



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR**  
**“GUSTAVO A. MADERO”**  
MÉXICO, D.F.

**DETECCIÓN DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR A TRAVÉS DE LA  
ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (M.I.N.I.) EN  
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DERECHAHABIENTES DE LA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A MADERO” DEL  
ISSSTE.**

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

PRESENTA:  
**DRA. MARÍA EUGENIA LÓPEZ TECPOYOTL**



**ISSSTE**

NÚMERO DE REGISTRO: 121.2008

MÉXICO, D.F. 2008.



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 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR A TRAVÉS DE LA  
ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (M.I.N.I.) EN  
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE  
MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A MADERO” DEL ISSSTE.**

**PRESENTA:  
DRA. MARIA EUGENIA LÓPEZ TECPOYOTL**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“GUSTAVO A. MADERO”  
I.S.S.S.T.E.  
DIRECTORA Y ASESORA DE TESIS

**DETECCIÓN DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR A TRAVÉS DE LA  
ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (M.I.N.I.) EN  
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA  
MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A MADERO” DEL ISSSTE.**

**PRESENTA:  
DRA. MARIA EUGENIA LÓPEZ TECPOYOTL**

**AUTORIDADES  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“GUSTAVO A. MADERO”**

**DRA. SARA MARTÍNEZ ORIHUELA  
DIRECTORA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“GUSTAVO A. MADERO”  
I.S.S.S.T.E.**

**DR. LUIS BELTRAN LAGUNES  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“GUSTAVO A. MADERO”  
I.S.S.S.T.E.**

**DETECCIÓN DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR A TRAVÉS DE LA  
ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL (M.I.N.I.) EN  
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE  
MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A MADERO” DEL ISSSTE.**

PRESENTA:  
**DRA. MARIA EUGENIA LÓPEZ TECPOYOTL**

AUTORIDADES  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

**DR. FELIPE GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## DEDICATORIA

A mi familia.....

A mis padres *Guillermo y Laureana*.

A mis hermanos *Guillermo, Carolina y Ramón*.

A *Martha*, y a mis sobrinas *Sofía y Silvana*.

En especial a mi hermano *Juan Manuel* por su paciencia, comprensión, por su apoyo incondicional, por motivarme a seguir luchando cada día.

## **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

### **A LA DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ**

POR SU TIEMPO, PACIENCIA, GENEROSIDAD, POR LA AYUDA QUE SIEMPRE ME BRINDO, POR ENSEÑARME QUE TODO TIENE UN POR QUE EN LA VIDA.

**GRACIAS.**

## AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** por darme oportunidad de vivir.

A la Dra. Laura Elena Sánchez Escobar.

Por ser guía y apoyo en mi proceso de formación en mi especialidad, por motivarme a ser mejor cada día.

Al Dr. Luis Beltran Lagunes

Por su orientación, y guía en mi desempeño académico.

A todos los profesores adjuntos, Dra. Munguía, Dra. Valades y Dr. Balderas gracias por su apoyo, y por sus enseñanzas para mi formación profesional.

A todos los médicos familiares y generales de la clínica de medicina familiar “Gustavo A Madero”, a los docentes del departamento de medicina familiar así como a los médicos de las distintas especialidades de los hospitales sede donde realice mis rotaciones.

A todos aquellos que me brindaron su apoyo, comentarios, ánimo, orientación para la realización de este proyecto. Gracias.

A mis compañeras residentes de la especialidad por brindarme su apoyo y amistad.

A los pacientes de la clínica de medicina familiar “Gustavo A Madero” especialmente a los pacientes con depresión, que me brindaron su colaboración para la realización de este trabajo.



## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>1</b>
1.1	Síntesis histórica de la depresión.	1
1.2	Definición.	3
1.3	Epidemiología.	4
1.4	Clasificación.	6
1.4.1	Clasificación CIE-10.	6
1.4.2	Clasificación DSM IV –TR.	7
1.5	Causas de la depresión.	8
1.5.1	Factores genéticos.	8
1.5.2	Factores químicos.	8
1.5.3	Factores psicosociales.	11
1.6	Depresión y familia.	12
1.7	Episodio depresivo mayor.	13
1.8	Síntomas dependientes de la cultura, y el sexo.	18
1.9	Curso.	19
1.10	Diagnóstico.	20
1.11	Instrumentos de detección y orientación diagnóstica del estado de ánimo.	22
1.12	Pronóstico.	29
1.13	Tratamiento.	29
1.14	Diagnóstico diferencial.	34
1.15	Intervención del médico familiar.	36
1.16	Planteamiento del problema.	37
1.17	Justificación.	42
1.18	Objetivo General	45
1.18.1	Objetivo específico.	45
<b>2</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>46</b>
2.1	Tipo de estudio.	46
2.2	Diseño de investigación del estudio.	47
2.3	Población lugar y tiempo.	48
2.4	Muestra.	48
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	48
2.6	Variables.	49
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables.	49
2.8	Diseño estadístico.	49
2.9	Instrumento.	50
2.10	Método de recolección de datos.	50
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos.	51
2.11.1	Sesgos de información.	51
2.11.2	Sesgos de selección.	51
2.12	Prueba piloto.	51
2.13	Procedimientos estadísticos.	51
2.13.1	Diseño y construcción de la base de datos.	51
2.14	Cronograma.	52

2.15	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	52
2.16	Consideraciones éticas.	52
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>54</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSIÓN.</b>	<b>68</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>71</b>
<b>6</b>	<b>REFERENCIAS.</b>	<b>74</b>
<b>7</b>	<b>ANEXOS.</b>	<b>79</b>

## **Resumen:**

**Objetivo:** Detectar episodio depresivo mayor en pacientes de 20 a 59 años de edad derechohabientes de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE.

**Diseño:** Prospectivo, descriptivo, transversal.

**Material y Métodos:** Se aplicó a 182 pacientes la entrevista diagnóstica neuropsiquiátrica internacional M.I.N.I. de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE.

**Resultados:** De los 182 pacientes que contestaron el cuestionario el rango de edad de los pacientes participantes fue de 20 a 59 años. 116 (63.7%) pertenecen al sexo femenino, 66 (36.3%) al sexo masculino. Las tres ocupaciones más frecuentes fueron empleado 44.0%, ama de casa 20.3%, profesional 9.9%. Los tres principales motivos de consulta en frecuencia fueron: acompaña a un familiar en un 29.1%, atención dental 12.1%, faringoamigdalitis 10.4%. Con respecto al antecedente de problemas familiares, económicos o en su trabajo, el 34.1% respondió que no tenía ningún problema, 23.6% tenía problemas económicos, y 16.5% tenía problemas familiares. De acuerdo a la M.I.N.I., pacientes con episodio depresivo mayor actual se presentó en 27.5%, pacientes sin episodio depresivo mayor 72.5%. Pacientes con episodio depresivo mayor recurrente 5 (2.7%). La calificación final por sexo con episodio depresivo mayor fue masculino 14, femenino 36. En cuanto a la ocupación de los pacientes que presentaron episodio depresivo mayor fueron: empleado 22, ama de casa 14, y desempleados 3. Con respecto a la familia de acuerdo a su estructura se encontró que 126 eran familias nucleares que corresponde a padre, madre e hijos.

**Conclusiones:** En el presente trabajo de investigación se logró cumplir con el objetivo general y objetivos específicos, en este estudio se identificó episodio depresivo mayor en pacientes que acudieron o no a consulta de medicina familiar, lo que amerita que el médico familiar sospeche la presencia trastornos del estado de ánimo; es importante detectar la depresión en la consulta de medicina familiar en forma sistemática, sobre todo prestando mayor atención en mujeres, viudos, jubilados, o en aquellos que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta en forma más frecuente.

**Palabras clave:** Depresión, familia.

## Summary:

**Objectives:** To detect major depressive episode in patients 20 to 59-year-old heirs of the family medicine clinic "Gustavo A. Madero "ISSSTE.

**Design:** Prospective transverse description.

**Material and Methods:** It was applied to 182 patients interview diagnostic neuropsychiatric international MINI of clinical family medicine "Gustavo A. Madero" ISSSTE.

**Results:** Of the 182 patients who answered the questionnaire the age range of patients involved was 20 to 59 años. 116 (63.7%) belong to the female, 66 (36.3%) male. The three most common occupations were employed 44.0% 20.3% housewife, a professional 9.9%. The three main reasons for consultation in frequency were accompanying a homelike in a 29.1%, 12.1% dental care, pharyngeal tonsillitis 10.4%. With regard to the history of family problems, economic or at work, 34.1% replied that it did not have any problem, 23.6% had economic problems, and 16.5% had family problems. According to the MINI patients with current major depressive episode occurs in 27.5%, 72.5% major depressive episode. Patients with recurrent major depressive episode 5 (2.7%). The final grade for sex with major depressive episode was male 14, female 36. As for the occupation of the patients who had major depressive episode were employed 22, housewife, 14 and unemployed 3. Each year regarding the family according to its structure was found that 126 families were nuclear corresponding to parent and sons.

**Conclusions:** This research work was accomplished comply with the overall objective and specific objectives in this study will identify major depressive episode in patients who came or not to consult family medicine, thus deserving the family doctor suspected the presence of mood disorders, it is important to detect depression in the consultation of family medicine in a systematic manner, especially paying greater attention on women, widows, pensioners, or those who have experienced stressful life events in recent months and those who attend consultation on a more frequent.

**Keywords:** Depression, family.

# **DETECCIÓN DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (M.I.N.I.) EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO” DEL ISSSTE.**

## **1. MARCO TEÓRICO.**

### **1.1 Síntesis histórica de la depresión.**

Durante casi 2500 años los desórdenes afectivos han sido descritos como enfermedades comunes del hombre, recientemente se ha despertado interés como un problema de salud pública.

Desde los antiguos griegos se ha reconocido clínicamente a la depresión<sup>1</sup>. Textos antiguos contienen descripciones de lo que hoy se conoce como trastornos del estado de ánimo, por ejemplo la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la Iliada de Homero describen síndromes depresivos<sup>2</sup>.

En el siglo IV a. de C. Hipócrates afirmó que la depresión era una enfermedad del cerebro, utilizó términos de manía y melancolía para describir trastornos mentales. Describió que uno de los cuatro temperamentos que regían a la mayoría de los seres humanos era el de la melancolía (de melanos: negro y cole: bilis) considerada fría y seca, que estaba asociada al planeta Saturno, el más alto de los astros y al otoño. Hipócrates pensó que en la melancolía se mezclaban factores internos y

ambientales y que la podía causar un prolongado ajeteo del alma. Los síntomas que asoció con la melancolía eran tristeza, abatimiento moral, tendencia al suicidio, aversión a la comida, el desaliento, problemas para dormir, irritabilidad, desasosiego y miedo prolongado<sup>2,3,4</sup>.

Cerca del año 30 d.C.<sup>1</sup> el médico romano Aulus Cornelius describió el concepto de melancolía en su texto *“De re medicina”*, como una depresión causada por la bilis negra. Otros autores médicos continuaron utilizando el término de melancolía por ejemplo Areteo (120-180), Galeno (129-199), y Alejandro de Tralles en el siglo VI. En el siglo XII Moisés Maimónides médico y filósofo judío consideró la melancolía como una entidad clínica discreta<sup>1</sup>.

En la Edad Media se relacionó a la depresión con principios religiosos y quienes la padecían eran considerados herejes. En el Renacimiento se consideró que el abatimiento y la fragilidad estaban relacionados con la creatividad, la sensibilidad artística y la complejidad del alma<sup>4</sup>. Sin embargo es hasta 1660 cuando se utiliza por primera vez la palabra depresión en la lengua inglesa y se considero como decaimiento del estado de ánimo<sup>5</sup>. Durante el Romanticismo la melancolía era generadora de genios. El XIX se caracterizo por el gran avance y desarrollo del estudio del cerebro humano<sup>5</sup>.

En 1854 Jules Faïret<sup>5</sup> llamo *folie circulaire* a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. Por la misma época Jules G.F. Baillarger definió *la folie a double forme*: los pacientes profundamente deprimidos, entraban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En

1882 Karl Kahlbaum con el término de ciclotimia describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad<sup>5</sup>.

Se dan dos movimientos importantes en el tratamiento y comprensión de la depresión en el siglo XX. Por un lado Freud, refiere en el psicoanálisis que el inconsciente toma el lugar del alma; y por otro lado Emil Kraepelin, clasificó este padecimiento en psicobiológico, dividiendo a las enfermedades mentales en psicológicas y biológicas, definiendo así a la depresión como se conoce actualmente<sup>5</sup>.

El término común de depresión se inició en 1899 por Emil Kraepelin, basado en trabajos previos de diversos psiquiatras franceses y alemanes para crear el término que definiera la patología, identificó una psicosis maniaco depresiva con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente<sup>2</sup>. Hasta mediados del siglo XX se iniciaron estudios sobre los neurotransmisores involucrados que aportaron conocimientos esenciales para el diagnóstico y el tratamiento de la depresión<sup>1</sup>.

## **1.2 Definición.**

La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores)<sup>6</sup>.

Otras definiciones nos dicen que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Se considera como un desorden del talante, también como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional<sup>1,6,7</sup>.

Ritterban y Spielberg<sup>8</sup> consideran a la depresión como una entidad compleja y multifacética que se puede agrupar por los síntomas en tres componentes principales:

- Trastorno afectivo que incluyen los sentimientos de tristeza, abatimiento, inutilidad.
- Dificultades cognoscitivas de pensamiento y concentración, y
- Síntomas conductuales que incluyen problemas de sueño y alimentación, disminución de la ejecución, y abandono de la interacción con otras personas.

La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principales de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés, también existe un pensamiento constante de muerte<sup>7</sup>.

### **1.3 Epidemiología.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del 2001 clasificó la depresión como la cuarta enfermedad causante de mayor carga económica, responsable del 4.4% de los años de vida ajustados al grado de discapacidad y la principal causa de años vividos con una alteración, explicando el 11.9% de los años de invalidez<sup>9,10</sup>. De acuerdo con datos recientes la depresión es la 5ª causa de



discapacidad en el mundo y es alrededor del 4% de la carga total de enfermedades<sup>1</sup>. El informe Mundial sobre Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo es afectado el sexo masculino en 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8 % y 9.5% respectivamente<sup>11</sup>. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo<sup>12</sup>.

La depresión afecta al 10% de los hombres y 20% de las mujeres en algún momento de sus vidas. En cualquier momento se estima que 2.5% de los hombres y 8% de las mujeres están deprimidas (prevalencia de punto)<sup>13</sup>. Numerosos estudios epidemiológicos en México han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población general<sup>7</sup>. Los datos de prevalencia en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que alguna vez en la vida 9.1% de la población cursa con cualquier trastorno afectivo, siendo 11.2% para mujeres y 6.7% para hombres. La prevalencia específica reportada en dicho estudio para depresión mayor es de 4.5 % en mujeres y 2.0% en hombres, con una prevalencia global de 3.3%<sup>13</sup>. Otros estudios realizados en México, muestran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años presentan trastornos afectivos, 7.8% corresponden a depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón<sup>14</sup>.

En 2003, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México bajo la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en salud mental, informó una prevalencia 28.6 % para problemas psiquiátricos alguna vez en su vida, en los últimos doce meses y en los últimos treinta días, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3 % alguna vez) seguido por los trastornos por uso de sustancias (9.2 %) y los trastornos afectivos (9.1 %). En los últimos doce meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos, y este

orden se mantiene en los últimos 30 días, además indico que 5.8 % de prevalencia poblacional de síntomas depresivos se presentan en el sexo femenino<sup>9,15</sup>.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada vez son más importantes, se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial en países en vías de desarrollo y en países desarrollados<sup>11</sup>.

## **1.4 Clasificación.**

Los dos sistemas de clasificación más importantes actualmente son la Décima Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la clasificación de la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM –IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>15,16,17,18,19,20,21</sup>.

### **1.4.1 Clasificación CIE-10.**

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) un episodio depresivo se caracteriza, en los casos leves, moderados o graves porque el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, hay un cansancio importante, el sueño esta alterado, disminuye el apetito. La autoestima y la confianza en si mismo decaen, aparecen ideas de ser inútil y de culpa, el decaimiento del ánimo varía de un día al siguiente, puede acompañarse de los síntomas somáticos, además de retraso psicomotor, perdida de apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo se puede clasificar en leve, moderado, o grave, según la cantidad y la gravedad de los síntomas<sup>5,17,19</sup>.

## 1.4.2 Clasificación DSM-IV TR.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV- TR) utiliza tres secciones para clasificar a la depresión, en la primera describe los episodios afectivos, incluye (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco); en la segunda describe los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y bipolar). Como característica para clasificar los trastornos del estado de ánimo, el Manual exige la presencia de 5 criterios por lo menos, descritos en su primera sección. En la tercera sección, describe metódicamente las especificaciones del episodio afectivo más reciente o bien el curso de los episodios recidivantes<sup>15,20</sup>.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (por ejemplo depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos depresivos, en esta clasificación, se dividen según la intensidad y curso (episódico o crónico) en trastorno depresivo mayor y distímico<sup>17</sup>.

El episodio depresivo mayor constituye la base conceptual para el diagnóstico de los trastornos depresivos, y se establece cuando existe estado de ánimo depresivo disminución de interés, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia por al menos dos semanas<sup>13</sup>.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## **1.5 Causas de la depresión.**

Las causas de la depresión son multifactoriales, sin embargo se pueden considerar los siguientes factores:

### **1.5.1 Factores genéticos.**

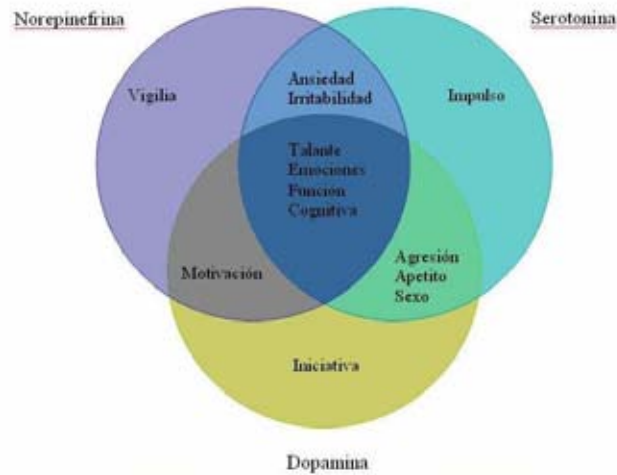
La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementando en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Se han localizado marcadores genéticos potenciales en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21<sup>1</sup>.

### **1.5.2 Factores químicos.**

#### **Alteraciones en los neurotransmisores.**

Existe evidencia que niveles de la serotonina (5- hidroxitriptamina, 5 HT), norepinefrina y dopamina neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión<sup>1,5,18,20,22,23</sup>. Figura 1.

**FIGURA 1.**  
**LOS NEUROTRASMISORES Y SU POSIBLE INFLUENCIA EN LA PSICOPATOLOGÍA**  
**DE LA DEPRESIÓN.**



Fuente: Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev. Fac. Med. UNAM (Méx) 2006; 49 (2):66-72

- **Serotonina.**

La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza entre la línea media del puente y bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. La serotonina tiene acción importante en el talante, conducta movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia.

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros

aminoácidos tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Dentro de la neurona se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina<sup>1,18,20</sup>.

- **Noradrenalina.**

El locus coeruleus es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA), las neuronas del locus coeruleus envían sus axones a las estructuras límbicas que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, es una estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del locus coeruleus aumenta en la vigilia y en episodio de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir<sup>1,18</sup>.

- **Dopamina.**

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compacta del Locus Níger, y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico, de aquí se origina la vía que existe entre la sustantia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada) la vía que del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical). Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisiaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina.

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz <sup>1</sup>.

### **1.5.3 Factores psicosociales.**

Las experiencias vividas en la infancia que condicionan una baja autoestima, como rechazo, abandono, indiferencia, muerte de la madre o de alguien cercano, violencia intrafamiliar, abuso o agresión sexual, y una red social limitada <sup>1,5,22,23,24</sup>.

La separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad o dificultades laborales, cambios de trabajo o casa, la persistencia de dificultades por periodos prolongados <sup>12, 22,24</sup>.

Sin embargo se ha identificado que las principales causas generadoras de cuadros depresivos son los problemas familiares, la presencia de enfermedades crónicas o terminales, la dificultad para adaptarse a las diferentes etapas de la vida individual y familiar, los duelos y en menor frecuencia el uso de alcohol o drogas <sup>22,25,26,27</sup>.

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo

para el individuo afectado. Ese valor afectivo varía de individuo a individuo y la experiencia de cada uno es variable por lo tanto la respuesta es variable. El estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y éste no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal.

Una de las teorías propuestas es que el estrés que acompaña el primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral, estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y señales intraneuronales, y una disminución exagerada de conexiones sinápticas, por lo tanto la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, y aun sin factores estresantes externos<sup>5</sup>.

Ibañez<sup>23</sup> refiere que la personalidad juega un papel importante en la posibilidad de que una persona pueda deprimirse. Aquellos que tienen una mala opinión de si mismos, que son pesimistas rígidos, exigentes, y con escasos mecanismos de autogratificación están propensos a la depresión.

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica<sup>1,23,26</sup>.

## **1.6 Depresión y familia.**

La historia familiar de depresión es un factor importante particularmente en paciente con depresión recurrente<sup>1</sup>. Saldarriaga<sup>24</sup>, refiere que se ha demostrado que el riesgo de sufrir depresión aumenta en los familiares de las personas que la padecen, sobre todo si son parientes biológicos en primer grado, ya sean niños, adolescentes o adultos.



En las familias de los pacientes deprimidos se observan disfunciones en la comunicación, la capacidad para resolver problemas en forma individual y el modo en que se responde afectivamente a los estímulos. Existen dificultades en la resolución de los aspectos emocionales, en el manejo de los problemas cotidianos, en la toma de decisiones y en la forma de expresar sus emociones.

El diseño y el cumplimiento de las reglas familiares es problemático, hay poca claridad para saber que hacer en situaciones de emergencia y no se sabe que esperar si se rompen las reglas. Los miembros de la familia se sienten trastornados por su incapacidad de discutir sus temores y de expresar sus sentimientos, quedan con la percepción de que hay sentimientos negativos dentro de la familia.

El ambiente familiar en que se desarrolla una persona depresiva aumenta la posibilidad de recurrencia de un episodio depresivo. La disfunción familiar puede anteceder a la enfermedad depresiva, y por tanto su naturaleza y duración son independientes<sup>5,9,22,24</sup>.

La familia es entre los recursos de apoyo social el más importante por lo tanto los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar depresión<sup>9</sup>.

## **1.7 Episodio depresivo mayor.**

La característica de un episodio depresivo mayor es la presencia de un período de al menos 2 semanas de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El paciente debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño 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. (Cuadro 1)<sup>17,18</sup>.

En un episodio depresivo mayor el estado de ánimo que describe el paciente es deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como en un pozo. En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede expresarse en la entrevista, la presencia de un estado de ánimo puede manifestarse por la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto<sup>17</sup>.

Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (por ejemplo las molestias y los dolores físicos en lugar de referir sentimientos de tristeza). Muchos sujetos manifiestan alta irritabilidad (por ejemplo ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás o sentimientos exagerados de frustración por cosas sin importancia).

**Cuadro 1**  
**Criterios para el episodio depresivo mayor.**

**Criterios del episodio depresivo mayor**

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los siguientes 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 (p.ej, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej. llanto).
- (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 (p.ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- (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 excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches 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 con los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o de 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 (p.ej, una droga, un medicamento) una enfermedad.
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., 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.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría: Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMIV TR. Trastornos del estado de ánimo. Washington DC, 2003. Editorial Masson. p.387-399.

Casi siempre hay pérdida de interés y capacidad para el placer (en mayor o en menor medida). Los pacientes refieren sentimientos de estar menos interesados en sus aficiones, de no disfrutar sus actividades que antes consideraban placenteras. En algunos sujetos hay una reducción de interés o deseo sexual. El apetito disminuye y tienen que esforzarse por comer<sup>17</sup>.

La alteración del sueño asociada a un episodio depresivo mayor producirá insomnio. El cual se clasifica en: insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse), el insomnio tardío (por ejemplo despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse), un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Pero también en menor frecuencia los sujetos presentan exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno y/o aumento de sueño diurno. En ocasiones este trastorno es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

En los cambios psicomotores incluyen agitación (por ejemplo incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos, y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto), o enlentecimiento (por ejemplo lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores son lo bastante graves como para ser observables por los demás<sup>17</sup>. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. El menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo por la persona y puede referir un agotamiento persistente sin hacer ejercicio físico<sup>17</sup>.

El sentimiento de inutilidad o culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas del propio valor, de culpa referidas a pequeños errores del pasado. Malinterpretan los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Frecuentemente se presenta el autoreproche de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera importante incluíble dentro de este criterio<sup>17</sup>.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Para aquellos que tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la idea suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad, y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los pacientes con menos riesgos suicidas pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes una o dos veces a la semana. Los sujetos con más riesgos suicidas pueden haber comprado materiales (por ejemplo una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en que momento un determinado sujeto deprimido va intentar el suicidio<sup>17</sup>.

Uno de cada ocho intentos suicidas es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran, otras estimaciones mencionan que se presenta en un 15-20%<sup>5,17,28,29</sup>.

Es común que en la consulta de medicina familiar la depresión se presente con una amplia variedad quejas somáticas incluyendo algunas o todas las siguientes:

Cansancio, dolor, cefalea, lumbalgia, mareo, debilidad, trastorno del sueño, disfunción orgánica vaga como náusea o vómito, síndrome de intestino irritable, fatiga crónica o fibromialgia, disfunción de memoria y cognitiva, problemas de aprendizaje y atención y rotura de relaciones<sup>21,30,31</sup>.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves se presenta un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## **1.8 Síntomas dependientes de la cultura, y el sexo.**

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La presencia de depresión puede expresarse por las quejas de “*nervios*” y cefaleas en las cultura latina y mediterránea, de debilidad y cansancio o “*falta de equilibrio*” en las culturas china y asiática, de problemas en el corazón en las culturas del medio oriente. Urbina<sup>26</sup> menciona que en la cultura mexicana se fomenta la depresión a través del sufrimiento y del sacrificio.

Las mujeres presentan, en comparación con los hombres una mayor probabilidad de desarrollar episodios de depresión mayor en algún momento de su vida. Este aumento de riesgo se instala durante la adolescencia y puede coincidir con el inicio de la pubertad. Una proporción de mujeres refiere aumento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación<sup>17</sup>.

## **1.9 Curso.**

La depresión se presenta a cualquier edad desde la infancia hasta la senectud. La morbilidad indica mayor frecuencia en personas jóvenes entre los 30 y 40 años determinada por el estrés psicosocial que marca la edad productiva y responsabilidades de toda índole<sup>26,32,33</sup>.

Urretavizcaya y Benlloch<sup>16</sup> mencionan que la edad de inicio de la depresión se presenta entre los 30 y 40 años, alcanzando su pico máximo entre los 40 y 60 años de edad.

El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) menciona que los síntomas de un episodio depresivo mayor se desarrollan a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede presentarse un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor es variable; un episodio no tratado puede durar 4 meses o más independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción de casos, algunos síntomas depresivos son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persistente durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores<sup>17</sup>.

## 1.10 Diagnóstico.

El primer paso para el diagnóstico de depresión es la elaboración de una cuidadosa historia clínica y ganar la aceptación y la confianza del paciente en el interrogatorio, es siempre importante investigar sobre los antecedentes depresivos tanto personales como familiares<sup>2,3,23,26,30</sup>.

El estudio del padecimiento depresivo actual pone en juego la habilidad y destreza del médico que interroga pues la depresión, es un trastorno que conlleva una alta variabilidad individual en cuanto a su presentación clínica. En muchos pacientes el motivo por el cual acude el paciente a consulta es la cefalea tensional, los problemas para dormir o el apetito, las disfunciones sexuales y una multiplicidad de molestias somáticas. La descripción de los síntomas psicológicos por parte del paciente requiere en muchas ocasiones de un detallado interrogatorio al cabo del cual el enfermo llega a reconocer su problemática actual<sup>2,3</sup>.

La información puede verse comprometida por problemas de concentración, deterioro amnésico, o la tendencia a negar, restar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados. La revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de depresión. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad (por ejemplo cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto del miocardio, diabetes)<sup>17</sup>.

La lentitud psicomotora es el síntoma más común, un paciente deprimido tiene una postura encorvada, no presenta movimientos espontáneos y su mirada es abatida y desviada.



En el ánimo afectividad y sentimientos, la mitad de los pacientes niega la existencia de sentimientos depresivos y no parecen especialmente estar deprimidos.

En el lenguaje, muchos pacientes deprimidos presentan una reducción en la velocidad y amplitud de su discurso, respondiendo a las preguntas con monosílabos y mostrando una importante latencia de respuesta. El médico puede estar esperando literalmente de 2 o tres minutos a que el paciente responda.

En las alteraciones perceptivas, las ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo en una persona deprimida consisten en ideas de culpa, pecado, inutilidad, pobreza, fracaso, persecución, y enfermedades terminales (como un cáncer)<sup>2</sup>.

Aun no existe un marcador biológico que sirva para diagnosticar la depresión. Hoy por hoy el diagnóstico es sindromático y clínico<sup>16</sup>.

Es importante realizar un examen cuidadoso que incluya análisis clínicos, y de estudios de gabinete descartar la presencia de un proceso orgánico<sup>31.34</sup>.

La mayoría de las causas orgánicas de los trastornos depresivos pueden detectarse mediante una exhaustiva historia clínica, un examen físico y neurológico. La evaluación inicial abarca estudios de las funciones tiroideas y adrenales porque los trastornos en cualquiera de estos dos sistemas endocrinos pueden producir síntomas depresivos<sup>2</sup>.

## **1.11 Instrumentos de detección y orientación diagnóstica del estado de ánimo.**

El uso de escalas clinimétricas permiten establecer el diagnóstico de depresión, así como contar con una medida objetiva de los cambios terapéuticos para monitorizar su evolución<sup>13</sup>.

Estos instrumentos deben considerarse como una herramienta para el diagnóstico y también para valorar en forma sencilla la evolución de un cuadro depresivo ante un tratamiento determinado<sup>35</sup>.

Se han diseñado diferentes instrumentos, tests y escalas para evaluar la depresión, así como inventarios de autoevaluación y escalas de evaluación externa. Cuando se usan estos cuestionarios de autoevaluación, es el propio paciente quien cuantifica la intensidad de la sintomatología depresiva, y las escalas de evaluación externa, son aplicadas por un observador y quien cuantifica la intensidad de la depresión<sup>36</sup>.

A continuación se presentan algunos de los instrumentos:

### **Escala Hamilton.**

Hamilton<sup>13</sup>, en 1960 desarrollo una escala para evaluar la depresión y consta de 21 preguntas. Las primeras 17 exploran la sintomatología depresiva asignando severidad de menor a mayor gravedad (0 a 4). Las últimas cuatro preguntas exploran la variación diurna, la despersonalización o desrealización, los síntomas paranoides y los síntomas obsesivos.

La calificación final se obtiene de los primeros 17 reactivos. Un puntaje de 15 o más señala un trastorno de intensidad moderada a severa. Se considera que existe una

respuesta adecuada al tratamiento si se documenta una reducción de 50 % considerando a el puntaje inicial, o si el puntaje es 10 o menos. Cuando hay remisión debe existir un puntaje menor de 8<sup>2,7,13,33</sup>.

## **Escala de Montgomery-Asberg de evaluación de la depresión (MADRS).**

En 1979 fue creada por Montgomery y Asberg basándose en la escala de evaluación psicopatológica general, fue diseñada para medir los cambios de la depresión producida por el tratamiento, también mide la gravedad de muchos síntomas de depresión como el estado de ánimo, y tristeza, así como tensión, sueño, apetito, energía, concentración suicidio e inquietud. Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión, se administra por parte de un clínico.

La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0,2,4,y 6)<sup>37, 38,39</sup>.

## **Inventario de depresión Beck BDI.**

Tiene como propósito evaluar los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos en la depresión, un elemento que la distingue es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad, esta indicado para personas de más de 13 años. Sus autores son Beck, Ward y colaboradores. El BDI tiene 21 ítems fue desarrollado en congruencia con los criterios diagnósticos del DSMIV, donde cada síntoma representa un síntoma característico de la depresión, como tristeza, culpa, pensamientos suicidas y pérdida de interés, existe también una versión abreviada de 13 ítems, su administración autoaplicada<sup>2,18,33,36,38,39</sup>.

## **Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CES-D).**

Tiene como propósito medir el nivel de los síntomas que acompañan a la depresión en la población general. Consta de 20 ítems donde cada uno representa un síntoma de la depresión y que son evaluados en una escala de 4 puntos. La estructura de este instrumento incluye cuatro principales factores: afecto depresivo, afecto positivo, actividad somática retardada. Fue desarrollado para ser utilizado en los estudios epidemiológicos de la depresión en la población general<sup>39</sup>.

## **Inventario breve de síntomas (BSI).**

Tiene como propósito los síntomas psicológicos reportados por los pacientes psiquiátricos, pacientes médicos y otros que no son pacientes. Tiene 53 ítems donde cada uno de los síntomas que contiene es evaluado en una escala de 5 puntos, 0 (nada), a 4 (extremadamente). Además de proporcionar índices respecto a la perturbación global, provee información sobre nueve dimensiones de síntomas: ansiedad, depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, obsesiones – compulsiones, ideación paranoide, ansiedad fóbica, y somatización<sup>39</sup>.

## **Escala de depresión de Bech-Rafaelsen (The Bech –Rafaelsen Melancholia Scale, MES).**

Fue creada por Bech y Rafaelsen, es una escala de segunda generación, basada en la Escala de Hamilton para la depresión y en la escala Cronholm-Ottosson (esta última para los ítems de retardo). Consta de 11 ítems que evalúan la presencia e intensidad de los síntomas depresivos según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (excepto las variaciones del apetito). Cada ítem se tiene puntuación mediante una

escala tipo Likert de intensidad que oscila entre 0 (el síntoma no esta presente) y 4 (síntoma presente y en grado extremo).

Es una escala heteroaplicada en la que el clínico sigue el método de entrevista clínica semiestructurada, su marco de referencia es temporal: los últimos 3 días como mínimo. Se encuentra en proceso de adaptación y validación en español<sup>38</sup>.

### **Escala revisada de depresión de Carroll. (CDS-R).**

Su objetivo es evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Mediante 61 ítems, se le pide al paciente que lea cada afirmación y que marque Si o No, de acuerdo a su pertenencia de acuerdo a su caso particular.

### **Escalas de depresión, ansiedad, y estrés.**

Su propósito es evaluar aspectos de la depresión, ansiedad y estrés utilizando una aproximación dimensional. Consta de 42 ítems, que se ubican en tres escalas, Ansiedad, Depresión y Estrés, cada una de ella con 14 ítems que son evaluados en una escala de 4 puntos, de 0 ("No se aplica para mi para nada") a 3 (Se aplica a mí mucho la mayor parte del tiempo)<sup>39</sup>.

### **Inventario diagnóstico para la depresión (DID).**

Tiene como propósito el diagnóstico del trastorno depresivo mayor del DSM IV, así como la severidad de los síntomas de la depresión, el perjuicio psicosocial y la satisfacción de vida.

## **Perfil de los estados de ánimo (POMS).**

Esta dirigido a medir los estados y los cambios de ánimo. Es una medida de autoinforme que contiene 65 adjetivos a través de los que se le pide al paciente que evalúe el grado en el que tal adjetivo describe la manera en la que se ha estado sintiendo durante la semana pasada.

## **Inventario de tamizaje de la depresión de Reynolds (RDSI).**

Tiene la finalidad de la evaluación de la severidad de la sintomatología depresiva. Esta compuesto de 19 ítems que reflejan síntomas específicos como lo reflejan síntomas tal como están descritos en el DSM IV. El formato de respuesta está en función de cada ítem individual, algunos son evaluados del 0 a 2, otros del 0 a 3, y otros más del 0 a 4.

## **Escala de autovaloración de la depresión de Zung (EAD).**

Publicada en 1965, su propósito es evaluar los síntomas de depresión. Es una escala breve autoaplicada, en la que el paciente indica la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Contiene 20 ítems que se agrupan en 4 factores: factor depresivo, factor biológico, factor psicológico, factor psicosocial que son evaluados en una escala de 4 puntos y que proveen la mayoría de los síntomas más comunes asociados con la depresión. La puntuación normal es de 34 puntos o menos, se considera que la puntuación de un paciente deprimido es de 50 o más<sup>2,7,35,38,39</sup>.

## **Escala Raskin.**

La escala para la depresión de Raskin es una escala puntuable por el clínico que mide la gravedad de la depresión del paciente por medio de sus respuestas y las observaciones del entrevistador que se valoran en una escala de cinco puntos en tres dimensiones: información verbal, conducta mostrada y síntomas secundarios. La escala tiene un rango de 3 a 13.3 es una puntuación normal, y la de 7 o más de un paciente con depresión<sup>2</sup>.

## **Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (NIMPI).**

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 tarda de una a dos horas para resolverse, y debe ser aplicada por el profesional de salud mental competente<sup>35</sup>.

## **Cuestionario del síndrome depresivo.**

En 1992 en México, Calderón Narváez<sup>13,35</sup> diseñó un cuestionario clínico para diagnosticar la depresión, se considera que es un instrumento desarrollado y validado en población mexicana, que es de utilidad para confirmar la presencia de un trastorno depresivo, así como de su severidad y en la misma medida puede servir con propósito para monitoreo y documentar la disminución de la severidad este

permite poder medir fácilmente la evolución del cuadro. Puede ser utilizado para investigaciones de campo, en el área clínica debe ser aplicado por el médico o un miembro del equipo de salud mental, y para estudios epidemiológicos por el encuestador.

### **M.I.N.I. Entrevista neuropsiquiátrica internacional.**

Desarrollada por Sheehan, Lecubrier y cols. en 1997. Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, explora, para detección y/ u orientación diagnóstica los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el CIE -10, puede ser administrado en un período breve (promedio de 18.7 + - 11.6 minutos, media 15 minutos). La M.I.N.I. está dividida en módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Para el episodio depresivo mayor consta de 11 preguntas, las cuales se califican con respuestas de si o no. Si el paciente contesta de forma negativa a los dos preguntas filtro, ya no continua el interrogatorio por lo que se identifica que no presenta el padecimiento, pero si el paciente responde afirmativamente a una o a ambas de las preguntas filtro, se continua interrogando. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnosticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

La M.I.N.I fue validada en 1997, en dos estudios paralelos, uno en Francia (Instituto Nacional de Salud Mental en París) y el otro en Estados Unidos (Tampa en la Universidad del Sur de Florida). Su adaptación transcultural y traducción al español fue realizada por Ferrando y Bobes. De un total de 636 pacientes (330 en Estados



Unidos y 306 en París) Las dos muestras estuvieron distribuidas por género, con una edad media de 44.8 años para Estados Unidos y 42.2 años para Francia.

La M.I.N.I. presentó para el episodio depresivo mayor una concordancia con SCID-P (Structured Clinical Interview): una Kappa 0.84, sensibilidad 0.96, especificidad 0.88, valor predictivo positivo 0.87, valor predictivo negativo 0.97 y con CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview): Kappa 0.73, sensibilidad 0.94, especificidad 0.79, valor predictivo positivo 0.82, valor predictivo negativo 0.93.

La M.I.N.I. es una entrevista corta, económica, simple y sencilla de aplicar, tiene una alta sensibilidad, y una alta proporción de pacientes pueden ser detectados por este instrumento, es compatible con los criterios del CIE-10 y del DSM-IV, puede ser utilizado por clínicos así como personal entrenado<sup>38,40,41,42</sup>.

## **1.12 Pronóstico.**

Almanza Muñoz<sup>13</sup> nos dice que la depresión es usualmente recurrente: la mitad de las personas que han cursado con un episodio depresivo mayor tiene probabilidad de cursar al menos con otro en el transcurso de su vida. La mitad de las personas que han cursado con un episodio depresivo mayor tienen al menos otro en el transcurso de su vida. El riesgo de recurrencia se incrementa de manera significativa hasta 70 % de riesgo para quienes han cursado con dos episodios depresivos y 90 % de riesgo para quienes han cursado con tres episodios. Los pacientes con depresión recurrente también son más propensos a tener un incremento en la tasa de morbilidad y un pronóstico más pobre a largo plazo.

## **1.13 Tratamiento.**

Calderón y Colin<sup>3</sup> refieren que una vez completado el estudio y con la seguridad de diagnóstico de trastorno depresivo, el médico explicara la enfermedad siempre empleando términos sencillos, comprensibles tanto para el paciente como para los familiares, ya que con frecuencia interfieren negativamente en el tratamiento. El

saber que el paciente padece depresión modifica la propia percepción del paciente y de quienes lo acompañan, especialmente cuando ya han sido vistos por otros médicos que le han dicho “*que no tiene nada*”, “*que son solamente sus nervios que debe controlar*”.

Es importante comprender que el trastorno depresivo mayor es una patología de alta prevalencia que alcanza cifras hasta de un 10% en la población en general. También mencionan que se debe informar al paciente que se trata de una enfermedad que quien la presenta, es incomprendido ya que todos le piden que ponga de su parte para aliviarse. Se debe enfatizar sobre los conocimientos actuales respecto a las alteraciones neuroquímicas asociadas a la depresión en donde para propósitos de su comprensión, se le puede explicar al paciente que enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial son trastornos metabólicos donde la fuerza de voluntad del enfermo es incapaz de modificar el curso de la enfermedad. Se debe informar al paciente que se trata de un tratamiento que dura varios meses, independientemente del control sintomatológico que se logre al cabo de pocas semanas. Se hace hincapié al paciente que por primera vez en su vida presenta un episodio depresivo mayor que el suprimir prematuramente el tratamiento pone en riesgo una recaída ya que se trata de una enfermedad que es crónica. En el caso de pacientes que ya han padecido episodios previos, el mensaje debe enfatizar la duración del tratamiento ya que el abandono prematuro del tratamiento puede condicionar la cronicidad de la enfermedad.

Para Almanza<sup>13</sup> una parte fundamental es explorar las presunciones del paciente, sus creencias y mitos para proveer información clara, confiable y bien documentada para eliminar distorsiones que pueden afectar la adherencia terapéutica, la cual puede estar influenciada por factores adicionales tales como el costo del tratamiento y los efectos colaterales.

Berlanga, Caballero y cols<sup>43</sup> mencionan que todos los antidepresivos en uso actual requieren de un periodo no menor a dos semanas para generar un efecto suficiente en términos de reducción de síntomas.

Este período de latencia entre el inicio del tratamiento y la aparición de la mejoría clínica tiene consecuencias principalmente en dos aspectos: por una parte, los pacientes continúan presentando síntomas con el riesgo que esto representa, al grado que muchos deciden abandonar el medicamento por considerarlo ineficaz. El segundo aspecto tiene que ver con la decisión terapéutica, el clínico muchas veces enfrenta la interrogante de cuando es el momento para modificar el tratamiento ya sea intentando un medicamento diferente o agregando otro compuesto para potencializar el efecto del primero. El suspender un medicamento antes de tiempo puede privar al individuo del beneficio de un efecto terapéutico que podría presentarse en un plazo más largo de tratamiento.

García y Rosete<sup>22</sup> refieren que la atención primaria es el medio para diagnosticar y tratar a la depresión excepto en los casos complicados que deben ser referidos a segundo nivel. Además que en el tratamiento es conveniente comenzar con la dosis mínima, hacer ajustes de acuerdo con la respuesta terapéutica. Los primeros efectos positivos tardan entre 1 y 4 semanas, lo cual debe advertirse al paciente. El manejo farmacológico debe ser mantenido entre 4 y 6 meses, pues la suspensión prematura del fármaco produce una recaída de los síntomas. Si la respuesta farmacológica es satisfactoria y han pasado 4 meses de tratamiento, es factible suspenderlo de forma gradual 25% de la dosis por semana, para evitar el síndrome de retirada, que se resuelve en 24 hrs al restaurarse el tratamiento. Si reaparecen los síntomas es necesario retornar a las dosis efectivas e intentar un nuevo esquema de suspensión en unos 11 meses.

Los pacientes refractarios a dosis máxima de antidepresivos, deben ser evaluados con el fin de identificar condiciones médicas pasadas por alto en la valoración inicial y verificar la adherencia al tratamiento. Cuando se trata de un segundo episodio, el tratamiento debe durar entre 4 y 5 años a dosis completa, y en un tiempo indefinido.

Los antidepresivos se clasifican en los siguientes grupos:

Tricíclicos, heterocíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISSR), bloqueadores mixtos, antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos e inhibidores de la monoamino.

El tratamiento antidepresivo durará en un primer episodio como mínimo 6 meses, 5 años en un segundo episodio, y de manera indefinida si recurre más de dos veces<sup>26</sup>.

Los antidepresivos tienen efectos secundarios en un amplio espectro como sequedad de boca, visión borrosa, alteración en la función intestinal (diarrea, constipación). Muchos de estos efectos son transitorios, algunos parecen estabilizarse con el tiempo (los efectos sexuales secundarios) y pueden influir en el cumplimiento terapéutico a largo plazo. Si aparece alguno de estos efectos, el médico debe decidir cuál es la medida apropiada, disminuir la dosis o cambiar de medicamento<sup>37</sup>.

## **Psicoterapia.**

El abordaje psicoterapéutico permite ofrecer al paciente una forma de apoyo emocional que contribuye a mejorar su autoestima y a identificar eventos y situaciones específicas en su interacción interpersonal que pueden relacionarse con la sintomatología depresiva, pudiendo implementarse abordajes psicoterapéuticos breves, ya sea de corte psicoanalítico, cognitivo- conductual o interpersonal.

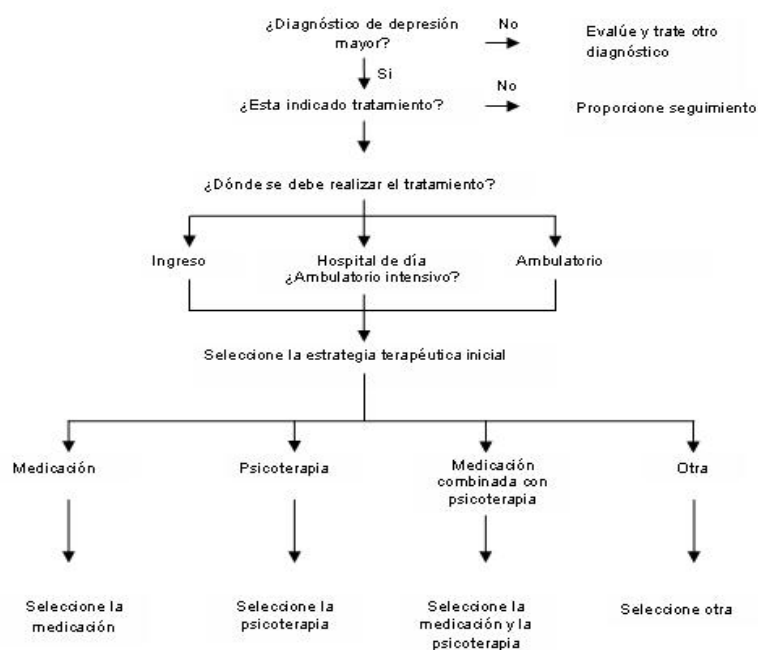
## **Terapia electroconvulsiva.**

Es la intervención más efectiva disponible para la depresión, en sus formas más severas, por ejemplo con riesgo de suicidio inminente. Dicho tratamiento es seguro aun en pacientes con padecimientos médicos asociados. El uso de terapia electroconvulsiva induce a la remisión de la depresión, la duración de su efecto es limitada, por ello el tratamiento con medicación antidepresiva es requerido para prevenir una recaída a largo plazo.

Antes de seleccionar un tratamiento inicial específico, se deben tomar varias decisiones en la figura 2 se muestra una panorámica de estas decisiones.

**FIGURA 2.**

**DECISIONES TERAPÉUTICAS ESTRATÉGICAS.**



Fuente: Rush y Madhukar A J, Trivedi H. Estrategias y tácticas en el tratamiento de la depresión. En : Dwight L E, Dennis S. Ch., Lewis L. Depresión y trastornos Bipolares. Guía para el médico. España. Ed. Mc Graw-Hill/Interamericana 2007 p. 22.

**1.14 Diagnóstico diferencial.**

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo mayor debe considerar **un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El DSM IV nos menciona que el diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto

fisiológico directo de una enfermedad médica específica (por ejemplo esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (por ejemplo trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (por ejemplo infarto de miocardio). Este sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica<sup>17</sup>.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue del episodio depresivo mayor porque se considera que una sustancia (droga, un medicamento) esta directamente relacionada con la alteración del estado de ánimo; por ejemplo el estado de ánimo depresivo que se presenta en el contexto de la abstinencia de cocaína se cataloga como estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos<sup>17</sup>.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de **los episodios maníacos con estado de ánimo irritable** o de los **episodios mixtos**, para esto se requiere de una exploración clínica minuciosa.

Un episodio depresivo mayor que se presenta en respuesta al estrés se distinguirá de un **trastorno adaptativo** con estado de ánimo depresivo por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y a no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Una tarea importante del médico familiar es descartar causas orgánicas de la depresión así como debe distinguir que cualquier sustancia que este tomando el paciente deprimido debe considerarse como potencial del trastorno. Los fármacos para las enfermedades cardíacas, los antiepilépticos, los antihipertensivos, los sedantes, los hipnóticos, los antiparkinsonianos, antibacterianos y los antineoplásicos se relacionan con frecuencia con la aparición de síntomas depresivos<sup>2,27</sup>.

### **1.15 Intervención del médico familiar.**

El médico familiar debe ser competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. Se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continua a sus pacientes y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. Dentro de su perfil como médico familiar esta el desempeñar sus habilidades para detectar oportunamente enfermedades indiferenciadas<sup>45,46</sup>.

La posición en que se encuentra el médico familiar es de enorme ventaja por relación directa y constante con sus pacientes, debido a que tiene la oportunidad de indagar la existencia de síntomas depresivos como parte de la exploración médica general. Si a los pacientes se les pregunta acerca de sus síntomas emocionales a la par de otros aspectos físicos, percibirán dicha exploración como parte integral de su revisión<sup>13</sup>.



## 1.16 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas sin importar raza, nacionalidad o cultura sufren esta enfermedad. En el mundo se calcula que hay entre 120 y 200 millones de personas con depresión y esta ocupa un lugar importante dentro de los problemas de salud pública por sus altas tasas de incidencia dentro de la población y las consecuencias que acarrea para el paciente y para el entorno familiar y social<sup>1,8,25,26,34</sup>.

Los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante de discapacidad en el mundo y se espera que sea la segunda causa más importante en el 2020<sup>4,26,28</sup>. La depresión no diagnosticada y tratada oportunamente esta vinculada con un mayor riesgo de suicidio y de intentos suicidas<sup>26,47</sup>.

La Organización Mundial de Salud (OMS) realizó un estudio multicentrico en 14 países para determinar los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la práctica medica, se encontró que uno a cuatro adultos que acudían a la consulta general presentaban un trastorno mental, y solo el 1 % de esas personas recibía atención especializada<sup>32</sup>.

El Banco Mundial y la Organización Mundial de Salud (OMS), en su informe acerca de la carga global de las enfermedades (medida en años de vida ajustados por discapacidad) muestra un cambio en la ubicación de la depresión mayor. En 1999 ocupaba el cuarto lugar, después de las infecciones respiratorias, gastrointestinales,

y se prevee que para el año 2020 la depresión mayor ascienda hasta el segundo lugar después de la enfermedad isquémica<sup>32</sup>.

En el año 2000 el análisis del *Global Burden of Disease* mostró que la depresión mayor contribuyó a la carga de la enfermedad social: siendo la primera causa de años vividos con incapacidad – *years of live with disability* (YLD), representando el 11.9% del total de YLD en la población de 15 a 44 años (9.7% en los varones; 14% en las mujeres)<sup>47</sup>.

En el mundo entero se reconoce que por cada hombre deprimido hay dos mujeres que presentan este padecimiento<sup>5,18</sup>. Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos mencionan que hay un alto porcentaje de depresión entre las edades de 18 y 45 años, esta etapa es la de mayor productividad del individuo<sup>12</sup>.

En Estados Unidos se realizó el estudio de Área de Contagio Epidemiológico (Epidemiological Catchment Area o ECA), que mostró una tasa de incidencia de 4.4% de Depresión, esta tasa es similar en Puerto Rico 4.6%, en Nueva Zelanda 12.6%, en Canadá 8.6%, las tasas más bajas se registraron en Korea 3.6 % y en Taiwán 1.1%<sup>5</sup>.

En todos los países industrializados la incidencia de trastornos afectivos es cada vez mayor y se manifiesta a edades más tempranas por ejemplo: en España en el 2002<sup>29</sup>, se realizó un estudio en atención primaria, en el cual encontraron que existe una elevada prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 65 años, se

observó que un 44.3 % de las personas con probable trastorno depresivo estaba infradiagnosticada.

En Colombia, Gómez- Restrepo y cols<sup>48</sup> mencionan que la prevalencia de depresión en la atención primaria es del 5% y 25%, y que los médicos familiares detectan menos de la mitad de los pacientes con depresión mayor. Otro estudio realizado en Colombia reportó que la depresión es una afección frecuente ya se encontró en un 8.5% de la población estudiada<sup>49</sup>.

En Chile los trastornos depresivos se encuentran dentro de los problemas más frecuentes de salud mental, con una prevalencia de vida entre el 15 y 20%. En un estudio realizado en 1999, en Talcahuano en atención primaria, el médico diagnóstico la depresión en aproximadamente un 2% del total de las consultas. En esa misma localidad se realizó un estudio a 522 pacientes se encontró que el 90.8% de los pacientes deprimidos correspondían al sexo femenino, el 51 % tenía edades entre los 20 a 45 años<sup>50</sup>.

Rodríguez<sup>4</sup>, menciona que en España el 21 % de la población padece depresión pero solo el 50% de las personas deprimidas acuden con el médico familiar.

En 1979 en el servicio de psiquiatría del hospital Español de la ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás y alcanzó una prevalencia del 66 %, en los servicios de medicina interna y en las salas de pacientes crónicos se encontró un 38% y 48% respectivamente<sup>51</sup>.

En el año 2002 en el Hospital “20 de Noviembre” ISSSTE, realizaron un estudio para conocer la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes enfermos internados,

reportando que de un total de 300 paciente el 28% presentó depresión, con un rango de edad de 21 a 78 años, una media de 48 años<sup>52</sup>. Secin y Rivera<sup>20</sup> refieren en el 2003 la prevalencia de depresión en los hospitales generales fue del 18 a 35%. por mencionar el hospital Ángeles del Pedregal.

En México un estudio realizado por la Universidad Autónoma de México (UNAM) refiere que cada 10 pacientes que asisten con el médico familiar por lo menos uno padece algún tipo de depresión<sup>4</sup>.

Corlay<sup>53</sup> menciona que en México al menos 40% de la población económicamente activa esta deprimida. En promedio más de 25 millones de mexicanos presentan algún tipo de desorden mental como depresión, ansiedad, esquizofrenia, estrés y fobias. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2007 atendió a un millón 49 mil 344 derechohabientes por algún trastorno mental, tan solo por depresión se otorgaron 250 mil consultas<sup>54</sup>.

La Secretaria de Salud (SSA) refiere que de 12 a 20% de la población de 18 a 65 años (más de 10 millones de individuos) están deprimidos o que presentaran un episodio depresivo en algún momento de su vida; además reconoce que por lo general la depresión no se diagnostica y que esta no es atendida con oportunidad<sup>53</sup>.

En el 2002 un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría mostró que en el Distrito Federal, 9 de cada 100 mujeres entre 18 y 65 años reconocieron presentaron depresión, y en los hombres la cifra fue de 4 a 100<sup>4</sup>.

En México la prevalencia de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, señala que alguna vez en la vida 9.1 % de la población cursa con cualquier trastorno afectivo, siendo de 11.2 % para mujeres y 6.7% para hombres. La prevalencia específica para el trastorno depresivo mayor reportada en dicho estudio es de 4.5% en mujeres y 2.0% en hombres, con una prevalencia global de 3.3%<sup>1</sup>.

En el 2005 se realizó un estudio en el sur de la ciudad de México para determinar la relación que tienen algunas variables sociodemográficas y la presencia de depresión, se encontró mayor frecuencia de trastorno depresivo en mujeres así como en las personas que sufrieron una pérdida o ruptura familiar<sup>55</sup>.

Hay factores que ayudan a desencadenar la depresión: experiencia en la infancia de abandono, indiferencia, violencia intrafamiliar, abuso sexual; en el adulto la separación matrimonial, el divorcio, cambios de trabajo, o de casa, inestabilidad laboral, pertenecer a una clase inferior, hacinamiento, violencia, enfermedad, y pertenencia al sexo femenino<sup>15, 16</sup>.

Las razones de esta enfermedad se ven aumentadas por los cambios acelerados de la forma de vida, la desmembración de la familia, la ruptura de las tradiciones y estructuras sociales, problemas económicos, problemas laborales.

Se asegura que el 10% de los pacientes que acuden a consulta con el médico familiar están deprimidos y que no son diagnosticados a tiempo permaneciendo infradiagnosticados en un tercio o en la mitad de los casos, esto puede deberse a la pluripatología por la que el paciente acude a consulta en la que engloba múltiples síntomas somáticos (cefalea, vértigo), o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud, priorizando atención sobre el problema físico que suele requerir menos tiempo en la consulta<sup>5,22,29,32</sup>.

La depresión es uno de los problemas frecuentes en la consulta de medicina familiar, es una enfermedad compleja que afecta el bienestar físico y emocional de la persona que la sufre. Reconocer las manifestaciones físicas y los componentes emocionales de la depresión es crucial para tratarla hasta su completa remisión. Si se realiza un examen clínico completo, con estudios de laboratorio y gabinete y se descarta la presencia de un proceso orgánico, el médico familiar debe considerar siempre la presencia de un trastorno del estado de ánimo.

La depresión es un problema de salud pública que va en aumento, siendo la medicina familiar el primer contacto con el paciente, se encuentra ante una gran oportunidad de identificar, diagnosticar, otorgar tratamiento adecuado, orientar al paciente y a la familia, referir de manera adecuada a los servicios correspondientes cuando se requiera de atención especializada, llevar un seguimiento con la finalidad de evitar complicaciones.

## **1.17 JUSTIFICACIÓN.**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo se caracteriza por al menos dos semanas de estado ánimo depresivo o pérdida de interés, disminución de la actividad intelectual, física social y ocupacional. Los pacientes tienen una visión negativa de si mismos, del mundo y del futuro; es frecuente que presenten un sentimiento de desesperanza, indefensión y desvalorización<sup>56</sup>.

En el año 2000 la depresión se ubico en el cuarto lugar en la tabla de las enfermedades causantes de discapacidad, después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/SIDA; la Organización Mundial de la salud (OMS), calcula que en el 2020 ocupará el segundo sitio después de las enfermedades isquémicas cardíacas.

Es un problema de salud pública, y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial, lo que representa el abandono en el empleo, la escuela, la desintegración familiar y la violencia dentro y fuera de la familia. En el mundo se calcula que existen entre 120 y 200 millones de personas con depresión, en México estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de depresión oscila entre 6 y 15 % para la población general.

La depresión es una de las causas mundiales más frecuentes de discapacidad que aumenta la mortalidad debido a que empeora muchas entidades médicas, así como incrementa el riesgo de suicidio. Los pacientes depresivos utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud y por lo general no se desempeñan adecuadamente en el ámbito laboral<sup>56</sup>.

Es un desorden anímico común, altamente tratable. Solo una tercera parte de los individuos con depresión reciben una intervención adecuada las razones de un diagnóstico mal emitido varían desde un reconocimiento deficiente por parte del médico, hasta la negación de los pacientes<sup>5</sup>.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene una trascendencia fundamental ya que es una entidad discapacitante, es una causa de baja productividad en el trabajo, es costosa, afecta la vida familiar y es potencialmente mortal.

Se calcula que probablemente el 10% de los pacientes que acuden a consulta con el médico familiar están deprimidos; en la consulta de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE se cuenta con la hoja diaria SM-10-1, en esta se registran los diagnósticos de cada consulta, se encontró que en dicha hoja no existen registros que reporten el diagnóstico de depresión por lo tanto no se encuentra considerada dentro de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad.

Debido a la magnitud y trascendencia que la depresión representa es necesario diagnosticarla con oportunidad, establecer tratamiento, e implementar estrategias que permitan detectar los factores de riesgo asociados. La realidad demuestra que el principal contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico familiar, este es una pieza clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. La medicina familiar por ser la puerta de entrada a los sistemas de salud, se encuentra ante una situación privilegiada para llevar a cabo la detección oportuna y el tratamiento integral.

Es necesario realizar un estudio de investigación en la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE para conocer la frecuencia de este padecimiento en la población derechohabiente de 20 a 59 años a fin de proponer acciones de detección y tratamiento oportuno.



## **1.18 OBJETIVO GENERAL.**

Detectar episodio depresivo mayor en pacientes de 20 a 59 años de edad derechohabientes de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE.

### **1.18.1 Objetivos Específicos.**

- Identificar que grupo edad presenta mayor frecuencia episodio depresivo mayor.
- Identificar cual es la ocupación de los pacientes que presentan episodio depresivo mayor.
- Identificar cual es el estado civil de los pacientes que presentan episodio depresivo mayor.
- Identificar cual es la escolaridad de los pacientes que presenta episodio depresivo mayor.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **2.1 Tipo de Estudio.**

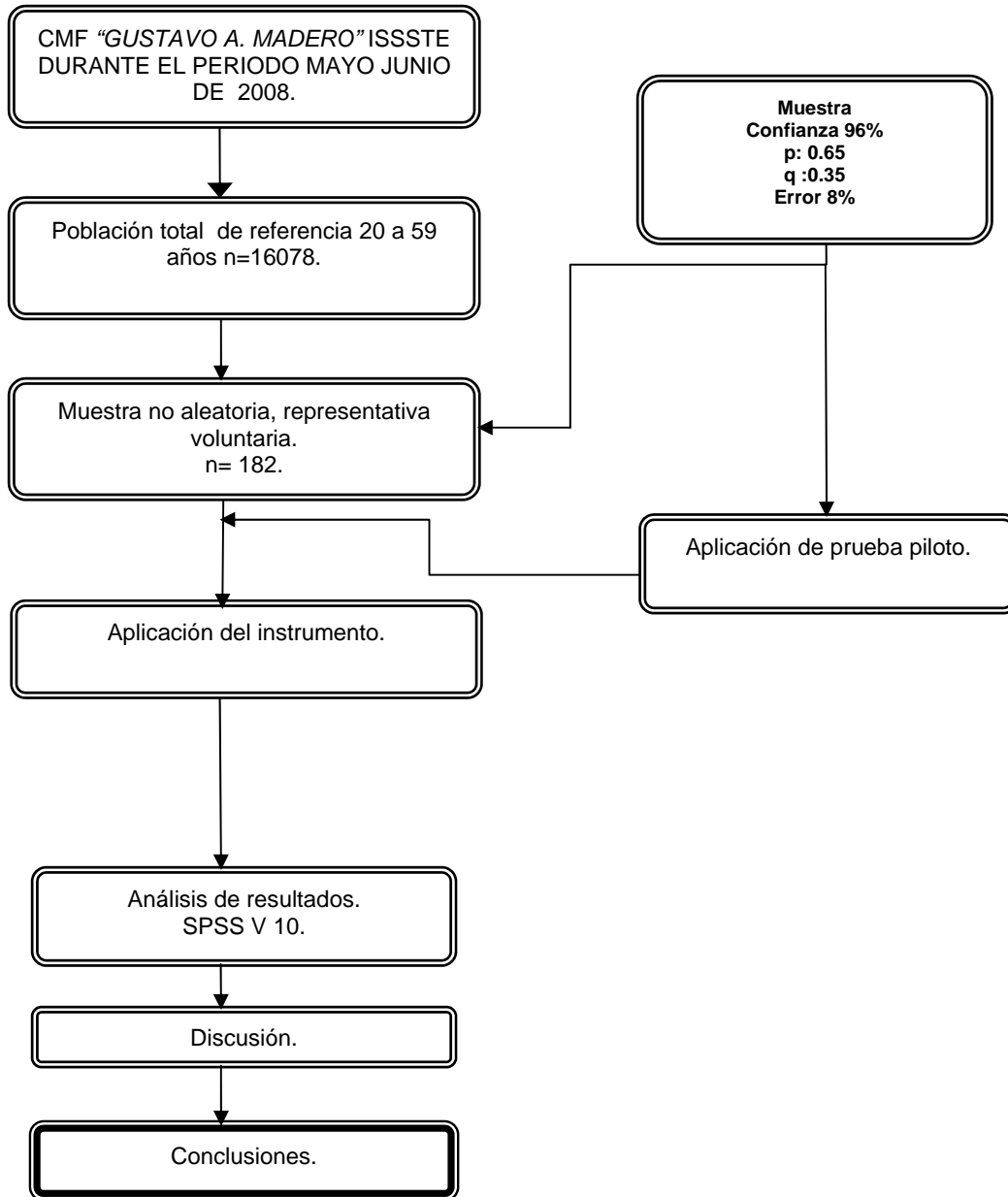
Prospectivo, Transversal, Descriptivo.

### **2.2 Diseño de investigación del estudio.**

La población de referencia esta constituida por  $n= 16, 078$  personas de 20 a 59 años; se trabajó con una muestra no aleatoria, representativa, voluntaria  $n= 182$ , se aplicó una prueba piloto a 10 pacientes, posteriormente se aplicó el instrumento, se realizó el análisis de resultados en el programa estadístico SPSS V 10, se realizó la discusión y las conclusiones. Figura 3.

FIGURA 3.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.



## **2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.**

El presente estudio se realizó en la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*” ISSSTE, en un periodo comprendido entre mayo y junio de 2008.

## **2.4 MUESTRA.**

Muestra no aleatoria, no representativa, la población total de derechohabientes de 20 a 59 años de la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*” ISSSTE, es de n=16 078; se calculó el tamaño de muestra con una confianza del 96 %, error 8%, y el 0.5 de variabilidad, resultando n=182.

## **2.5 CRITERIOS.**

### **2.5.1 Criterios de Inclusión.**

- Pacientes que se encuentren entre las edades de 20 a 59 años de edad.
- Pacientes con expedientes vigentes
- Todos los pacientes derechohabientes que acepten contestar en forma completa y voluntaria la entrevista diagnóstica estructurada.

### **2.5.2 Criterios de exclusión.**

- No haber aceptado participar en el estudio.
- No ser derechohabientes de la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*” ISSSTE.

### 2.5.3 Criterios de eliminación.

Entrevistas incompletas.

### 2.6 VARIABLES.

Ver anexo 2

### 2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

**Cuadro 3**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA
Episodio Depresivo Mayor	Cualitativa	Enfermedad que se presenta durante un período de 2 semanas, se manifiesta con un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de la capacidad para el placer, además de la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas pérdida o aumento de peso y apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte <sup>17</sup> .	Entrevista diagnóstica estructurada internacional M.I.N.I. La cual consta para episodio depresivo mayor de 11 ítems, que se contestan en forma binomial <sup>38,40,41</sup> .
Derechohabiente de 20 a 59 años	Cualitativa	Son las personas a las cuales se les pueden otorgar atención médica de acuerdo a los recursos materiales o humanos disponibles en las unidades médicas de una institución de salud <sup>57</sup> .	
Entrevista diagnóstica estructurada internacional M.I.N.I.	Cualitativa	Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, explora, para detección y/ u orientación diagnóstica los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el CIE -10 <sup>38,40,41</sup> .	

### 2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la investigación es identificar episodio depresivo mayor en pacientes entre la edad de 20 a 59 años derechohabientes de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE.

## **2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

El instrumento que se utilizó fué la entrevista diagnóstica estructurada internacional M.I.N.I., explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV que corresponden a los síntomas frecuentes de episodio depresivo mayor. Se informó al paciente que se iba a realizar la entrevista clínica de una manera estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no. La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Si el paciente respondía de manera afirmativa una o las dos preguntas filtro se continuaba con el interrogatorio, de ser negativas las dos preguntas filtro se daba por terminado el interrogatorio. Y se agradecía la participación a los pacientes.

Ver anexo 2.

## **2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

- El protocolo de investigación se dió a conocer al comité de Ética de la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*” ISSSTE.
- Se aplicó la entrevista diagnóstica estructurada internacional M.I.N.I, en la sala de espera de la unidad.
- Se aplicaron 182 cuestionarios y se procedió a procesar la información en el programa estadístico SPSS versión 10.

## **2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.**

### **2. 11.1 Sesgo de información.**

Se reconoce que este sesgo pudo estar presente. Este queda a expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

### **2.11.2 Sesgos de selección.**

Se reconoce que debido a la naturaleza no aleatoria de la muestra este sesgo existe.

## **2.12 PRUEBA PILOTO.**

Se realizó una prueba piloto previa autorización de participación voluntaria a 10 pacientes de la clínica de medicina familiar "*Gustavo A. Madero*". Los resultados de la prueba piloto se comentaron con el asesor, se implementaron estrategias de aplicación y comunicación con los entrevistados, dudas en la comprensión y entendimiento de las preguntas o la información que se necesitó.

## **2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.**

### **2.13.1 DISEÑO CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.**

Pruebas de estadística descriptiva: medidas de resumen y medidas de tendencia central.

Ver anexo 3.

## **2.14 Cronograma.**

Ver anexo 4.

## **2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS, Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Para realizar este estudio se necesitó de la autora de esta investigación.

Se aplicó a los pacientes la entrevista diagnóstica neuropsiquiátrica internacional M.I.N.I. en la sala de espera de la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*” ISSSTE.

Se emplearon hojas blancas tamaño carta, fotocopias, engrapadora, grapas, pluma, lápices, sacapuntas, goma, computadora portátil, USB portátil, impresora, cartuchos de tinta para impresora, software de edición de Word, programa estadístico SPSS V10.

Los recursos financieros fueron aportados por la autora de la presente investigación.

## **2.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Este trabajo se realizó de acuerdo a las recomendaciones contenidas en la “*Declaración de Helsinki*” de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Edimburgo, Escocia, en Octubre 2000, que guía a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.



*“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología patogénica de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad”.*

También este trabajo se apega al reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud vigente en México, referente al título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I, que dice:

*“Investigación sin riesgo”: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.*

El artículo 20 dice: *“Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.”*

El trabajo se presentó y fué aprobado por el comité de ética de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero” ISSSTE, y se solicitó el consentimiento de participación voluntaria a cada paciente.

### 3. RESULTADOS.

Se aplicaron 182 cuestionarios a pacientes derechohabientes de 20 a 59 años de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”, ISSSTE, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

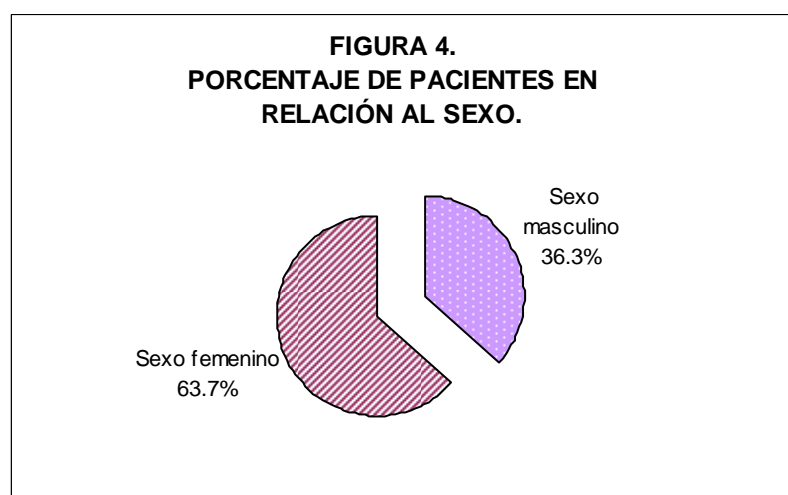
#### SECCION I DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

##### 3.1.1. EDAD.

El rango de edad de los pacientes participantes fue de 20 a 59 años, con una media de 39 años (43.4%).

##### 3.1.2 SEXO

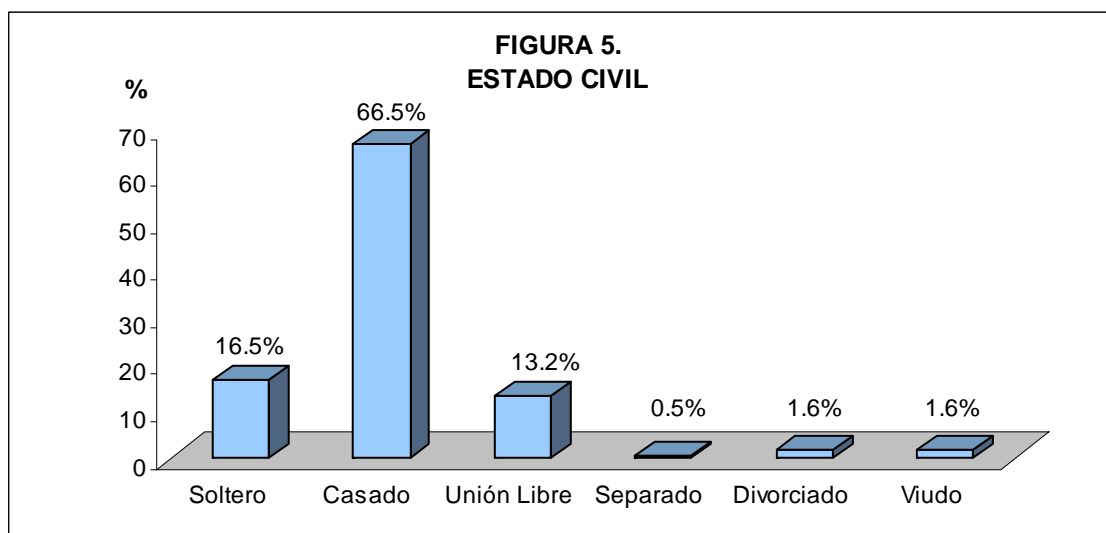
De los 182 pacientes encuestados 116 (63.7%) pertenecen al sexo femenino, 66 (36.3%) al sexo masculino, como se muestra en la figura 4.



Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo- Junio 2008.

### 3.1.3 ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil, 121 (66.5%), son casados el resto como se muestra en la figura 5.



Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo- Junio 2008.

### 3.1.4 ESCOLARIDAD EN AÑOS.

De acuerdo a la escolaridad en años de los pacientes participantes, se encontró un mínimo de 2 años y un máximo de 17 años, la mayoría 65 (35.7%) refirió contar con 12 años de estudios lo que corresponde a la preparatoria concluida.

### 3.1.5 OCUPACIÓN

Las tres ocupaciones más frecuentes fueron empleado 80 (44.0%), ama de casa 37 (20.3%), profesional 18 (9.9%), el resto como se describe en el cuadro 4.

**Cuadro 4.**  
**OCUPACIONES.**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Empleado	80	44
Ama de casa	37	20.3
Profesional	18	9.9
Profesor	17	9.3
Secretaria	6	3.3
Otras ocupaciones	6	3.3
Estudiante	4	2.2
Estudia y trabaja	4	2.2
Jubilado	4	2.2
Desempleado	3	1.6
Comerciante	2	1.1
Chofer	1	.5
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

## 3.2 SECCION II.

### 3.2.1 MOTIVO DE CONSULTA.

Los tres principales motivos de consulta en frecuencia fueron: acompaña a un familiar 53 (29.1%), atención dental 22 (12.1%), y faringoamigdalitis 19 (10.4%), el resto como se describe en el cuadro 5.

**Cuadro 5.**  
**MOTIVO DE CONSULTA.**

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acompaña a un familiar	53	29.1
Atención dental	22	12.1
Faringoamigdalitis	19	10.4
Colitis	11	6.0
Control de HAS	11	6.0
Gonartrosis	11	6.0
Esguince de tobillo	7	3.8
Control de DM	5	2.7
Incapacidad	4	2.2
Lumbalgia	4	2.2
Placa de RX	4	2.2
Cefalea	3	1.6
Control de dislipidemia	3	1.6
Pase a segundo nivel	3	1.6
Quemaduras	3	1.6
Certificado médico	2	1.1
Cervicovaginitis	2	1.1
Control Prenatal	2	1.1
Climaterio y menopausia	2	1.1
Dermatitis	2	1.1
Esguince cervical	2	1.1
Hombro doloroso	2	1.1
Control de HAS y DM	1	.5
Infección de vías urinarias	1	.5
Parálisis facial	1	.5
Planificación familiar	1	.5
Vértigo	1	.5
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.2.2 ENFERMEDADES CONCOMITANTES

De las enfermedades concomitantes 57 (31.3%) pacientes respondieron que no presentaba ninguna enfermedad, toxicomanías 28 (15.4%), hipertensión arterial sistémica 19 (10.4%), los demás datos como se muestra en el cuadro 6.

**Cuadro 6.**  
**ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	57	31.3
Toxicomanías	28	15.4
Hipertensión Arterial Sistémica	19	10.4
Dislipidemia	11	6.0
Enfermedad Ácido Péptica	8	4.4
Diabetes Mellitus Tipo 2	7	3.8
DMT2 e HAS	6	3.3
Duelo	17	9.3
Migraña	4	2.2
Hipotiroidismo	3	1.6
Insuficiencia venosa periférica	3	1.6
Miopía	3	1.6
Obesidad	3	1.6
Lumbalgia	2	1.1
Miomatosis	2	1.1
Acné	1	.5
Artritis Reumatoide	1	.5
Asma	1	.5
Coledocolítiasis	1	.5
Climaterio	1	.5
Epilepsia	1	.5
Esclerosis múltiple	1	.5
Hiperúricemia	1	.5
Osteoporosis	1	.5
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.2.3 TOXICOMANÍAS

De las toxicomanías se encontraron los siguientes resultados como se muestra en el cuadro 7.

**Cuadro 7.**  
**TOXICOMANÍAS.**

TOXICOMANÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tabaquismo	20	11
Alcoholismo	5	2.74
Tabaquismo y Alcoholismo	3	1.64
Ninguna	154	84.6
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.2.4 ANTECEDENTE DE PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS Y EN SU TRABAJO.

Con respecto al antecedente de problemas familiares, económicos o en su trabajo, 62 (34.1%) respondió que no tenía ningún problema, 43 (23.6%) tenía problemas económicos, y 30 (16.5%) tenía problemas familiares, los demás datos se describen en el cuadro 8.

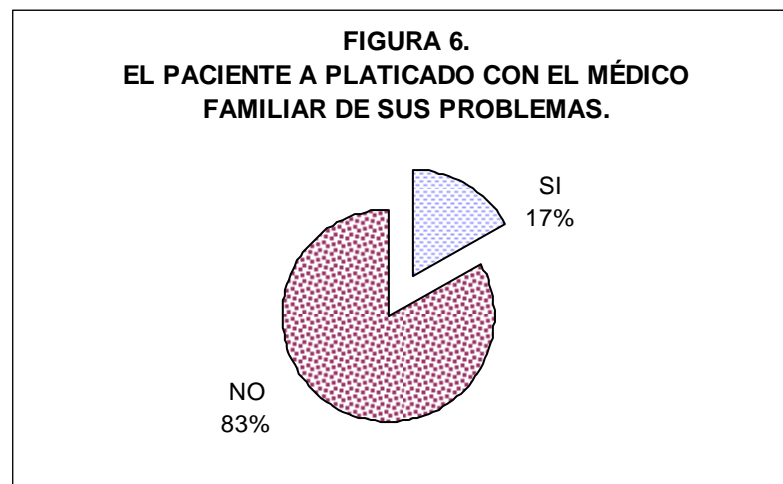
**Cuadro 8.**  
**ANTECEDENTE DE PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS Y EN SU TRABAJO.**

¿TIENE PROBLEMAS?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	62	34.1
Económicos	43	23.6
Familiares	30	16.5
Familiares y económicos	27	14.8
Familiares, económicos y en su trabajo	9	4.9
En su trabajo	8	4.4
Económicos y en su trabajo	2	1.1
Familiares y en su trabajo	1	.5
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.2.5 EL PACIENTE A PLATICADO CON EL MÉDICO FAMILIAR DE SUS PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS Y EN SU TRABAJO.

De los 182 pacientes encuestados, 151 (83%), contestó que no ha platicado con su médico familiar sobre sus problemas familiares, económicos, y en su trabajo, 31 (17%) contestó que sí.



Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.



### 3.2.6 EL PACIENTE NO PLATICA CON EL MÉDICO FAMILIAR DE SUS PROBLEMAS, ECONÓMICOS Y EN SU TRABAJO.

Las principales causas por las que el paciente no platica con su médico familiar de sus problemas familiares, económicos y en su trabajo fueron porque le da poca importancia a sus problemas 68 (37%), no le inspira confianza el médico familiar 38 (20.9%), el resto como se describe en el cuadro 9.

**Cuadro 9.**

#### **EL PACIENTE NO PLATICA CON EL MÉDICO FAMILIAR DE SUS PROBLEMAS, ECONÓMICOS Y EN SU TRABAJO.**

<b>EL PACIENTE NO PLATICA DE SUS PROBLEMAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Le da poca importancia a sus problemas	68	37.4
No le inspira confianza el médico	38	20.9
Negación de los problemas	31	17.0
Por falta de tiempo en la consulta	15	8.2
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008

### 3.2.7 EL PACIENTE SI PLATICA CON EL MÉDICO FAMILIAR DE SUS PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS, Y EN SU TRABAJO.

Las principales causas por las que el paciente si platica con su médico familiar de sus problemas familiares, económicos y en su trabajo fueron porque su médico le inspira confianza 21 (11.5%), reconocimiento del paciente de sus problemas 4 (2.2%), el resto como se describe en el cuadro 10.

**Cuadro 10.**  
**EL PACIENTE SI PLATICA CON EL MÉDICO FAMILIAR DE SUS PROBLEMAS FAMILIARES, ECONÓMICOS, Y EN SU TRABAJO.**

EL PACIENTE SI PLATICA DE SUS PROBLEMAS CON EL MÉDICO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Su médico le inspira confianza	21	11.5
Reconocimiento del paciente de sus problemas	4	2.2
Considera importante sus problemas y recurre al médico	4	2.2
Su médico le dedica más tiempo en la consulta	1	.5
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

## SECCION III

### 3.3 ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL M.I.N.I.

#### 3.3.1 PREGUNTAS FILTRO.

En la pregunta 13 y 14 se interrogó el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o la capacidad para el placer respectivamente en las dos últimas semanas, se encontró los siguientes resultados como se muestra en el cuadro 11.

**Cuadro 11.**  
**PREGUNTAS FILTRO**

<b>PREGUNTAS FILTRO</b>	<b>PACIENTES CON SÍNTOMAS</b>
Estado de ánimo deprimido.	56
Pérdida de interés o la capacidad para el placer.	49

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.3.2 CONTINUACIÓN DE LA ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL M.I.N.I. PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

Las preguntas 15, 16, 17, 18, 19, 20, y 21 que corresponden al resto de la entrevista M.I.N.I. se agruparon por síntomas los cuales se presentan en el siguiente cuadro 12.

**Cuadro 12.**

#### **AGRUPACIÓN DE SÍNTOMAS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) DE LA M.I.N.I.**

<b>SÍNTOMAS DEL EDM DE LA MINI</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cambios en el apetito y en el peso corporal.	49	26.9
Alteraciones en el hábito del sueño.	66	36.3
Aceleración o lentitud psicomotora.	44	24.2
Falta de energía.	50	27.5
Valía personal y sentimiento de culpa.	32	17.6
Dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones.	29	15.9
Pensamientos recurrentes, ideación suicida o incluso intentos suicidas.	19	10.4

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.3.9 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE.

Si el paciente presentó un episodio depresivo mayor actual se continuó con las preguntas 22 y 23, se encontraron 5 pacientes con episodio depresivo mayor recurrente los resultados se muestran en el siguiente cuadro 13.

**Cuadro 13.**  
**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE.**

<b>PACIENTES CON SÍNTOMAS EPISODIO RECURRENTE MAYOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>
En el transcurso de su vida ha presentado periodos de 2 semanas en los que se ha sentido decaído o sin interés por la mayor parte de las cosas.	15
En entre el episodio actual y su último episodio depresivo ha tenido intervalo sin depresión de al menos dos meses.	5

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.3.10 RESULTADOS DE LA M.I.N.I.

De acuerdo a la calificación final obtenida por las respuestas de los indicadores se encontró en las 182 entrevistas aplicadas lo siguiente:

- Pacientes con episodio depresivo mayor actual 50 (27.5%), sin episodio depresivo mayor 132 (72.5%).
- Pacientes con episodio depresivo mayor recurrente 5 (2.7%).
- La calificación final por sexo con episodio depresivo mayor fue masculino 14, femenino 36.

- Los pacientes que presentaron episodio depresivo mayor por grupo de edad, se muestra en el cuadro 14.

**Cuadro 14.**

**PACIENTES QUE PRESENTARON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR POR GRUPO DE EDAD.**

GRUPO DE EDAD	EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
20-29	11
30-39	14
40-49	14
50-59	11
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

- En cuanto a la ocupación de los pacientes que presentaron episodio depresivo mayor fueron empleado 22, ama de casa 14, y desempleados 3, el resto como se muestra en el cuadro 15.

**Cuadro 15.**

**OCUPACION DE LOS PACIENTES CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.**

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	22	
Ama de casa	14	
Desempleado	3	
Estudiante	2	
Profesional	2	
Profesor	2	
Comerciante	1	
Chofer	1	
Jubilado	1	
Secretaria	1	
Otras ocupaciones	1	
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

- En cuanto a la escolaridad en años de los pacientes que presentaron episodio depresivo mayor se encontró que 18 pacientes contaban con 12 años de estudios lo que corresponde a la preparatoria completa.
- En cuanto al estado civil 33 pacientes casados presentaron episodio depresivo mayor, el resto como se muestra en el cuadro 16.

**Cuadro 16.**  
**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

ESTADO CIVIL	PACIENTES CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
Casados	33
Soltero	8
Unión Libre	7
Divorciado	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Fuente: Encuesta para detección de episodio depresivo mayor en pacientes derechohabientes de la CMF GAM. Mayo-Junio 2008.

### 3.3.11 CLASIFICACIÓN FAMILIAR.

En cuanto a la clasificación familiar de acuerdo a su estructura se encontró que 126 familias eran nucleares que corresponde a padre, madre e hijos, el resto de los datos se muestra en el cuadro 17.

**Cuadro 17**  
**TIPO DE FAMILIA.**

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	126	69.2
Extensa	32	17.6
Extensa compuesta	24	13.2
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fuente: Irigoyen C A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed, México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. p 50.

## 4. DISCUSIÓN.

La depresión constituye una de las patologías más frecuentes en la población general, es un problema de salud pública, y es enfermedad altamente tratable<sup>25 36</sup>. Según una investigación realizada en 14 países por la Organización Mundial de la Salud (OMS) describió una tasa de prevalencia de depresión en las primeras consultas en atención primaria superior al 10%, también informó que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo<sup>9,31</sup>.

Del gran número de pacientes con depresión sólo una parte acude a los servicios de medicina familiar y de estos solo una tercera parte reciben una atención médica adecuada, las razones de una detección, diagnóstico y tratamiento mal emitido varían desde un reconocimiento deficiente por parte de los médicos, hasta la negación abierta de los pacientes<sup>4,5,14,36, 49</sup>.

Debe señalarse la importancia que tienen las clínicas de medicina familiar ya que representan el primer nivel de atención, en donde el paciente acude en primera instancia para un diagnóstico y tratamiento<sup>25</sup>.

De acuerdo con los resultados obtenidos de 182 cuestionarios aplicados a pacientes derechohabientes de 20 a 59 años de la clínica de medicina familiar “Gustavo A Madero”, ISSSTE. se encontraron los siguientes resultados:



De 182 entrevistas aplicadas, los resultados obtenidos fueron 50 pacientes presentaron episodio depresivo mayor y 132 no, comparando los resultados, con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)<sup>14</sup> llevada a la población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, respecto al resto de los trastornos investigados ocupó el tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida. Por otro lado en un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)<sup>4</sup> reportó que de cada 10 pacientes que asisten a consulta con el médico familiar por lo menos uno padece depresión. Caraveo y cols reportaron en 1999 que la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 12 %<sup>5</sup>.

En este estudio se encontró que los pacientes con episodio depresivo mayor recurrente fueron 2.7%, a diferencia de lo reportado, por Caraveo<sup>5</sup> donde el índice de recurrencia de episodio depresivo mayor fue del 59%.

En este estudio la edad promedio de los pacientes entrevistados fue 39 años, los 2 grupos de edad que presentaron episodio depresivo mayor fueron de 30 a 39 y de 40 a 49 años semejante a lo encontrado por Gabarrón<sup>29</sup>, en el estudio que realizó para detectar depresión en España a pacientes entre 18 y 65 años, a diferencia de lo encontrado en la Encuesta Nacional de Adicciones<sup>14</sup>, reportó que en pacientes entre 18 y 65 años, el 34% presentó síntomas de depresión.

El predominio de la depresión en las mujeres es un hecho ampliamente documentado<sup>5,14,18,26</sup>. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría<sup>4</sup> encontraron que en el Distrito Federal 9 de cada 100 mujeres entre 18 y los 65 años reconocieron presentar depresión, mientras que en los hombres la cifra es de 100 a 4. En este estudio 14 hombres y 36 mujeres presentaron episodio depresivo mayor,

hay que señalar que la población estudiada en ambos sexos no fue de la misma proporción lo que hubo un sesgo de selección.

En este estudio se encontró que la escolaridad de los pacientes participantes que presentaron episodio depresivo mayor la mayoría refirió contar con 12 años lo que corresponde a la preparatoria concluida a diferencia de lo encontrado en un estudio realizado por Bello y cols<sup>11</sup>, reporto que conforme se incrementa el nivel escolar disminuye la prevalencia de depresión.

La etapa de mayor productividad desde el punto de vista laboral es de los 20 a 59 años<sup>9</sup>, en este estudio se encontró que empleados y amas de casa presentaron mayor proporción de episodio depresivo mayor, lo que concuerda con lo reportado en el estudio de Gabarrón<sup>29</sup> en donde amas de casa presentan depresión, no así con los empleados.

En el estudio de Gabarrón<sup>29</sup> reportó que los pacientes que presentaron episodio depresivo mayor fueron casados, concuerda con lo encontrado en este estudio.

Al preguntarles a los pacientes el motivo por el cual no platica con su médico familiar los resultados de sus respuestas fueron le da poca importancia y no le inspira confianza el médico, respectivamente; lo reportado en la bibliografía<sup>14</sup> nos refiere que estudios realizados en hogares en población urbana en México documentan que las personas piden ayuda en sus redes sociales, a familiares o amigos, a sacerdotes, se automedican y solo secundariamente acuden a consulta de medicina familiar. Berenzon<sup>14</sup> ha documentado una elevada utilización de medicina alternativa como complemento a la medicina tradicional como percepción social de quién puede ofrecer solución a los problemas.

## 5 CONCLUSIONES.

En el presente trabajo de investigación se logró cumplir con el objetivo general y objetivos específicos, en este estudio se identificó episodio depresivo mayor en pacientes que acudieron o no a consulta de medicina familiar, lo que amerita que el médico familiar sospeche la presencia de trastornos del estado de ánimo; es importante detectar la depresión en la consulta de medicina familiar en forma sistemática, sobre todo prestando mayor atención en mujeres, viudos, jubilados, o en aquellos que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta en forma más frecuente.

En base a los resultados obtenidos y tomando en cuenta las limitantes de este tipo de trabajos en donde puede haber sesgos de información, se encontró que la presencia de depresión es importante en la consulta de medicina familiar, que debiera tomarse en cuenta su detección y tratamiento ya que su repercusión en la salud, pérdida de productividad en el trabajo y el sufrimiento de las personas que la padecen, afecta la vida familiar, además de los altos costos que representa a la salud, así como su alta asociación al suicidio.

Si lo que se avecina es un incremento en la presentación de casos de depresión, según lo reportado por la bibliografía, los médicos familiares deberán mejorar su capacidad y precisión diagnóstica, delimitar a los pacientes que por sus características puedan ser tratados en forma integral en consulta de medicina familiar, y referir a segundo nivel los casos más graves o en aquellos que se detecta riesgo de suicidio.

Una de las limitantes de este estudio es que no se averiguo sobre la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el paciente con episodio depresivo mayor por lo que se deja a consideración como línea de investigación la identificación de etapa del ciclo vital del paciente, para determinar si existe o no asociación entre esta y la

presentación de episodio depresivo mayor con la finalidad de prevenir su presencia en etapas tempranas de la vida del paciente.

La medicina familiar es un dispositivo con el que los pacientes contactan un mayor número de veces durante su vida, lo que permite la continuidad y constituye un lugar para la anticipación al riesgo.

Los médicos familiares deben considerar que la relación médico-paciente es un acto terapéutico en si mismo, basado en la confianza que el paciente deposita, por otra parte la actitud y la empatía con la que el médico familiar se muestra así como su calidad de experto van a ayudar al mejor plan de tratamiento.

Para llevar a cabo las acciones de detección por parte del médico familiar se pueden tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Detectar la sintomatología depresiva en los pacientes de la consulta de medicina familiar en forma sistemática.
- Con un enfoque de búsqueda en aquellos pacientes con dolor crónico, se pueden utilizar dos preguntas que abordan los criterios referentes al estado ánimo del DSM-IV- TR:

1. ¿En el último mes se ha sentido con frecuencia desanimado, o sin esperanza?

2. ¿En el último mes se ha sentido molesto por tener poco interés o disfrutar poco de hacer cosas?

- Aplicar en forma cuidadosa las escalas clinimétricas para establecer el diagnóstico y su severidad así como monitorizar la respuesta al tratamiento.
- Implementar un abordaje terapéutico integral que incluya la farmacoterapia, psicoterapia, y considerar los aspectos psicosociales y familiares.
- Identificar factores de riesgo con familias que presenten disfunción familiar.
- En el tratamiento farmacológico antidepresivo tomar en cuenta la severidad del cuadro clínico del paciente y sus efectos colaterales.
- El médico familiar cuenta con herramientas útiles que le facilitan confirmar la sospecha de depresión en estos pacientes, la entrevista neuropsiquiátrica internacional diagnóstica M.I.N.I. es fácil de aplicar y útil para este objetivo.
- Difundir entre los pacientes información confiable y clara sobre depresión con la finalidad de disminuir el estigma que existe en torno a la enfermedad mental.

Una propuesta es la incorporación de personal capacitado en materia de salud mental por mencionar psicólogos, en las clínicas de medicina familiar, para incrementar la capacidad resolutoria de atención en las mismas y ofrecer una atención más rápida y oportuna disminuyendo la referencia de pacientes a instituciones especializadas. También llevar a cabo pláticas de fomento a la salud mental, donde se promuevan estilos de vida sanos, hacer ejercicio, o practicar alguna actividad recreativa.

## 6 REFERENCIAS.

1. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev. Fac. Med.UNAM (Méx) 2006; 49 (2): 66-72.
2. Kaplan H. Trastornos del estado de ánimo. En: Sadock B dir. Sinopsis de psiquiatría. Barcelona: Panamericana; 1997. p 593-656.
3. Calderón N, Colin P. La relación médico-paciente en los trastornos depresivos. Rev Neuropsiquiatr (Méx) 2003; 66: 329-334.
4. Prieto I. La depresión omnipresente. Psiquiatría (Méx) 2005; 21(3): 22-26.
5. Belsasso G. Programa Especifico de Depresión.[en línea] [consultado 25-01-08]: URL disponible en [http://sersame.salud.gob.mx/depresión\\_cap4.htm](http://sersame.salud.gob.mx/depresión_cap4.htm)
6. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam (Méx) 2004; 6 (3): 61-63.
7. Epidemiología de la Depresión en México. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Derechos reservados 2001. Epidemiología [consultado 10-04-2007] URL disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/epide>
8. Agudelo D, Carretero H, Blanco A, Pitti C, Spielberger Ch, Buela G. Evolución del componente afectivo de la depresión. Análisis factorial del ST/ DEP revisado. Salud Mental. (Granada) 2005; 28 (3): 32-41.
9. Peralta P, Mercado C, Cruz A, Sánchez M, Lemus R, Martínez G. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med IMSS 2006; (44): 409-414.
10. Pirraglia P, Rosen A, Hermann R, Olchanski N, Neumann P. Estudios del análisis del coste- utilidad del diagnóstico y tratamiento de la depresión: una revisión sistemática. Am J Psychiatry (Ed Esp) 2005; 8: 129-136.
11. Bello M, Puentes Rosas E, Medina- Mora M E, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pub Méx. 2005; 47: 4-11.
12. Josué L, Torres V, Urrutia E, Moreno R, Font Ileana, Cardona M. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cubana Med Milit 2006; 35 (3): 20-25.
13. Almanza J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. Rev Sanid Milit Méx. 2004; 58 (3): 209-222.

14. Medina M M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Bautista C, Villatoro J, Rojas E et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental (Méx)* 2003; 26 (4): 1-16.
15. Juárez R, García S. Actualidades en el tratamiento de la depresión. En *Annual Riview*. Del Colegio de Medicina Interna de México. Temas selectos en Medicina Interna. México 2006, Editorial Intersistemas p. 121-130.
16. Urretavizcaya M, Benlloch L. Trastornos de la afectividad. *Depresiones Unipolares*. *Medicine*. 2003; 8 (105): 5635-5644.
17. Asociación Americana de Psiquiatría: Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMIV TR. Trastornos del estado de ánimo. Washington DC, 2003. Editorial Masson. p. 387-399.
18. De Juárez Becerril E, Cruz Vázquez T; Velázquez Salazar I; Armendáriz Vázquez Y; Vázquez Trejo M A; Ortega espinosa M T; et al. Guías clínico terapéuticas para servicios del primero y segundo nivel de atención médica: 2005.[en línea] [consultado 02-06-07]: URL disponible en <http://200.94.154.100/CoordSalud/MedicinaPreventiva/GUIAS/depresión.pdf>
19. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE- 10. Décima Revisión. Vol 1: p 320-322.
20. Secín R, Rivera M B L. Depresión en el hospital general. PAC Psiquiatría-4. México: Intersistemas; 2003.
21. De Gruy F, Schewer T L. Diagnóstico y tratamiento de la depresión y los trastornos bipolares en atención primaria. En dir: Dwight L E, Dennis S. Ch., Lewis L. *Depresión y trastornos Bipolares. Guía para el médico*. España. Ed. Mc Graw-Hill/Interamericana 2007 p. 3-20.
22. Jusset T, García N, Rosete G. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. *Rev. Cubana Med Gen Integral*. 2002 [en línea] [consultado 21-08-07]: URL disponible en <http://cielo.sld.cu/cielo>.
23. Ibáñez G C. Depresión en la atención primaria. *Psiquiatría y Salud Mental*. (Méx) 2002; 9 (3): 143-148.
24. Saldarriaga M. Depresión y familia. En: Dulanto Gutiérrez E. *La familia. Un encuentro de espacio de encuentro y crecimiento para todos*. México; Editores de Textos Mexicanos, 2004. p. 477-483.
25. Vargas B, Heinze G, García J, Fernández M A, Dickinson M E. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM (Méx)* 2004; 47 (5): 187-191.

26. Urbina M R. Depresión. Aten Fam (Méx) 2007; 14 (5): 119-121.
27. Borrell i C F, Caterina B. Trastornos de la salud mental. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención primaria conceptos; organización y práctica clínica. Vol II. Madrid: An Elsevier Imprint 2003. p. 1025-1029.
28. Ortiz L A, Lozano S C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. Aten Primaria (España) 2005; 35(3): 152-155.
29. Gabarrón H E, Vidal R J M, Haro A J M, Boix S I, Jover B A, Arenas P M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria (España) 2002; 29 (6): 329-337.
30. Pérez F B, Turabián F J L. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? Aten Primaria (España) 2006; 37 (1): 37-39.
31. Moe K O, Privitera Ch. Depresión. En South- Paul J E, Matheny S C, Lewis E L. Diagnóstico y tratamiento en medicina familiar. México: Manual Moderno; 2005. p. 605-615.
- 32.- El 50% de los pacientes con depresión no explica a su médico su problema emocional. [en línea] [consultado 03-11-07]: URL disponible en <http://www.medicinageriatrica.com>
34. Calderón G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. Rev.Med. IMSS (Méx) 1992; 30: 377-380.
35. Calderón G. Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. Rev. Neuro-Psiquiatría del Perú (Perú)1997; [en línea] [consultado 28-08-2007] URL disponible en: <http://psiquiatria.com.mx>.
36. Ruíz H S, Miranda E. Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en paciente de medicina general. Rev Med Chile. (Chile) 2001; 129 (6); [en línea] [consultado 28-08-2007]: URL disponible en <http://cielo.sld.cu./cielo>
37. Depresión [en línea] [consultado 05-01-08] URL disponible en [http://es.brainexplorer.org/depresión/Depression\\_Diagnosis.shtml](http://es.brainexplorer.org/depresión/Depression_Diagnosis.shtml).
38. García-Portilla M P, Bascarán F M T, Sáiz M P A, Bousoño G M, Bobes García J 1 Instrumentos de detección y orientación diagnóstica. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona. Ars Medica; 2006. p. 3 -69.



39. Aguado M H, Silberman P R, Manrique G E. Lineamientos para la evaluación cognitivo- conductual de la depresión. Rev de psiquiatr salud mental. 2005; VI(2): 45-72.
40. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorin P, Janavs J, Weiller E et. al. The Mini-Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a structured diagnostic psyatric interview for DSM –IV and ICD-10. J.Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 20): 22-27.
41. Pinninti N R, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. Eur Psychiatry 2003; 18: 361-364.
42. Sebastián G R, Solá G M, Barreto R P, Corral Mata M E, Muñoz L J, Boncompte V M P. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. “ABS Les planes Sant Joan Despí Barcelona” Rev. Aten Primaria (España) 1998; 22 (8): 491-496.
43. Berlanga C, Caballero A, Apiquian R. Respuesta temprana e intermedia como factores de predicción de la eficacia de los antidepresivos. Gac Méd Méx 2001; 137(6): 521-527.
44. Irigoyen C A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed, México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2006. p 147.
45. Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar, Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. Primera Reunión de. México. Arch Med Fam 2005; 7(Sup 1): 13-14.
46. Pérez A , Costero T , Martín G . Trastornos depresivos. Chamorro G L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Ed. Ars Medica 2006. p. 51-58.
47. Ciurana M R. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. Aten Primaria (España) 2002; 29 (6): 336-337.
48. Gómez R C, Bohórquez P A, Okuda B M, Gil Laverde J F, Tamayo N, Rey Sánchez D. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. Rev. Colomb Psiquiatr 2007; XXXVI (3): 439-450.
49. Gómez R C, Bohórquez A, Pinto M , Gil L J F, Rondón S M, Díaz G N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población de colombiana. Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 2004; 16 (6): 378-386.

50. Salvo L, Bascur C, Becker M, Salvo S. Diagnóstico de depresión en atención primaria de la provincia de Ñuble. *Psiquiatr y Salud Mental* 2001; XVIII (3): 150-157.
51. Hollander E, Wong Ch M. Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos frecuentes. 2004 EOS LTDA p. 50-58.
52. García V A, Ruíz O J, Díaz M A, Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes médicamente enfermos internados en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, ISSSTE. *Rev Psiquiatr* 2002; 18 (3): 172-175.
53. Cruz M A. La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. [en línea] [consultado 03-02-07]: URL disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>.
54. Ansiedad y depresión, las dos patologías de mayor prevalencia entre los mexicanos: IMSS. [en línea] [consultado 21-04-08]: URL disponible en <http://www.medicinadigital.com>
55. Berenzon G S, Tiburcio S M, Medina-Mora I ME. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*. (Méx) 2005; 28 (6): 33-40.
56. Gelenberg A J, Hopkins H S. Evaluación y tratamiento de la depresión en atención primaria. *Am J Med*. 2007; 120 (2): 105-108
57. Derechohabiente [en línea] [consultado 05-04 08]:URL disponible en <http://dgcnesyp.ineqi.gob.mx/cgi-win/sisem.exe/METT110005000050>
58. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.
59. Ponce R E, Gómez CI FJ F, Irigoyen C A. El tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones mayores de 10 000 elementos. *Aten Fam (Méx)* 2007; 14(2): 44 – 53.
60. Jiménez Miranda, J. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. [en línea] [consultado 11-05- 07]: URL disponible en <http://cis.sld.cu/E/vancouve3.pdf>

## 7.ANEXOS.

### Anexo 1

**Cuadro 2.**

**Sección I  
Variables por sección que integran el instrumento**

Nombre de la Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de la variable Opciones de Respuesta
-----------------------	------------------	--------------------	---

Folio y consentimiento	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 001 a 182
------------------------	--------------	----------	---------------------------------

**Sección II Ficha de identificación**

2.- Edad	Cuantitativa	Continua	Valores que tomara.
3.- Sexo	Cualitativa	Nominal	1.-Masculino 2.-Femenino
4.- Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Unión libre 4.-Separado 5.-Divorciado 6.-Viudo
5.- Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
6.- Ocupación	Cualitativa	Nominal	1.-Ama de casa 2.-Jubilado 3.-Desempleado 4.-Subempleado 5.-Estudiante 6.-Estudia y trabaja 7.-Campesino 8.-Artesano 9.-Obrero 10.-Técnico 11.-Empleado 12.-Profesional 13.-Artista 14.-Servicio diversos 15.-Otros

**Sección III Motivo de consulta**

7.- Motivo de consulta	Cualitativa	Nominal	Textual
8.- Enfermedades concomitantes	Cualitativa	Nominal	Textual (agrupación post-códigos)
9.- ¿Tiene problemas?	Cualitativa	Nominal	1.-Familiares 2.-Económicos 3.-En su trabajo 4.-Ninguno

10.- ¿A platicado con su médico sobre sus problemas?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
11.- ¿Por qué no?	Cualitativa	Nominal	Textual
12.- ¿Por qué sí?	Cualitativa	Nominal	Textual

#### IV Entrevista neuropsiquiátrica internacional M.I.N.I.

13.- En el transcurso de las dos últimas semanas ¿se ha sentido particularmente triste decaído (a), la mayor parte del tiempo a lo largo del día y esto es casi todos los días?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
14.- En el transcurso de las dos últimas semanas ¿ha tenido casi todo tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
15.- ¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5% del peso corporal ó +/- 3'5 Kg ó +/- 8 para una persona de 65 kg)?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
16.- ¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
17.- ¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario se sentía agitado (a) y tenía dificultades para permanecer quieto?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
18.- ¿Casi todos los días, se sentía fatigado (a), sin energía?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
19.- ¿Casi todos los días se sentía sin valor o culpable?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
20.- ¿Casi todos los días tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
21.- ¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto (a) o en hacerse daño?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
22.-¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en lo que se haya sentido decaído (a) o sin interés por la mayor parte de las cosas y en los que haya	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si

tenido los problemas de los que estamos hablando?			
23.- ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	Cualitativa	Nominal	1.-No 2.-Si
24.-¿Cuántas personas viven con usted?	Cuantitativa	Continua	Números enteros
24.-Clasificación familiar	Cualitativa	Nominal	1.- Nuclear 2.- Extensa 3.- Extensa compuesta

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Consentimiento para participar en la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI.

La presente entrevista tiene el objetivo de: Detectar Depresión en pacientes de 20 a 59 años de edad derechohabientes de la clínica de medicina familiar “*Gustavo A. Madero*”. ISSSTE.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta clínica de medicina familiar, 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 pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, la entrevista será interrumpida, 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 Clínica de Medicina Familiar.

El cuestionario tiene 24 preguntas y se contestan aproximadamente en 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Muchas Gracias por su participación.

---

**Firma**

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

### SECCIÓN I

1.- Folio \_\_\_\_\_

2.- Edad \_\_\_\_\_

3.- Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

4.- Estado Civil:

Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_\_

Separado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_

5.- Escolaridad:

\_\_\_\_\_

6.- Ocupación:

Ama de casa \_\_\_\_\_

Jubilado \_\_\_\_\_

Desempleado \_\_\_\_\_

Subempleado \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_

Estudia y trabaja \_\_\_\_\_

Campesino \_\_\_\_\_

Artesano \_\_\_\_\_

Obrero \_\_\_\_\_

Técnico \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Artista \_\_\_\_\_

Servicios diversos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

### SECCION II

7.- Motivo de consulta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- Enfermedades concomitantes:

DMT2 \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ Dislipidemia \_\_\_\_\_

Cardiopatía \_\_\_\_\_

Otras enfermedades \_\_\_\_\_

Alcoholismo \_\_\_\_\_ Tabaquismo \_\_\_\_\_

Duelo \_\_\_\_\_

9.- ¿Tiene problemas?

Familiares \_\_\_\_\_ Económicos \_\_\_\_\_ En su trabajo \_\_\_\_\_

10.- ¿A platicado con su medico de esos problemas?

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

11.-¿Por qué NO?

12.- ¿Por qué Si?

---

---

**SECCION III**

**INSTRUMENTO**

**13.- En el transcurso de las dos últimas semanas ¿se ha sentido particularmente triste decaído (a), la mayor parte del tiempo a lo largo del día y esto es casi todos los días?**

**NO SI**

**14.- En el transcurso de las dos últimas semanas ¿ha tenido casi todo tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?**

**NO SI**

**En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se sentía decaído y/o sin interés por la mayor parte de las cosas:**

**15.- ¿Se modificó su apetito notablemente o ganó o perdió su peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5% del peso corporal ó +/- 3.5 Kg para una persona de 65 kg)?**

**NO SI**

**16.- ¿Casi todas las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?**

**NO SI**

**17.- ¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o por el contrario se sentía agitado (a) y tenía dificultades para permanecer quieto?**

**NO SI**



18.- ¿Casi todos los días, se sentía fatigado (a), sin energía? **NO SI**

19.- ¿Casi todos los días se sentía sin valor o culpable? **NO SI**

20.- ¿Casi todos los días tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? **NO SI**

21.- ¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto (a) o en hacerse daño? **NO SI**

22.- ¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído (a) o sin interés por la mayor parte de las cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando? **NO SI**

23.- ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses? **NO SI**

24.- ¿Cuántas personas viven con usted? \_\_\_\_\_

**Clasificación de la familia:**

Nuclear\_\_\_\_\_

Extensa\_\_\_\_\_

Extensa compuesta\_\_\_\_\_

**Cuadro 4**  
**Base de datos**

Nombre de la variable	Ancho de la columna	Etiqueta	Tipo N= Numérico	Valores	Escala de medición E= Escalar O= Ordinal N= Nominal
-----------------------	---------------------	----------	------------------	---------	--

**Sección I**

1-Folio	4	Folio	N	Número consecutivo 1-n	E
2.-Edad	4	Edad en años	N	Número de años	E
3.-Sexo	4	Sexo	N	1.-Masculino 2.-Femenino	N
4.-Estado civil	4	Estado civil	N	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Unión Libre 4.-Separado 5.-Divorciado 6.-Viudo	N
5.-Escolaridad	4	Escolaridad	N	Números enteros	E
6.-Ocupación	4	Ocupación	N	1.-Ama de casa 2.-Jubilado 3.-Desempleado 4.-Subempleado 5.-Estudiante 6.-Estudia y trabaja 7.-Campesino 8.-Artesano 9.-Obrero 10.-Técnico 11.-Empleado 12.-Profesional 13.-Artista 14.-Servicios diversos 15.-Otros	N

**Sección II**

7.-Motivo de consulta	4	Motivo de consulta	N	Textual	E
8 Enfermedades Concomitantes	4	Enfermedades concomitantes	N	Textual	O

p1	4	¿Tiene problemas?	N	1.-Familiares 2.-Económicos 3.-En su trabajo 4.-Ninguno 5.-Familiares y económicos 6.-Económicos y en su trabajo 7.-Familiares, económicos y en su trabajo 8.-Familiares y en su trabajo	N
p2	4	¿A platicado con su médico de esos problemas?	N	1.-No 2.-Si	N
p2a	4	¿Por qué no?	N	1.-Negación de sus problemas personales 2.-Su médico no le inspira confianza 3.-Por falta de tiempo en la consulta 4.-Le da poca importancia a sus problemas.	N
p2b	4	¿Por qué si?	N	1.-Reconocimiento de problemas 2.-Su médico le inspira confianza 3.-Su médico le dedica más tiempo en la consulta 4.-Considera importantes sus problemas	N

### Sección III

p4	4	13.- En el transcurso de las dos últimas semanas ¿se ha sentido particularmente triste decaído (a), la mayor parte del tiempo a lo largo del día y esto es casi todos los días?	N	1.-No 2.-Si	N
p5	4	En el transcurso de las dos últimas semanas ¿ha tenido casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer en cosas que habitualmente le agradaban?	N	1.-No 2.-Si	N
p6	4	¿Se modificó su apetito notablemente, o ganó o perdió peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5% del peso)	N	1.-No 2.-Si	N

		corporal ó +/- 3'5 Kg ó +/- 8 para una persona de 65 kg)?			
p7	4	¿Casi todos las noches, tenía problemas de sueño (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	N	1.-No 2.-Si	N
p8	4	¿Casi todos los días hablaba o se movía más lentamente de lo habitual o por el contrario se sentía agitado (a) y tenía dificultades para permanecer quieto?	N	1.-No 2.-Si	N
p9	4	¿Casi todos los días, se sentía fatigado (a), sin energía?	N	1.-No 2.-Si	N
p10	4	¿Casi todos los días se sentía sin valor o culpable?	N	1.-No 2.-Si	N
p11	4	¿Casi todos los días tenía dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	N	1.-No 2.-Si	N
p12	4	¿Tuvo en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto (a) o en hacerse daño?	N	1.-No 2.-Si	N
p13	4	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en lo que se haya sentido decaído (a) o sin interés por la mayor parte de las cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	N	1.-No 2.-Si	N
p14	4	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	N	1.-No 2.-Si	N
p15	4	¿Cuántas personas viven con usted?	N	Números enteros	N
p16	4	Clasificación de la familia en base a su estructura	N	1.- Nuclear 2.- Extensa 3.-Extensa compuesta	N

### CRONOGRAMA

Cronograma en meses

Etapa/actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación	X	X	X									
Marco teórico			X	X	X	X						
Material y métodos					X	X						
Registro y autorización del proyecto						X						
Prueba piloto						X						
Ejecución del proyecto							X					
Recolección de datos							X					
Almacenamiento de los datos							X					
Analisis de los datos								X				
Descripción de los resultados								X				
Discusión de los resultados									X			
Conclusiones del estudio									X			
Integración y revisión final										X		
Reporte final										X		
Autorizaciones										X		
Impresión del trabajo final											X	
Solicitud de examen final												X