gráficas; media, mediana y desviación estándar, posteriormente se realizará la discusión y conclusión de la información recabada.

Captados los datos, se procederá a clasificar y organizar la información para la elaboración de cuadros y gráficas; media, mediana y desviación estándar, posteriormente se realizará la discusión y conclusión de la información recabada.

Procedimiento estadístico

Se calcularán frecuencias simples y proporcionales; medidas de tendencia central y de dispersión.

Consideraciones éticas

De acuerdo con las consideraciones éticas, la Declaración de Helsinki constituye uno de los principales códigos éticos de la investigación biomédica con seres humanos.

Esta investigación clínica no implica riesgos de lesiones físicas o morales para los pacientes que participen en este estudio, cuenta además con la aceptación del Comité de Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar no.14, por lo tanto, puede ser llevada a cabo.

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. El universo de estudio estuvo integrado por la población adulta de 20 a 59 años de edad del consultorio 20 turno matutino de la unidad de Medicina Familiar no. 14 del IMSS.

A los pacientes seleccionados se les aplicó el cuestionario de depresión del Dr. Guillermo Calderón, el que clasifica a los pacientes como normales, con reacción de ansiedad, con depresión incipiente, con depresión media o con depresión severa para establecer el diagnóstico de depresión con la puntuación establecida; así mismo, se aplicó el cuestionario Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) para establecer la dinámica familiar con la amplitud de clase establecida.

A todos los pacientes seleccionados se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado para participar en el estudio. Se aplicaron los instrumentos en privado.

La muestra finalmente quedó integrada por 134 pacientes. La pérdida de pacientes fue de 13) pacientes (9%), conforme al número de pacientes registrado originalmente (143), los motivos para la no inclusión fueron mal llenado de cuestionarios y presencia de trastorno psiquiátrico.

La fuente de información fue la entrevista directa.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

Depresión (reacción de ansiedad, depresión incipiente, depresión media y depresión severa).

Función familiar (normofuncional o disfuncional).

Variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación).

Para el análisis y procesamiento de los datos se calcularon frecuencias simples y proporcionales; y en las variables continuas se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión.

Al clasificar por género a los 134 pacientes se obtuvieron los siguientes resultados: 40 hombres (30%) y 94 mujeres (70%). Ver cuadro y gráfica 1.

Según la clasificación de los cuadros depresivos del doctor Guillermo Calderón, 92 (68.7%) resultaron normales, 11 (8.2%) presentaron reacción de ansiedad, 10

(7.5%) presentaron depresión incipiente, 16 (11.9%) presentaron depresión media y, por último, 5 (3.7%) presentaron depresión severa. Ver cuadro y gráfica 2.

Al clasificar la muestra por grupos de edad se encontró que 42 pacientes (31%) padecían el síndrome depresivo, 10 (7.5%) de ellos pertenecían al grupo de 20 a 29 años, 11 (8%) al grupo de 30 a 39 años, 7 (5%) al grupo de 40 a 49 años y por último 14 (10.5%) al grupo de 50 a 59 años. Ver cuadro y gráfica 3.

Al determinar los porcentajes de síndrome depresivo en hombres y mujeres se obtuvieron los siguientes resultados: 27 hombres (20%) y 65 mujeres (49%) fueron normales; 4 hombres (3%) y 7 mujeres (5%) presentaron reacción de ansiedad; 2 hombres (1.5%) y 8 mujeres (6%) tuvieron depresión incipiente; 5 hombres (4%) y 11 mujeres (8%) presentaron depresión media y 2 hombres (1.5%) y 3 mujeres (2%) presentaron depresión severa. Ver cuadro y gráfica 4.

Al relacionar el índice de trastornos depresivos con el grado de escolaridad se encontró que de 31 pacientes (23.5%) de la muestra que tuvieron primaria, 17 (12.5%) fueron normales, 4 (3%) presentaron reacción de ansiedad, 2 (1.5%) mostraron depresión incipiente, 6 (4.5%) presentaron depresión media, 2 (1.5%) tuvieron depresión severa. De 46 pacientes (34%) de la muestra que tuvieron escolaridad de secundaria, 30 (22%) fueron normales, 6 (4.5%) mostraron reacción de ansiedad, 4 (3%) presentaron depresión incipiente, 4(3%) presentaron depresión media 2 (1.5%) mostraron depresión severa; de 45 pacientes con preparatoria (33.5%), 35 (26%) fueron normales, 1 (0.7%) tuvo reacción de ansiedad, 3 (2.1%) presentaron depresión incipiente, 5 (4%) tuvieron depresión media y 1 (0.7%) tuvo depresión severa; de 12 pacientes (9%) con nivel profesional, 10 (7.5%) fueron normales, 1 (0.7%) tuvo depresión incipiente y 1 (0.7%) tuvo depresión media. Ver cuadro y gráfica 5.

Al clasificar a los integrantes de la muestra de acuerdo con su estado civil se encontraron los siguientes índices de depresión. De 92 pacientes casados (69%), 64 (48%) fueron normales, 9 (7%) tuvieron reacción de ansiedad, 7 (5%) presentaron depresión incipiente, 9 (7%) tuvieron depresión media y 3 (2%) mostraron depresión severa, de 26 pacientes solteros (20%), 16 (12%) fueron normales, 1 (0.7%) tuvo reacción de ansiedad, 3 (2%) presentaron depresión incipiente, 5(3.7%) mostraron depresión media, 1(0.7%) presentó depresión severa, de 12 pacientes que viven en unión libre (9%), 10 (7.6%) fueron normales, 1 (0.7%) tuvo reacción de ansiedad y 1 (0.7%) mostró depresión severa, de 2 pacientes viudos (1%) los 2 fueron normales, de 2 pacientes divorciados (1%) los 2 tuvieron depresión media. Ver cuadro y gráfica 6.

La clasificación de los índices de síndrome depresivo con base en la ocupación de los pacientes dio los siguientes resultados: de 45 pacientes (33.5%) dedicados al hogar, 26 (20%) fueron normales, 4 (2.9%) presentaron reacción de ansiedad, 4 (2.9%) mostraron depresión incipiente, 9 (6.7%) presentaron depresión media y 2 (1.5%) depresión severa. De 79 empleados (59%), 59 (44%) fueron normales, 6 (4.5%) tuvieron reacción de ansiedad, 5 (4%) presentaron depresión incipiente, 6

(4.5) presentaron depresión media y 3 (2.2%) mostraron depresión severa; de 6 obreros (4.5%), 3 (2%) fueron normales, 1 (0.7%) presentó reacción de ansiedad, 1 (0.7%) mostró depresión incipiente y 1 (0.7%) presentó depresión media; de 2 comerciantes (1.5%) los 2 fueron normales; de 2 jubilados (1.5%) los 2 fueron normales. Ver cuadro y gráfica 7.

De las encuestas aplicadas, mediante la cédula de recolección de datos FACES III, a 134 pacientes para determinar las características de la dinámica familiar en la que se desenvuelven (normofuncional o disfuncional) se obtuvieron los resultados que se listan a continuación.

Cuarenta pacientes (31%) fueron normofuncionales y 92 (69%) presentaron alguna clase de disfunción. Ver cuadro y gráfica 8.

Al clasificar la muestra por grupos de edad para determinar normofuncionalidad o disfuncionalidad se encontró que en el grupo de 20 a 29 años 10 pacientes (7.5%) fueron normofuncionales y 32 (24%) fueron disfuncionales. En el grupo de 30 a 39 años 10 (7.5%) fueron normofuncionales y 18 (13.5%) fueron disfuncionales. En el grupo de 40 a 49 años 12 (8.5%) fueron normofuncionales y 18 (13.5%) fueron disfuncionales. En el grupo de 50 a 59 años 10 pacientes (7.5%) fueron normofuncionales y 24 (18%) fueron disfuncionales. Ver cuadro y gráfica 9.

Cuando clasificamos por género a los integrantes de la muestra encontramos los siguientes resultados en cuanto a alteración en la dinámica familiar: de 40 (30%) hombres 13 (10%) fueron normales y 27 (20%) fueron disfuncionales. De 94 mujeres (70%) 29 (21%) fueron normofuncionales y 65 (49%) fueron disfuncionales. Ver cuadro y gráfica 10.

Al dividir la muestra con base en el grado de escolaridad para determinar las frecuencias de normofuncionalidad y disfuncionalidad se obtuvieron los siguientes resultados: de 31 pacientes que tienen primaria 13 (9.5%) fueron normofuncionales y 18 (13.5%) fueron disfuncionales. De 46 pacientes con secundaria 12 (9%) fueron normofuncionales y 34 (25.5%) fueron disfuncionales. De 45 pacientes con preparatoria 12 (9%) fueron normofuncionales y 33(24.7%) fueron disfuncionales. De 12 pacientes con carrera profesional 5(3.5%) fueron normofuncionales y 7 (5.3) fueron disfuncionales. Ver cuadro y gráfica 11.

Cuando dividimos la muestra con base en la ocupación para determinar la normofuncionalidad o disfuncionalidad obtuvimos los siguientes resultados: de 45 pacientes dedicados al hogar 17 (13%) fueron normofuncionales y 28 (21%) fueron disfuncionales. De 79 empleados 22 (17%) fueron normofuncionales y 57 (42%) fueron disfuncionales. De 6 obreros 3 (2%) fueron normofuncionales y 3 (2%) fueron disfuncionales. De 2 comerciantes (1.5%) ambos fueron disfuncionales. De 2 jubilados (1.5%) ambos fueron disfuncionales. Ver cuadro y gráfica 12.

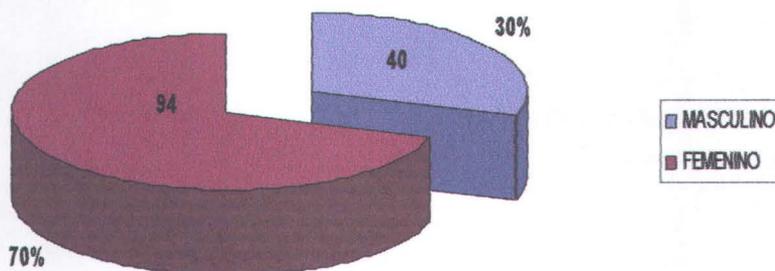
Para la edad comprendida entre 20 y 59 años se obtuvo una media de 39 para el sexo femenino y 36 para el sexo masculino, una mediana de 39 en el sexo femenino y 36 para el sexo masculino, y una desviación estándar de 11.

Cuadro 1. Población en estudio por sexo.

Sexo	Pacientes	%
Femenino	94	70
Masculino	40	30
Total	134	100

Fuente: Cédula de recolección de datos cuestionario del Dr. Guillermo Calderón.

Gráfica 1. Se muestra el porcentaje de la población en estudio por sexo adscritas al consultorio 20 del turno matutino de la UMF 14

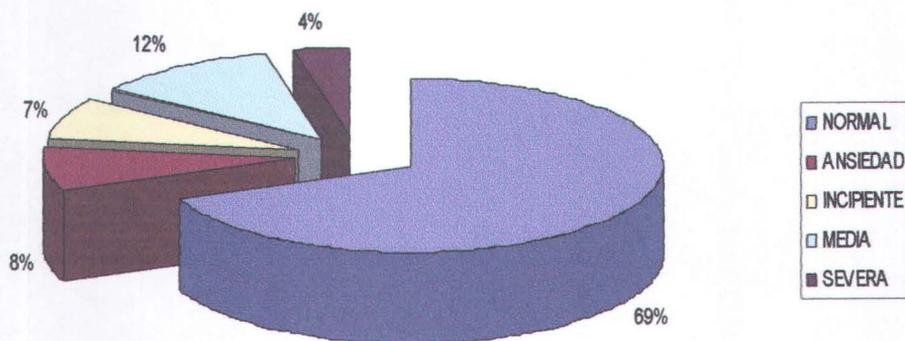


Cuadro 2. Clasificación de la población de acuerdo al cuestionario diagnóstico de depresión.

Normal	92	68.7 %
Reacción de ansiedad	11	8.2%
Depresión incipiente	10	7.5%
Depresión media	16	11.9%
Depresión severa	5	3.7%
Total de pacientes	134	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Gráfica 2. Clasificación de la población de acuerdo al diagnóstico de depresión.

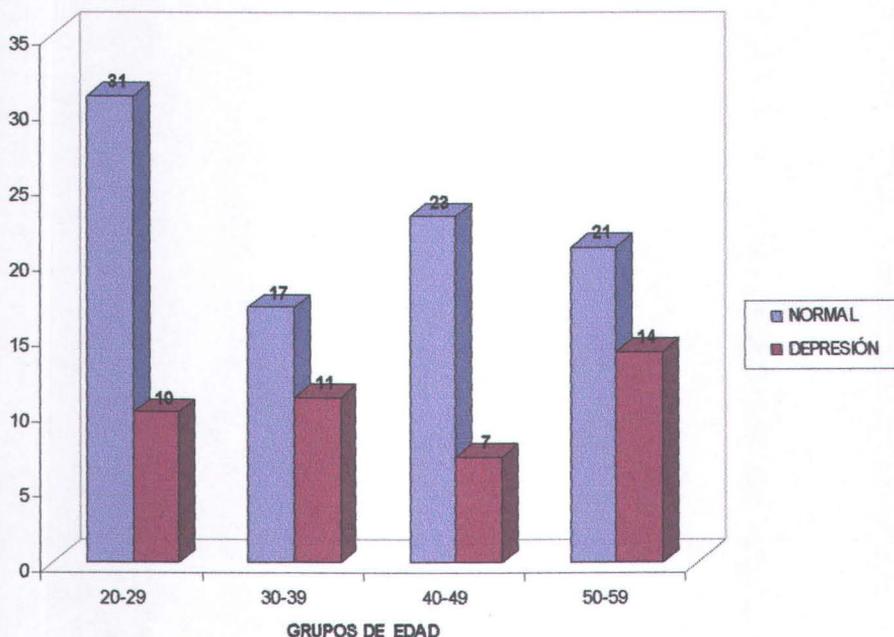


Cuadro 3. Grupos de edad, más afectados por depresión.

Grupos de edad	Normal	Reacción de ansiedad	Depresión incipiente	Depresión media	Depresión severa	Total síndrome depresivo
20 – 29	31 (23%)	1 (0.8%)	4 (3%)	4 (3%)	1 (0.8%)	10 (7.5%)
30 – 39	17 (13%)	4 (3%)	3 (2%)	4 (3%)		11 (8%)
40 – 49	23 (17%)	2 (1.2%)	1 (0.8%)	2 (1.2%)	2 (1.5%)	7 (5%)
50 – 59	21 (16%)	4 (3%)	2 (1.2%)	6 (4.8%)	2 (1.5%)	14 (10.5%)
Total pacientes	134 92 (69.0%)	11 (8%)	10 (7%)	16 (12%)	5 (4%)	42 (31%)

Fuente: Cédula de recolección de datos, cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón.

Gráfica 3. Población por grupos de edad afectados por depresión.

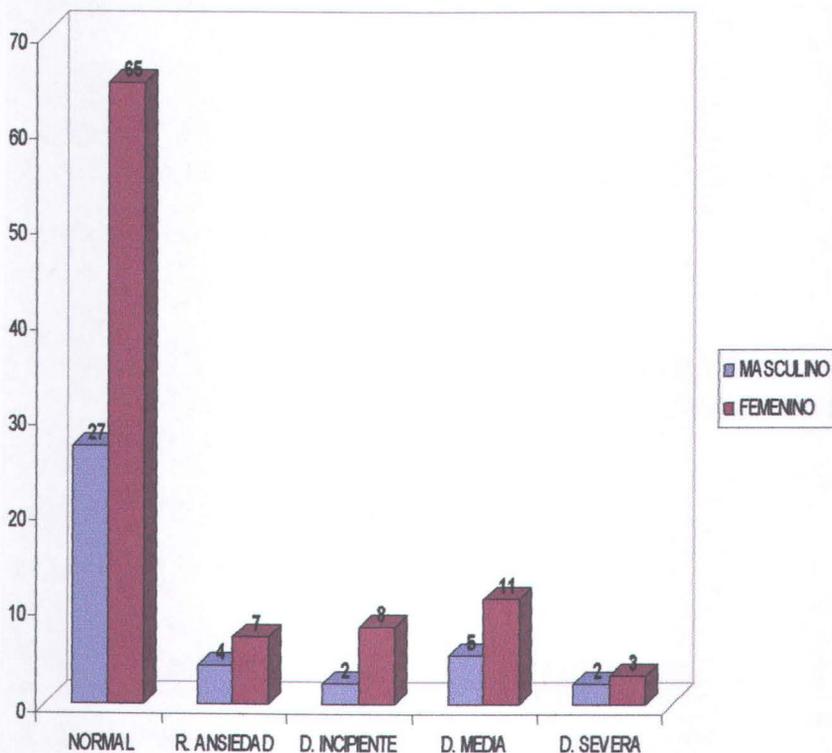


Cuadro 4. Clasificación por sexo con cuadros de depresión.

Sexo	Masculino	%	Femenino	%
Normal	27	20	65	49
Reacción de Ansiedad	4	3	7	5
Depresión incipiente	2	1,5	8	6
Depresión media	5	4	11	8
Depresión severa	2	1,5	3	2
Total 134 pacientes	40	30	94	70

Fuente: Cédula de recolección de datos

Gráfica 4. Población por sexo en la que se presentan las etapas de depresión.

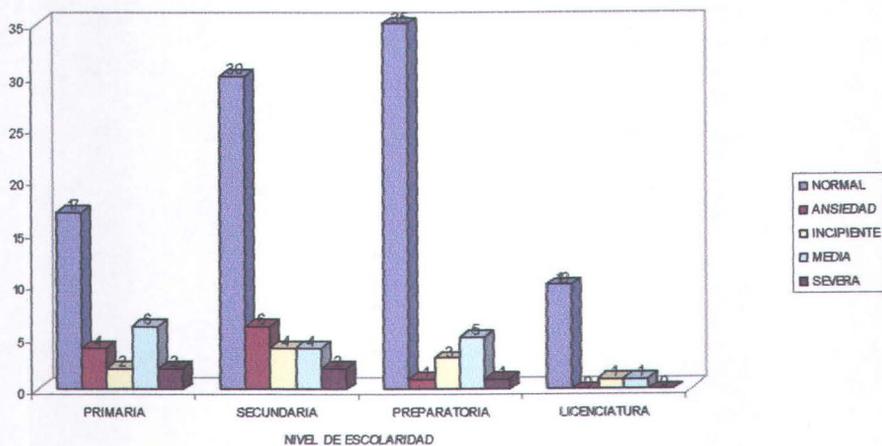


Cuadro 5. Escolaridad que tiene el paciente detectado con depresión.

C. Depresión.	Primaria	%	Secundaria	%	Preparatoria	%	Profesional	%
Normal	17	12.5	30	22.0	35	26.0	10	7.5
Reacción de ansiedad	4	3.0	6	4.5	1	0.7		
Depresión incipiente	2	1.5	4	3.0	3	2.1	1	0.7
Depresión media	6	4.5	4	3.0	5	4.0	1	0.7
Depresión severa	2	1.5	2	1.5	1	0.7		
Total 134 pacientes	31	23.5	46	34.0	45	33.5	12	9.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Gráfica 5. Nivel de escolaridad de la población en estudio detectada con cuadros de depresión.

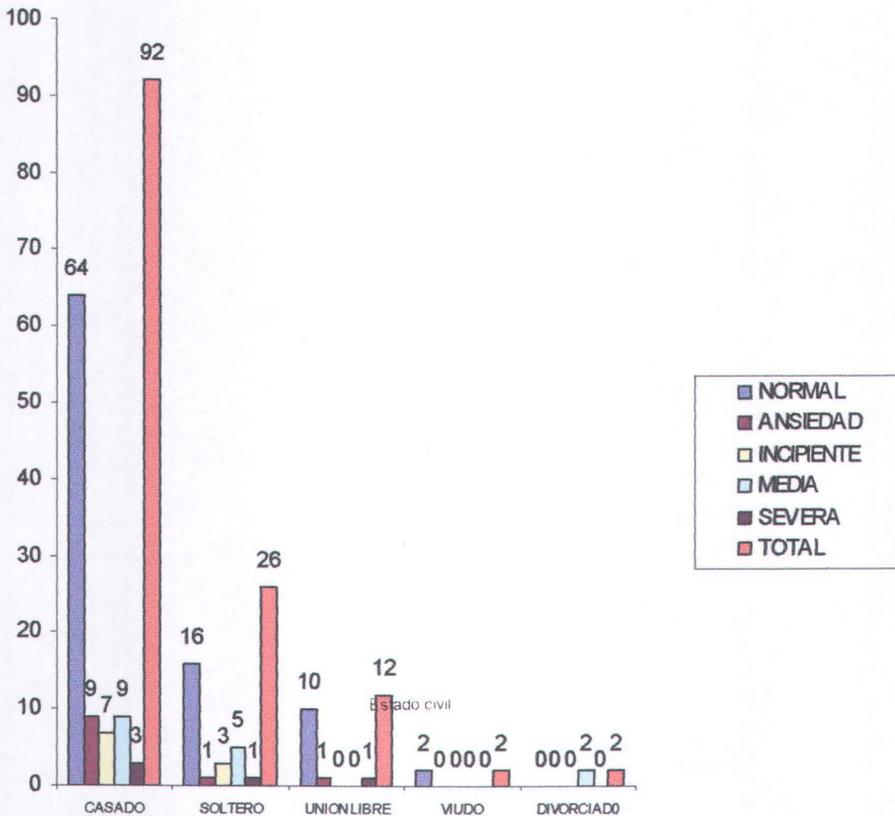


Cuadro 6. Clasificación de la población por estado civil y cuadros de depresión.

Estado civil	Casado	%	Soltero	%	Unión libre	%	viudo	%	Divorciado	%
Normales	64	48.0	16	12.0	10	7.6	2	1.0		
Reacción de ansiedad	9	7.0	1	0.7	1	0.7				
Depresión incipiente	7	5.0	3	2.0						
Depresión media	9	7.0	5	3.7					2	1.0
Depresión severa	3	2.0	1	0.7	1	0.7				
Total 134 pacientes	92	69.0	26	20	12	9.0	2	1.0	2	1.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Gráfica 6. Frecuencia de la depresión y estado civil de la población en estudio

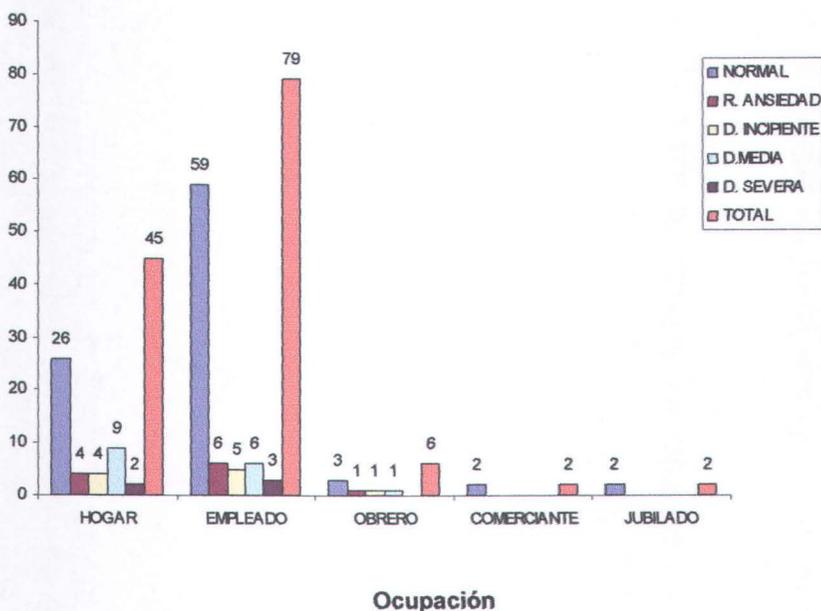


Cuadro 7. Etapas de depresión con base en la ocupación.

Ocupación	Hogar	%	Empleado	%	Obrero	%	Comerciante	%	Jubilado	%
Normal	26	20	59	44	3	2	2	1.5	2	1.5
Reacción de ansiedad	4	2.9	6	4.5	1	0.7				
Depresión incipiente	4	2.9	5	4	1	0.7				
Depresión media	9	6.7	6	4.5	1	0.7				
Depresión severa	2	1.5	3	2						
Total pacientes	134	45	79	59	6	4.5	2	1.5	2	1.5

Fuente: cedula de recolección de datos

Gráfica 7. Población en estudio por ocupación y cuadros de depresión

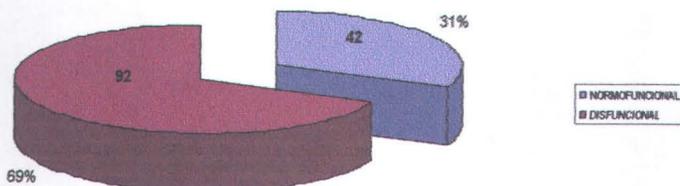


Cuadro 8. Clasificación de la población de acuerdo al cuestionario FACES III.

Normofuncional	42	31%
Disfuncional	92	69%
Total 134 pacientes	134	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

Gráfica 8. Población normal y disfuncional en estudio

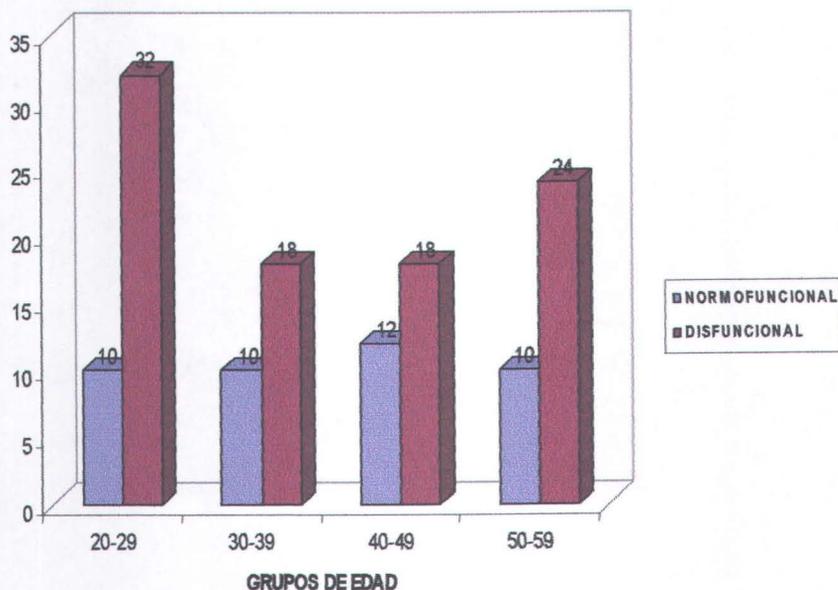


Cuadro 9. Población por grupos de edad con alteración en la dinámica familiar

Grupos de edad	Normofuncional	Disfuncional
20-29	10 (7.5%)	32 (24%)
30-39	10 (7.5%)	18 (13.5%)
40-49	12 (8.5%)	18 (13.5%)
50-59	10 (7.5%)	24 (18%)
Total 134 pacientes	42 (31%)	92 (69%)

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

Gráfica 9. Población por grupos de edad normofuncional y disfunción familiar

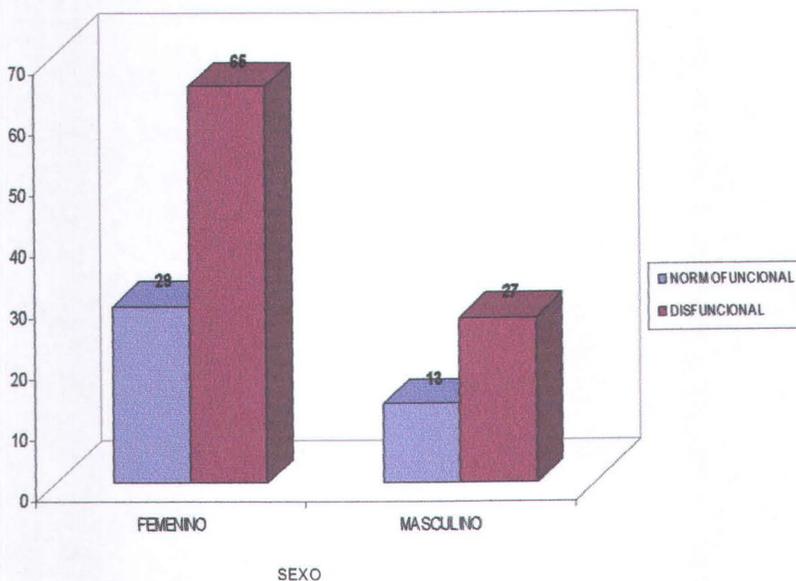


Cuadro 10. Sexo más afectado por alteraciones en la dinámica familiar.

Sexo	Masculino	%	Femenino	%
Normofunción	13	10	29	21
Disfunción	27	20	65	49
Total 134 pacientes	40	30	94	70

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

Gráfica 10. Población por sexo que presenta normofunción y disfunción familiar.

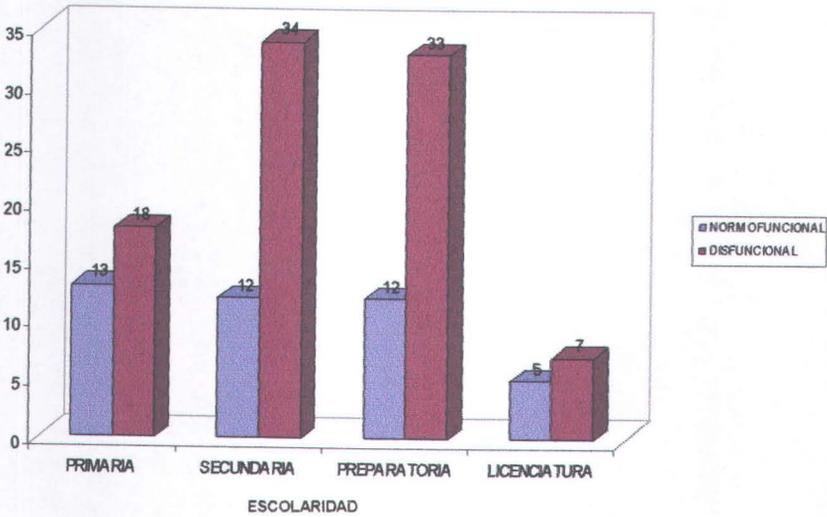


Cuadro 11. Escolaridad de la población detectada con alteración en la dinámica familiar.

Escolaridad	Normofuncional	%	Disfuncional	%
Primaria	13	9.5	18	13.5
Secundaria	12	9.0	34	25.5
Preparatoria	12	9.0	33	24.7
Profesional	5	3.5	7	5.3
Total 134 pacientes.	42	31.0	92	69.0

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

Gráfica 11. Nivel de escolaridad de la población detectada con disfunción familiar

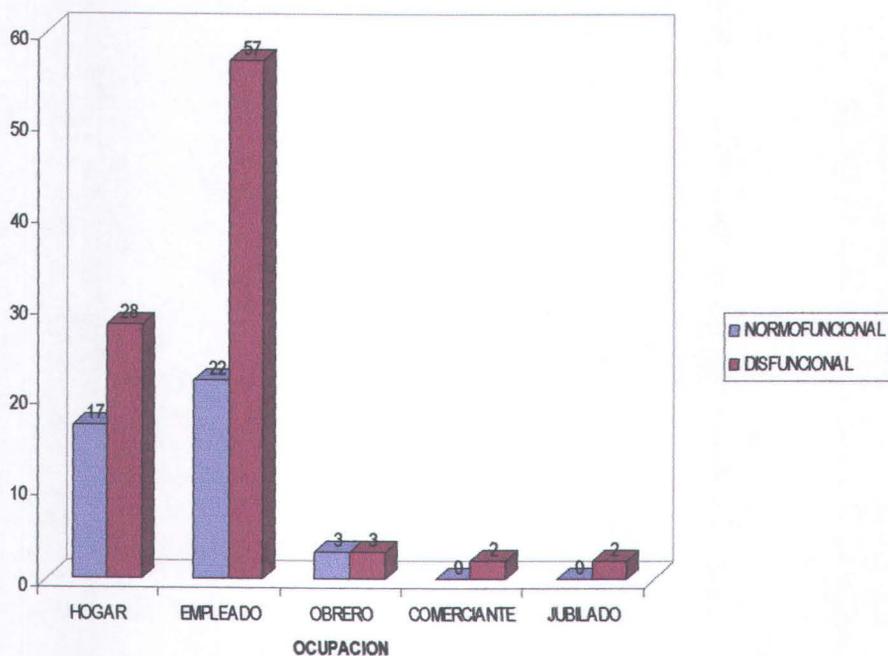


Cuadro 12. Clasificación de la población con alteración de la dinámica familiar y su ocupación

Ocupación	Normofuncional	%	Disfuncional	%
Hogar	17	13.0	28	21.0
Empleado	22	17.0	57	42.0
Obrero	3	2.0	3	2.0
Comerciante			2	1.5
jubilado			2	1.5
Total 134 pacientes	42	32.0	92	68.0

Fuente: Cédula de recolección de datos FACES III.

Gráfica 12. Frecuencia de la disfunción familiar y ocupación de la población en estudio



DISCUSIÓN

Al aplicar el instrumento seleccionado se encontró que de los 134 pacientes que integraron la muestra, 31 por ciento presentaron cuadros depresivos, un porcentaje más alto si se compara con los datos reportados en el estudio realizado por Medina M Ma E y col. , que reportó un 9.1 por ciento para los trastornos afectivos.⁶

Un estudio realizado por Soriano P. A. M. y col., indicó una incidencia de 19.4 por ciento, una prevalencia de 56.8 por ciento y una frecuencia ajustada de 42.1 por ciento, datos que difieren de nuestro estudio, ya que en éste sólo se determinó la frecuencia de los cuadros depresivos que fue de 31 por ciento de la población.⁷

Medina M. Ma. E. y col.⁶, al determinar la frecuencia del síndrome depresivo por género, encontraron que las más afectadas por los trastornos afectivos son las mujeres, 9 por ciento de la población adulta en el rango entre 18 y 65 años estaba afectada. Nuestro estudio indicó una frecuencia mayor del síndrome depresivo para las mujeres, la cual es de 21 por ciento en un rango menor de edad entre los 20 a 59 años.

Cabe mencionar que las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. También demuestran que las mujeres buscan ayuda médica con mayor frecuencia que los hombres, ya que ellos son más reacios para admitir que tienen depresión. Lloyd-Williams, Friedman T.; Heinze G.^{3,10}

Moreno C. S. realizó una tesis respecto a la funcionalidad familiar y depresión, con una muestra integrada por adolescentes, la cual determinó que 98.1 por ciento pertenecían a una familia disfuncional.³⁴ A diferencia de éste, el nuestro reportó una disfunción familiar en 69 por ciento de la población estudiada.

Al clasificar la muestra por grupos de edad se encontró que la frecuencia de la depresión media constituye un 10 por ciento en el grupo de 50 a 59 años de edad, en tanto que un estudio realizado por Heinze G.¹⁰ determinó una frecuencia mayor de la enfermedad entre los 20 y 45 años de edad, así como que esta enfermedad se presenta a cualquier edad. Este estudio difiere del nuestro, ya que no señala porcentajes de la frecuencia de dicha enfermedad.

Nuestro estudio también difiere de las investigaciones de los autores mencionados en el número de variables utilizadas, ya que, además de los grupos de edad y género, se estudiaron variables como la alteración de la dinámica familiar, la escolaridad, la ocupación y el estado civil de las cuales no se tienen reportes asociadas con la depresión. Esto no significa que no existan otros estudios que sí las consideren, sino que no se profundizó lo suficiente en la búsqueda de información bibliográfica al respecto.

CONCLUSIONES

La información obtenida en este estudio demostró que se cumplieron los objetivos propuestos que eran detectar la frecuencia de la depresión y de la disfunción familiar para la población de 20 a 59 años de edad, del consultorio 20, del turno matutino de la UMF No. 14 del IMSS.

Con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

1. Que la depresión se presentó en 31 por ciento de la población estudiada y la disfunción familiar en 69 por ciento.
2. Que de acuerdo con la clasificación del diagnóstico de depresión el más representativo de la población en general fue el de la depresión media, que se presentó en 12 por ciento por ciento de ésta.
3. Que el sexo más afectado por la depresión fue el femenino en 21 por ciento y la alteración de la dinámica familiar fue de 49 por ciento de la población.
4. Que por grupo de edad la depresión media se presentó en 4.8 por ciento para los pacientes de 50 a 59 años de edad y una disfunción familiar de 24 por ciento para el grupo de edad de 20 a 29 años.
5. Que el grado de escolaridad más afectado por la depresión media fue el de nivel primaria, en 4.5 por ciento; la disfunción familiar se encontró en los de nivel medio básico en 25.5 por ciento de la población.
6. Que la depresión media se presentó con mayor frecuencia en los casados en 7 por ciento de la población.
7. Que por el tipo de ocupación son las amas de casa las que presentaron depresión media en 6.7 por ciento y la disfunción familiar se encontró en 42 por ciento que fue representado por los empleados.

La información obtenida en nuestro estudio demostró que, al contrario de lo que se esperaba, hay una relación inversa de la frecuencia de la presentación de la depresión y la disfunción familiar.

Aunque nuestro estudio es descriptivo y cumple los objetivos establecidos, no se puede generalizar por no haber utilizado una muestra probabilística.

Por lo tanto, se sugiere que se abran nuevas líneas de investigación en las que se utilicen métodos más avanzados de estadística, que permitan establecer la relación entre depresión y disfunción familiar.

El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo; por lo que es la piedra angular en la acción anticipada al riesgo, ya que él es el primer contacto para el enfermo y su familia y el que percibe la nece-

sidad de realizar estudio clínico de la familia para identificar las causa de la posible disfunción familiar.

Es importante que en la consulta de primer nivel de atención se detecten los trastornos depresivos, se oriente e inicie tratamiento, y en los casos que así lo requieran, se canalice a los pacientes para que reciban atención especializada con el fin de evitar complicaciones biológicas, psicológicas y sociales; así como que se detecte la presencia de disfunción familiar y se brinde el manejo oportuno.

Sería conveniente que el Médico Familiar y demás especialistas del área de la salud contaran con un instrumento autoaplicable, como las escalas utilizadas en este estudio, para poder determinar la presencia de depresión o trastorno de la dinámica familiar y, en consecuencia lograr un manejo integral del paciente.

Implementar cursos de capacitación y talleres para los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales en la aplicación e interpretación de los instrumentos con los que se puede detectar la existencia de depresión (escala de Zung, cuestionario del Dr. Guillermo Calderón) o disfunción familiar (FACES III y Apgar familiar).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar SC, Prado OE. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias. 3ª. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.
2. Mendels, Joseph. La depresión, 4ta. Ed. Barcelona: Herder, 1972.
3. Williams ML, Friedman T. Depression in palliative care patients-a prospective study. *Eur J Cancer Care* 2001; 1 - 6.
4. Vázquez L-G A. Depresión. *Rev Fac. Med. UNAM* 1999; 42 (5): 194-196.
5. Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Depresión. Análisis de la problemática de la depresión. Servicios de salud mental www.ss.gob.mx.
6. Medina M Ma. E, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz BC. *et al* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. *Salud mental* 2003; 26 (4): 1-16.
7. Soriano P AM, Valencia G FJ, García S, Díaz M A, Prevalencia e incidencia de trastornos depresivos en consulta externa y psiquiatría de enlace en el centro médico nacional 20 de noviembre del ISSSTE. *Psiquiatría* 2003; época 2 Vol. 19 (2): 13-18.
8. Sarah CA, MD e medicine-depression. *Barri I Liskow*, 2002; 1-15.
9. Gutiérrez C M, Terán E D. Cartas al editor. *Salud pública de México*, 2003; 45 (6): 427 - 428.
10. Heinze G. La depresión: un fenómeno universal. *Med Int Mex* 2000; 16 (6): 308-326.
11. López-Ibor AJJ, Valdés MM. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-1V- tr,4ª. Ed. Barcelona, 2002; 387-399.
12. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión Washington, D. C.: OPS, 1995; 1: 317-324.
13. Kaplan HI, M.D., Sadock, BJ, M.D. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatría clínica. Baltimore Maryland, 2000.
14. National Institute of Mental Health Depresión, www.nimh.gov/publicated/depression.cfm, 2000: 1-9.

15. Calderón NG. Depresión un libro para enfermos deprimidos y médicos en general, 2ª ed. Méx. 1999.
16. Asociación psiquiátrica mexicana en X11 Reunión estatal AJJI "El ecosistema y su impacto en la salud mental" clinimetría. 2001 enero 26-27.
17. Beck A, Ward C, C.Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 53-63.
18. Uriarte BV. Manual clínico de los antidepresivos, 1a. Ed. México: 1998 .
19. Salin PRJ. Manual de prescripción de antidepresivos 1a. Ed. México: 2003
20. M. H. Pollack y P.C. Marzol. Opciones farmacoterapéuticas en el tratamiento de la depresión y ansiedad comórbidas. Psiquiatría y Salud Integral 2001; 1 (2): 35-41.
21. Stewart SR, Collins AJ, Keller WT, Moy C, Rapaport M, Rhosental S, *et al* Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor. American Psychiatric Association 2001: 5-28
22. Burke WJ, Gerge I, Bose A. Fixed-dose trial single isomer SSRI escitalopram in depressed outpatients. J Clin Psychiatry 2002; 63: 331-336.
23. Diccionario terminológico de ciencias médicas, 11ª. Edición, Barcelona: Salvat, 1980: 1073.
24. Jaime AH, Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina familiar, 1ª. Ed. México, 1982.
25. Medalie JH, Medicina familiar: Principios y prácticas. México, 1987.
26. Taylor R.B., Medicina de familia principios y práctica. Springer Verlag, 1991.
27. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2): 45-57.
28. Gómez – Clavelina FJ, Irigoyen - Coria A, Ponce – Rosas ER, Mazón – Ramírez JJ, Dickinson – Bannack ME, Sánchez – González ME, *et al* Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family adaptability and cohesion evaluation scales). Arc Med Fam 1999; 1 (3): 73-79.
29. Dickinson-Bannack M.A., Ponce-Rosas E.R., Gómez Clavelina F.J., González Quintanilla E., Fernández Ortega M. A., Corzo Coello M.T., *et al* Determinan-

tes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención primaria 1998; 21(5):43-53.

30. Rodríguez A. Gabriela et al. Disfunción familiar con insuficiencia renal crónica. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2004; 42(2): 97-102.
31. Pérez M. A. Ética en la experimentación en humanos. Gaceta médica de México 1982; 118 (3): 83-92.
32. William T.C., Jr M.D, Paul S.A, M.D Roberto J. Levine M.D. La Declaración de Helsinki y los ensayos clínicos: un estudio de los ensayos controlados con placebo en la esquizofrenia. Revista oficial de la american psychiatric association 2003; 6 (5): 311-317.
33. Ponce R.E.R., Irigoyen C.A.E., Gómez C. F.J. F, Terán T. M., Landgrave I. S., Sánchez E. L.E. *et al* Guía para la tutoría de proyectos de investigación en medicina familiar. 2003; 1-31.
34. Moreno C.S. Tesis de recepción en especialización en Medicina Familiar. México, febrero 2001. 57

Anexo: Cuestionario 1

Cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón.

Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad
Fecha	Institución	Marque con una X su respuesta	

	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 el trabajo o en el estudio es menor?				
10. ¿Siente presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
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. ¿Siente deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito.

N = No = 1 P = Poco = 2 R = Regular = 3 M = Mucho = 4

Puntaje equivalente a:

Total _____

- 20 a 35 normal
- 36 a 39 reacción de ansiedad
- 40 a 45 depresión incipiente
- 46 a 65 depresión media
- 66 a 80 depresión severa

Elaboró el estudio

Firma

Anexo: Cuestionario 2

CUESTIONARIO FACES III

Nombre

Edad

Fecha.

Coloque el número que corresponda a su respuesta.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= Algunas veces 4= Casi siempre 5= Siempre.

Describa a su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí ____
2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. ____
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia. ____
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. ____
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos. ____
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad. ____
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. ____
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas. ____
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. ____
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos. ____
11. Nos sentimos muy unidos. ____
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones. ____
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. ____
14. En nuestra familia las reglas cambian. ____
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia. ____
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. ____
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones. ____
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad. ____
19. La unión familiar es muy importante. ____
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar. ____

Anexo: 3

Consentimiento de participación voluntaria

Consentimiento para participar en la encuesta (Cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos y alteración en la dinámica familiar cuestionario FACES III).

El presente cuestionario tiene como propósito (Diagnosticar depresión y alteración en la dinámica familiar).

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo 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 (o), lastimada (o) o agredida (o) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando 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 Medica

El cuestionario tiene (20 preguntas para depresión y 20 preguntas para alteración en la dinámica familiar) y se contesta aproximadamente en (20) minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? **Sí**___ **No**___

Firma

Muchas gracias por su participación.