



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

“DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 18 A 65 AÑOS QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
PACHUCA”

T E S I S

QUE PRESENTA LA
C. MÉDICO CIRUJANO

DRA. LAURA BERENICE LAGARDE GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA

ASESOR
DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ
MEDICINA INTERNA

PACHUCA, HIDALGO

DICIEMBRE, 2007

**POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO**

DR. HUMBERTO AUGUSTO VERAS GODOY
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO

DR. EDUARDO RANGEL FLORES
COORDINADOR DEL ÁREA ACADÉMICA
DE MEDICINA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE
DE LA SALUD

DRA GLORIA DEL PILAR SOBERANES HENANDEZ
RESPONSABLE DE POSGRADO DEL ÁREA ACADÉMICA
DE MEDICINA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE
DE LA SALUD DE HIDALGO

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO**

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

DRA. MARICELA MICAELA SOTO RIOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

DR. RAUL CAMACHO GOMEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMIREZ
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA INTEGRADA
Y ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO	PAG
1. AGRADECIMIENTOS	
2. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	1
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5. OBJETIVO GENERAL	17
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
7. HIPÓTESIS	18
8. MATERIAL Y MÉTODOS	19
9. DISEÑO DEL ESTUDIO	20
10. GRUPOS DE ESTUDIO	21
11. TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
12. DEFINICION DE LAS VARIABLES	22
13. PROCEDIMIENTOS DE CAPATACIÓN	24
14. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS	24
15. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS	24
16. HALLAZGOS	25
17. DISCUSIÉN	37
18. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
19. DEFINICIÉN DE TÉRMINOS	41
20. ANEXOS	
Consentimiento informado	42
Cédula de registro	44
Inventario de depresión de beck	45
21. BIBLIOGRAFÍA	47

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios nuestro señor, quien con su divina gracia espiritual me ayudo durante los años de estudio hasta la meta deseada.

A mis padres que con apoyo y sacrificios me sirvieron de inspiración para hacer mi sueño realidad, además de ser un ejemplo de bondad, sabiduría e integridad.

A mis hermanos Lorena y Leopoldo que sin duda siempre han estado cerca de mi para apoyarme en todo.

A mis primas Rebeca y Daniela que siempre cuento con su apoyo incondicional.

A mis amigos Lirio, Brenda, Claudia y Pepe que siempre estarán en mi corazón.

A la Psicóloga Elisa Salame Alfie por todo el apoyo que me brindo durante la realización de mi tesis.

A las personas que me demostraron su infinito amor y aprecio.

A mis maestros que con su sabiduría, paciencia y experiencia me han guiado durante toda mi formación como profesionista.

GRACIAS

LAURA B. LAGARDE GONZALEZ

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La depresión es un problema clínico que se encuentra clasificado en el Manual de diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) dentro de los trastornos del estado de ánimo, categoría que incluye algunas enfermedades caracterizadas por un mal funcionamiento de los mecanismos reguladores del estado de ánimo, también llamado "humor"¹

La palabra depresión deriva de la raíz latina "Premo" que indica peso, carga, tormenta, opresión ² y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece³.

Se define como: síndrome clínico caracterizado por falla en los mecanismos de regulación del afecto, que provoca disminución del humor o estado de ánimo, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en si mismo y sentimiento de inutilidad y culpa, tiende a ser episódica. ^{1,4}

Mgill menciona que el término depresión tiene una variedad de connotaciones dependiendo del contexto en el que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza con rango dentro de lo normal de acuerdo a la experiencia de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o de alguien importante y finalmente puede representar un rango anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal.⁵

Los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. El empleo común del término "depresión" se inició con el psiquiatra del siglo XIX Emil Kraepelin de crear una palabra que tuviera mayor especificidad diagnóstica que "Melancolía".

Actualmente el término melancolía indica trastorno depresivo mayor con cambios de la función endógena o vegetativa, por ejemplo alteraciones del sueño, apetito y libido. ⁶

Para los hipocráticos de los siglos V y VI a.C., eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de "aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad" al que se sumaba un ánimo triste característico y miedo.³

EPIDEMIOLOGÍA

En los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados por enfermedad médica, se demuestra la asociación existente entre enfermedades o procedimientos medicoquirúrgicos y algunos trastornos psiquiátricos, siendo más frecuentes los trastornos afectivos, ansiosos, cognitivos y alcoholismo⁷

En México, Frenk y colaboradores, estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el 5to lugar como carga de enfermedad, y se consideran como indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad ^{8,9}y para el 2020 será la 2da causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. ^{8,10}

En las últimas dos décadas, la creciente investigación sobre los trastornos depresivos en atención primaria ha motivado un cambio crítico en la concepción de este problema a nivel internacional: la depresión se considera hoy un trastorno crónico muy prevalente en la población mundial.¹¹

Los trastornos de adaptación, los trastornos depresivos son el grupo más frecuente de problemas de salud mental atendidos por los médicos de atención primaria.¹⁰

Un estudio en México (Padilla y Peláez, 1985) sobre detección de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.

En los resultados del estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países para determinar los problemas de salud mental, determinó que la depresión está presente en una de cada diez personas que acuden a centros de atención primaria.¹¹ Ciurana menciona que el 50% de los pacientes con depresión no son detectados y mucho menos atendidos con oportunidad.^{5,12} y cuando estos pacientes se identifican, el tiempo entre el ingreso y la petición de interconsulta a psiquiatría puede ser de 10.6 días en promedio.⁷

Según Üstum y Sartorius, las cifras son muy parecidas a las estimadas por la OMS, ya que declaran que en "el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo", y pronostican que para el año 2020 los trastornos psiquiátricos y neurológicos se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15% de la carga total de discapacidad,^{11,12,13} así como la 2da causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados y solo por detrás de la patología cardíaca.^{8,10,14.}

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología (ECA) se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido según los criterios del DSM-IV un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida.⁹

La ECA concluyó que los trastornos depresivos se ubican en tercer lugar respecto al resto de los trastornos psiquiátricos, de acuerdo a un estudio realizado en el 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, con una prevalencia de 12 a 20% en México.⁸

La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida. ⁸ Con mayor recurrencia si inicia a temprana edad.

Según la OMS, 1995, la prevalencia era de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecían¹².

En el informe mundial sobre salud del 2001, la OMS reportó que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y 3.2% en las mujeres.⁸ Pero cuando el hombre sufre una enfermedad crónica puede elevarse hasta 33%. ²

En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo con 9.9%, Jalisco 8.2%, y el Estado de México con 8.1%, mientras que los más bajos son observados en Sonora con 2,8% y Campeche con 2.9%.⁸

Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede influir en que se diagnostique con más frecuencia la depresión en las mujeres que en los hombres. ⁵ Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.⁸

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión.^{2,15}

Dada la pronta aparición del trastorno y las frecuentes recurrencias que de por vida sufrirán buena parte de los pacientes, el potencial efecto de esta patología en la biografía socio-sanitaria del afectado puede ser realmente devastador.

Debe considerarse, además, la influencia negativa que la depresión puede tener en el curso de otras enfermedades como factor de riesgo o de pronóstico negativo. ¹¹

Se realizó un estudio de prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados, en un servicio de MI con diversas enfermedades: cardiovasculares, infecciosos, pulmonar y gastrointestinales se encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) de 38%.¹⁶

En un Hospital Psiquiátrico de Colombia (HDPUV), en un estudio sobre prevalencia de depresión se evaluó un total de 100 pacientes, se aplicó el inventario de depresión de Beck, en pacientes con edades entre 18 y 68 años. El 63% de los pacientes eran solteros, el 46% tenía como máximo grado escolar la primaria, 31% no tenían ocupación y 27% estaban dedicados a labores domésticas. Los hallazgos mostraron una prevalencia de depresión del 59%; la gravedad de los síntomas, en la mayoría de los pacientes, se encontraba entre leve y moderada (46%). Se observó que la edad más afectada fue entre los 35 y 44 años (32%), con educación primaria (46%), más frecuente en las mujeres (51%), sin ocupación (32%), y solteros (63%). ¹⁷

La depresión cursa con una tasa de recaídas muy altas y conlleva a una morbilidad y deterioro en la calidad de vida comparable o mayor al de otras enfermedades crónicas, como la diabetes. ¹¹

ETIOLOGÍA

Las causas de la depresión se han investigado desde diversos puntos de vista biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En el siguiente cuadro se presenta una síntesis de las diferentes modalidades de estos factores. ¹

CUADRO 1.0 FACTORES CAUSALES DE LA DEPRESIÓN

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES SOCIALES
Herencia (Factores genéticos)	Rasgos de personalidad	Sucesos y circunstancias familiares
Alteraciones en la química del cerebro	Procesos de pérdida y duelo	Situación social y de la economía
Alteraciones Hormonales	Problemas del desarrollo y fracasos consecutivos	Condiciones de seguridad o inseguridad
Otras enfermedades		Abuso sexual durante la infancia
Medicamentos y otras Subs.		Otros acontecimientos traumáticos durante la vida

Existe evidencia de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, una parte puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. Respecto al riesgo empírico de que un familiar del enfermo deprimido padezca la misma enfermedad existe entre 10-15% de posibilidad de que los hijos de un padre deprimido presenten un cuadro semejante. Si el afectado es un hermano, el riesgo sería de la misma magnitud. Si los dos progenitores fueron deprimidos graves, sus descendientes afrontarían 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con familiares más lejanos, como tíos y abuelos y primos el riesgo disminuye 3-4%.²

Los perfiles clínicos sintomáticos pueden resultar de diferentes anomalías en los neurotransmisores (serotonina, norepinefrina, dopamina, ácido gamma amino butírico y péptidos) o factores tróficos tales como: (factor neurotrófico derivado del cerebro, somatostatina, y hormonas relacionadas con la tiroides), han sido propuestas para contribuir en la depresión.

Además la sobreactividad de neurotransmisores en otros sistemas como la acetilcolina, factor liberador de corticotropina, y sustancia P se piensa están implicados en la depresión. ¹⁸

Las alteraciones Neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son: Aumento de la secreción de cortisol (asociado con la reducción en el volumen del hipocampo) ¹⁸ y hormona liberadora de corticotropina (CRH), aumento de tamaño de las glándulas suprarrenales, descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona, respuesta amortiguada de la tirotropina (TSH) a la inyección de Hormona liberadora de tirotropina (TRH). ¹⁹

Los estudios actuales indican que los factores ambientales no producen crisis depresivas graves. Sin embargo los sujetos deprimidos se conservan convencidos de que ellos mismos o los cambios de su ambiente son las causas principales de su estado de ánimo. A menudo el dudar sobre uno mismo y la sensación de ineficiencia, culmina en alteración de las relaciones con los amigos y familiares y el abandono del trabajo, acciones que tienen efecto a largo plazo sobre el estado de ánimo por tanto, puede sobrevenir depresión crónica y rasgos de personalidad depresiva como precursores psicológicos y sociales aspectos concomitantes y secuelas de los estados depresivos biológicos recurrentes. ⁶

Los factores psicosociales se han postulado unas veces como mecanismos profundos en relación con situaciones de "pérdida del objeto amado" (concepciones psicodinámicas), y otras en relación con traumas psicosociales que preceden a la depresión, entre los cuales merecen citarse: ambiente familiar, patrones de personalidad pérdidas, mudanza, jubilación, agotamiento, asuntos laborales, cese de una tensión o situaciones de estrés; debe tenerse en cuenta que estos factores psicológicos son menos determinantes cuanto más endógena es la depresión. ²⁰

La depresión puede ser causada por el uso prolongado de algunos medicamentos como AINES, antihipertensivos, opiáceos, antimicrobianos, entre otros.²⁰

Las enfermedades médicas mediadas por inmunidad pueden llevar a la generación de un síndrome compartamental similar a la depresión. Y los pacientes con una enfermedad depresiva primaria demuestran alteraciones en los niveles de citoquinas.⁴

FACTORES DE RIESGO

Según la OMS, entre los factores de riesgo se encuentran: longevidad, cambios rápidos psicosociales, aumento de enfermedades crónicas, el sexo femenino, altos niveles de estrés y ansiedad, antecedentes, tanto personales como familiares de depresión y/o suicidio. Otros factores asociados incluyen: el estado civil, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo y la disfuncionalidad familiar.

Adicionalmente, las pérdidas afectivas y el desempleo puede estar asociado a depresión al producir sentimientos de baja autoestima. La depresión puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo.²¹

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas de la depresión pueden ser clasificados en 4 grupos:

- 1. Síntomas fundamentales:** estado de ánimo bajo o triste. "tristeza vital", anestesia afectiva (sentimiento de falta de sentimientos), irritabilidad (disforia) más que la tristeza; algunos refieren que se encuentran mucho peor por la mañana que por la tarde y anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

2. **Síntomas biológicos o somáticos:** Alteraciones del sueño, insomnio por despertar precoz, más frecuente, Disminución del apetito y del peso, Sensación de falta de energía, fatigabilidad. Quejas somáticas (dolores u otras molestias físicas, preocupaciones hipocondríacas).
3. **Alteraciones del comportamiento:** disminución de la atención y de la concentración, afectación de la conducta y del aspecto personal, con abandono de su auto cuidado, nado, aseo), inhibición psicomotriz o agitación.
4. **Pensamientos depresivos:** el paciente tiene una visión negativa de su vida, (autorreproches, recuerdos mayoritariamente tristes, autodepreciación, sentimientos de inutilidad y desesperanza, baja autoestima).

Los síntomas se presentan de manera gradual o drástica, puede ocurrir después de haber sufrido una pérdida grande, crisis de estrés, puede curar después de semanas o meses sin tratamiento, o volverse crónica y conservarse sin cambios durante varios años, con una duración aproximada de 20 semanas en los casos tratados. Cerca de la mitad de los pacientes se ha recuperado por completo al año de seguimiento.⁶

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de depresión es eminentemente clínico, se debe realizar una historia clínica completa, (incluyendo antecedentes de uso y abuso de sustancias y examen físico). Existen dos sistemas nosológicos psiquiátricos utilizados en la actualidad para hacer diagnóstico y son: Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana a través del DSMIV.²³

De acuerdo a los criterios del DSMIV, el diagnóstico de depresión mayor se puede hacer en base a los siguientes criterios.

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, durante 2 semanas que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe de ser: *1. Estado de ánimo deprimido 2. Pérdida de la capacidad o del interés para el placer.*

- Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día, casi cada día.
- 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.
- Pérdida importante de peso (sin hacer régimen) o aumento de peso

(Mas del 5% en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

- Insomnio o hiperinsomnia.
- Agitación o lentitud psicomotores, casi cada día.
- Fatiga o pérdida de energía, casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentación de suicidio.

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

C) Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral. O de otras áreas importantes

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E) Los síntomas no se explican por duelo, persisten durante más de 2 meses, se caracterizan por incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.¹⁵

Criterios diagnósticos CIE-10

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos.²⁶

- a) Disminución de la atención y concentración
- b) La pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

ESCALAS DE EVALUACION

Existen escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento. El Inventario de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir depresión en adultos y adolescentes, Propuesto por Beck y cols en 1961, el BDI (*Beck depression inventory*) es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo los segundos en importancia. Es así como de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes, a síntomas somático- vegetativos. Se ofrecen 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad o intensidad del síntoma.

El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. La puntuación total se obtiene sumando los valores seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la gravedad o intensidad son:

no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-16 puntos, depresión moderada: 17-29 puntos y depresión grave: 30-63 puntos

El rango de sensibilidad es de 84% y el rango de especificidad es de 72% ($p > 0.05$)¹⁷

El instrumento detecta una gran proporción de personas con depresión mayor (80%), mejor de lo que detectan los médicos de primer nivel (35-45%), esta validado para su aplicación en población mexicana, gracias al trabajo de Jurado, en 1998, conservando su sensibilidad y especificidad, además que permite evaluar la gravedad del episodio depresivo.¹⁷

COMORBILIDAD

Feinstein (1970), acuñó el término comorbilidad y lo definió como cualquier otro padecimiento que coexista o parezca durante la evolución de una enfermedad.²⁴

Los pacientes con depresión se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social. Cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución,⁵ los más frecuentemente asociados son: trastornos de angustia (crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia nerviosa), trastorno de la personalidad, sobre todo con el trastorno límite de la personalidad y con el uso de alcohol y las drogas. Puede encontrarse en la esquizofrenia con la que tiene que hacerse diagnóstico diferencial con la sintomatología negativa.²⁵

Dentro de las enfermedades no psiquiátricas asociadas a depresión se encuentran: Evento vascular cerebral (EVC), enfermedades metabólicas, infecciones virales (VIH), cáncer (páncreas), hipertiroidismo, dermatológicas como vitíligo, dermatitis, alopecia y psoriasis ²¹

COMPLICACIONES

Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión. El suicidio es la causa de muerte de más de un millón de personas al año en el mundo; en nuestro país, datos de 1997, estiman que cerca de 6% de la población adulta ha intentado suicidarse en algún momento de su vida. Las mujeres intentan mas frecuentemente suicidarse, pero los hombres logran sus fines con más frecuencia. Otra de las complicaciones es la Manía o Hipomanía que puede aparecer debido al uso de antidepresivos y la terapia electroconvulsiva en el 20% de los casos. El uso de alcohol y drogas que puede complicar la evolución del paciente con depresión debido a que disminuye o impide el efecto terapéutico de los antidepresivos y aumenta el riesgo de suicidio, se debe interrogar del uso de dichas sustancias al paciente, a su pareja y a sus familiares para establecer estrategias de tratamiento. ²⁵

PRONÓSTICO

El pronóstico empeora si está incrementada la gravedad de los síntomas al inicio del padecimiento. Casi el 25% de los casos recae en un plazo de 12 semanas. La presencia de depresión crónica subyacente incrementa el riesgo de recaída temprana. El intervalo de las crisis se acorta conforme envejece el individuo. La depresión se asocia con disminución de la capacidad funcional causando una carga importante para la sociedad. Los costos anuales totales se han estimado en 44 mil millones de dólares (E.U.A).

Representa un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y muerte por Infarto del miocardio. 20 a 30% de los pacientes con depresión mayor y sin antecedentes de manía, experimentan un episodio maniaco hipomaniaco mas adelante en su vida. ⁶

JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes, es crónica y con alta prevalencia a nivel mundial, lo cual significa que, 340 millones de personas en el mundo, presentarán a lo largo de la vida un episodio depresivo mayor (Kesler, 1994). En México estudios recientes han reportado una prevalencia de 12 a 20% entre población adulta de 18 a 65 años. Se puede inferir que más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas; en México, según la OMS, 1995, la prevalencia es de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecen. Por otro lado, más de 55% de los pacientes han presentado dos o más episodios depresivos, lo que hace que se le considere como un trastorno crónico. .

Se diagnostica con poca frecuencia, por lo que la detección tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que mas utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas. Existen una serie de medidas que han sido efectivas en el manejo temprano de la depresión que han permitido mejorar la calidad de vida del paciente, prevención de suicidios, reducción en los costos de atención, entre ellos: psicoterapia, psicofármacos, ejercicio, etc. Es importante conocer la frecuencia de depresión en nuestro medio para poder determinar si es necesario, que el personal de este hospital desarrolle una estrategia de intervención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión no diagnosticada en pacientes de 18 a 65 años que demandan atención en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 65 años, que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Estimar la prevalencia de depresión en pacientes de 18 a 65 años, que acuden al servicio Urgencias del Hospital General de Pachuca mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck.
- 2.** Determinar el grado de depresión, mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck.
- 3.** Identificar cuales son los síntomas más frecuentemente asociados a depresión.
- 4.** Identificar cuales son las enfermedades que con mayor frecuencia se asocian a depresión.
- 5.** Determinar factores de riesgo asociados con mayor frecuencia a depresión, mediante preguntas específicas en la cédula de registro.

HIPÓTESIS

El 20% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca tienen depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se desarrollo entre los meses de Septiembre y Noviembre del 2007, con pacientes captados en la consulta externa del servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca que es un hospital con influencia regional y de estados circunvecinos, explicando extensamente al paciente y familiar cuando lo acompañaba, la finalidad del estudio, accediendo en forma voluntaria a participar en la firma del consentimiento informado correspondiente, con posibilidad de abandonar el estudio en el momento que así lo deseara.

Se seleccionaron a los pacientes de 18 a 65 años, de ambos sexos, que solicitaron consulta por cualquier enfermedad, se les realizó entrevista en una sola ocasión a cada uno de los sujetos de estudio, el primer paso fue entregarles el consentimiento informado, firmar hoja de autorización y posteriormente se les aplico el inventario de depresión de beck),

Posteriormente se contabilizaron los puntos y se les dio el resultado en ese momento a los pacientes, y en aquellos que se les detecto depresión fueron enviados a los centros de salud mental más cercanos y algunos otros decidieron recibir atención por parte del servicio de psicología del hospital General para seguimiento. Al obtener todos los resultados se procedió a realizar el análisis de la información obtenida.

Se excluyeron de este estudio a los pacientes cuyo estado mental no permitió contestar adecuadamente las preguntas contenidas en el instrumento de captación de información, que estuvieron bajo intoxicación etílica y de otras sustancias, que se encontraron en crisis de angustia o bajo dolor agudo, que no se encontraban hemodinámicamente estables y pacientes con depresión ya diagnosticada.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, prospectivo, observacional y descriptivo.

TIPO DE ESTUDIO

- A) Por el control de la maniobra experimental del investigador: Observacional.
- B) Por la captación de la información: Prospectivo
- C) Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- D) Por la presencia de un grupo control: Descriptivo
- E) Por la dirección del análisis: Sin dirección
- F) Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

GRUPOS DE ESTUDIO

- **CARACTERISTICAS DE LOS CASOS**

Fueron objeto de este estudio 100 pacientes de 18 a 65 años de cualquier sexo que acudieron a urgencias del Hospital General de Pachuca y contestaron la encuesta.

- **CRITERIOS DE INCLUSION**

Pacientes entre 18 Y 65 años, de cualquier sexo, que presentaron cualquier enfermedad. que demandaron atención en la consulta externa de urgencias del Hospital General, y aceptaron participar en el estudio.

- **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes cuyo estado mental no permitió contestar adecuadamente las preguntas contenidas en el instrumento de captación de información, los que se encontraron bajo intoxicación etílica y de otras sustancias, en crisis de angustia o bajo dolor agudo, que no se encontraban hemodinámicamente estables y pacientes con depresión ya diagnosticada.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fueron objeto de este estudio 100 pacientes de 18 a 65 años, de cualquier sexo que acudieron a urgencias del Hospital General de Pachuca y contestaron la encuesta.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Pacientes de urgencias de 18 a 65 años.

Variable independiente: Depresión

TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	SCALA DE MEDICION	FUENTE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Pacientes de urgencias entre 18-65 años	Cuantitativa	Cédula de registro
Sexo	Condición humana que distingue a un hombre de una mujer	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal	Cédula de registro
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos o deberes	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Nunca casado	Nominal	Cédula de registro
Escolaridad	Grado de estudios que un individuo tiene	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Nominal	Cédula de registro
Ocupación	Situación laboral, empleo u oficio del paciente	Ama de casa Estudiante Empleado Retirado Otro	Nominal	Cédula de registro
Depresión	Enfermedad caracterizada por estado de ánimo triste, pérdida del interés o capacidad por el placer, alt. del sueño, apatía, pérdida de interés en el trabajo, Sentimiento de minusvalía, ideación suicida, tiende a ser episódica	Puntuación obtenida en la escala de Beck 0-9 sin depresión 10-16 Depresión leve 17-29 Depresión moderada 30-63 Depresión grave.	Nominal	Formato Específico (Escala de Beck)
Medicamentos	Fármaco o conj de ellos integrado en una forma farmacéutica y destinado p/su utilización en las personas o en animales dotado de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar o curar	Sustancia que sirve para curar o controlar una enfermedad, que puede presentar efectos colaterales.	Cualitativa	Cédula de registro
Enfermedad	Proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado x una alt de su estado Ontológico de salud	Pérdida del estado de la salud en un individuo.	Nominal	Cédula de registro

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION

Para la captación de la información se utilizó un formato para el efecto de este, registrando el nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, enfermedades previas, medicamentos administrados, puntuación obtenida en el inventario de depresión de beck.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Se contó con los recursos humanos como la presencia y disposición del investigador, Dra. Laura Lagarde González, residente de segundo año de Medicina Integrada, así como de los encuestadores, Liliana Hernández, Víctor Villanueva, Minerva González, Arely Leiva, Vianey Hernández y Nadia Cerón residentes de primer año de Medicina Integrada, los cuales fueron capacitados previamente por el investigador para la correcta aplicación de las encuestas, se aplicaron 100 encuestas, y se registro la información en la cédula de registro, se utilizaron lapiceros, una computadora y no se requirió de un patrocinador.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al artículo 17 fracción 1 del reglamento de la Ley General de salud para la realización de Investigación en seres humanos, el presente estudio está clasificado como sin riesgo; se solicitara autorización verbal y firma del consentimiento informado de cada uno de los voluntarios previo a su participación en el estudio. La información recabada durante la realización de este proyecto será de carácter confidencial de acuerdo al artículo 16

HALLAZGOS

**TABLA 1.
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA POR EDAD**

Máxima	65
Mínima	18
Media	40
Mediana	38
Rango	47
Desviación Estándar	14.44

Fuente: Cédula de registro

**TABLA 2.
TABLA DE FRECUENCIA POR RANGOS DE EDAD**

VARIABLE	F	FR%	FA	FRA
18-23	14	14%	14	14%
24-29	13	13%	27	27%
30-35	16	16%	43	43%
36-41	17	17%	60	60%
42-47	9	9%	69	69%
48-53	9	9%	78	78%
54-59	7	7%	85	85%
60-65	15	15%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

**TABLA 3.
TABLA DE FRECUENCIA POR SEXO**

VARIABLE	F	FR%	FA	FRA%
FEMENINO	48	48%	48	100%
MASCULINO	52	52%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

**TABLA 4.
TABLA DE FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL**

VARIABLE	F		FR		FA		FRA	
Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F
Casado	14	13	14%	16%	14	16	14%	16%
Soltero	13	21	13%	21%	27	37	27%	37%
Unión libre	12	13	12%	13%	39	50	39%	50%
Viudo	6	0	6%	0%	45	50	45%	50%
Separado	2	2	2%	2%	47	52	47%	52%
Divorciado	1	0	1%	0%	48	52	48%	52%
TOTAL	48	52	100%	100%	100	100	100%	100%

Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

**TABLA 5.
TABLA DE FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD**

VARIABLE	F	FR%	FA	FRA%
Primaria	37	37%	37	37%
Secundaria	28	28%	65	65%
Bachillerato	11	11%	76	76%
Licenciatura	16	16%	92	92%
Analfabeta	8	8%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

**TABLA 6.
TABLA DE FRECUENCIA POR OCUPACIÓN**

VARIABLE	F	FR%	FA	FRA%
Hogar	34	34%	34	34%
Estudiante	7	7%	41	41%
Comerciante	9	9%	50	50%
Campesino	8	8%	58	58%
Empleada	22	22%	80	80%
Desempleado	7	7%	87	87%
Otro	13	13%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%

Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

TABLA 7.
TABLA DE FRECUENCIA POR ENFERMEDAD

VARIABLE	F	FR%	FA	FRA%
Enf Neurológicas	3	3%	3	3%
Enf Endocrinológicas	19	19%	22	22%
Enf Infecciosas	1	1%	23	23%
Enf autoinmunes	2	2%	25	25%
Enf Cardiovasculares	16	16%	41	41%
Otras enfermedades	13	13%	54	54%
Sanos	46	46%	100	100%
TOTAL	100	100%	100	100%

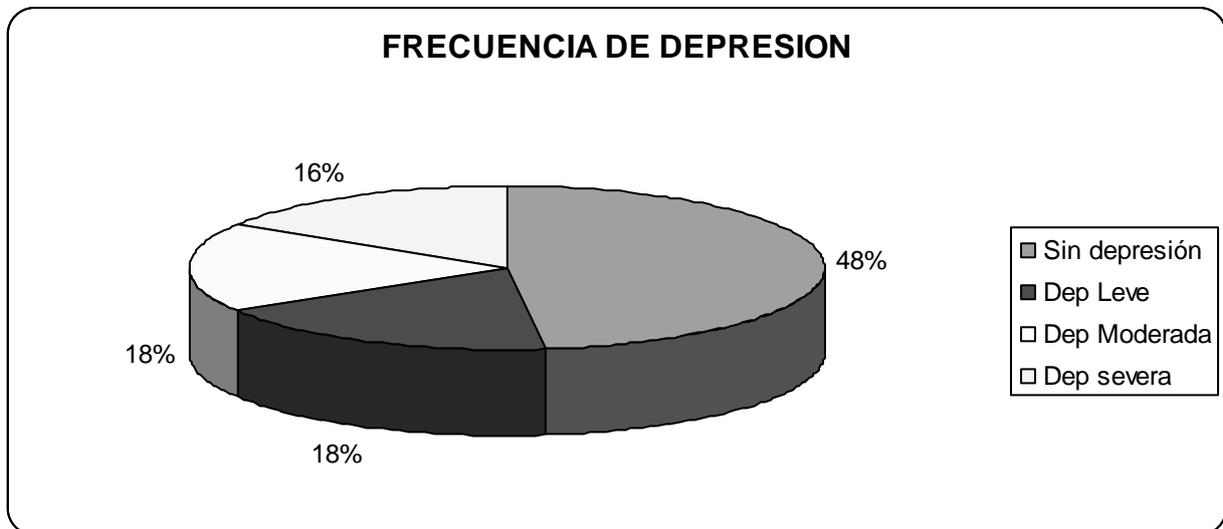
Fuente: Cédula de registro

F= frecuencia **FR** frecuencia relativa **FA=** frecuencia acumulada

FRA= frecuencia relativa acumulada

GRAFICA 1

De los 100 pacientes encuestados encontramos que el 48% no presento depresión, 18 presentaron depresión leve, 18% depresión moderada y 16% depresión severa. (Gráfica 1).



Fuente= Cédula de registro

TABLA 8

RESULTADOS POR PUNTOS OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE DE DEPRESION DE BECK

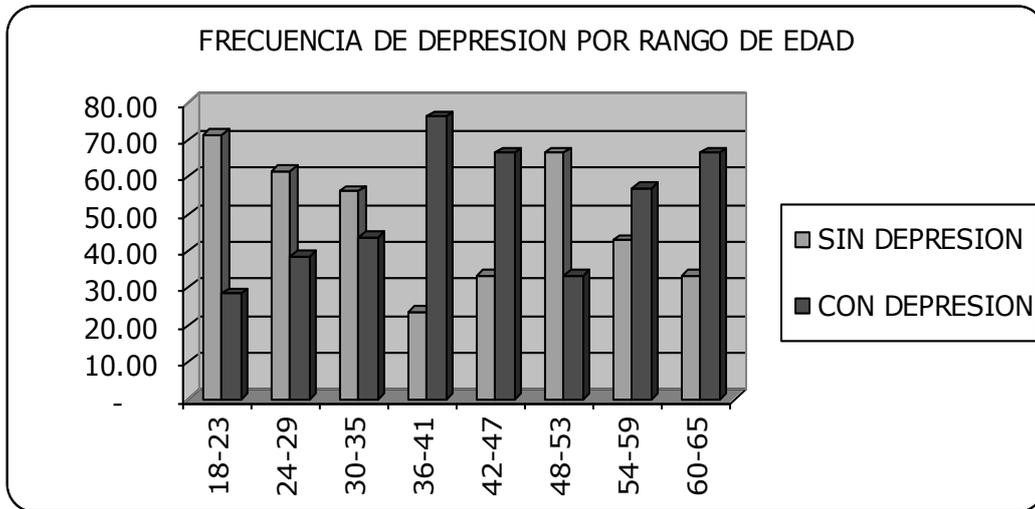
Máxima	52
Mínima	0
Media	15.1
Mediana	10.5
Rango	52.0
Desviación Estándar	13.4

Fuente: cédula de registro

GRAFICA 2

Los pacientes se agruparon por rangos de edad, encontrando mayor prevalencia de depresión entre los 36 y 41 años (76.47%).

(Grafica 2)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 9

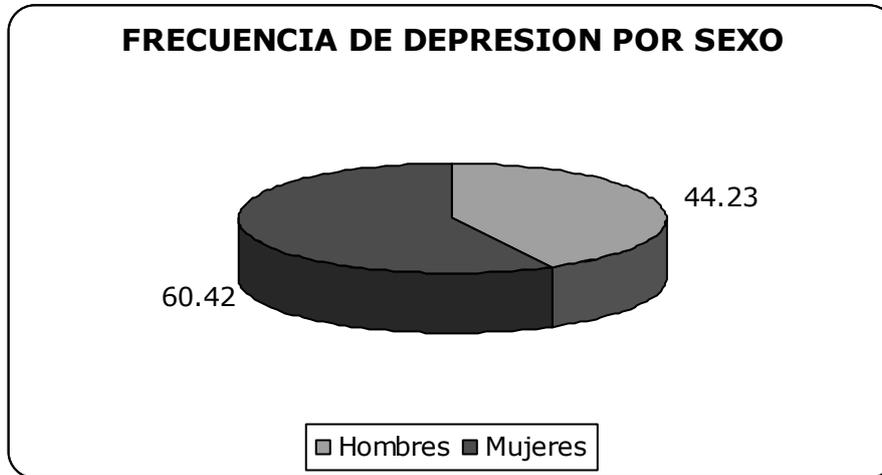
TIPO DE DEPRESION POR RANGO DE EDAD

Valores	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
18-23	10	1	1	2	14
24-29	8	0	1	4	13
30-35	9	2	4	1	16
36-41	4	7	6	0	17
42-47	3	1	3	2	9
48-53	6	1	1	1	9
54-59	3	1	0	3	7
60-65	5	5	2	3	15

Fuente= Cédula de registro

GRAFICA 3

En cuanto al sexo se encontró una prevalencia mayor en las mujeres 60.42% (Gráfica 3)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 10

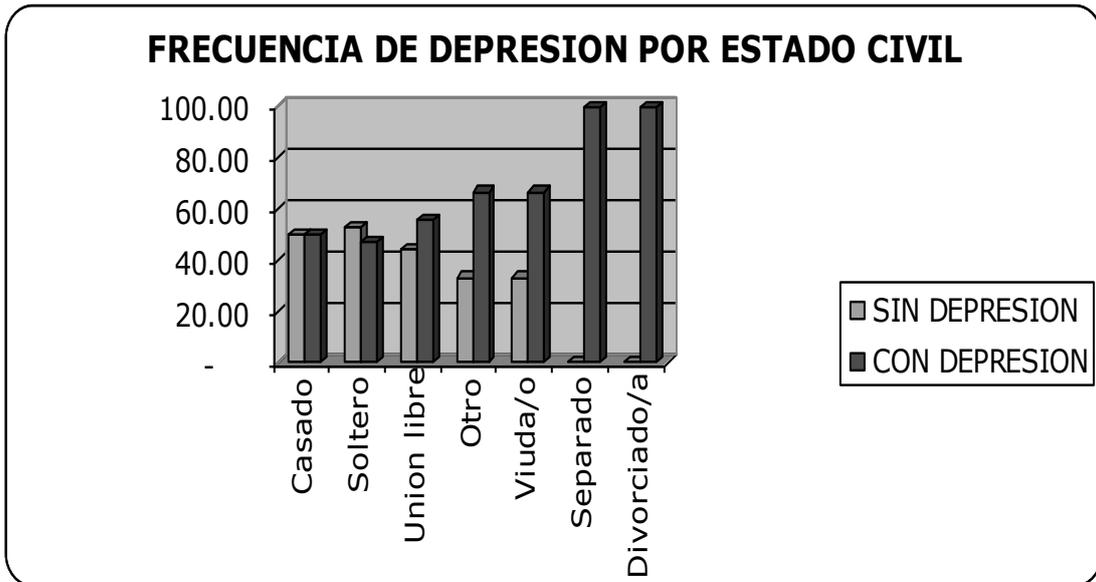
TIPO DE DEPRESION POR SEXO

Sexo	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
Hombres	29	10	7	6	52
Mujeres	19	8	11	10	48

Fuente= Cédula de registro

GRAFICA 4

Con respecto al estado civil el 55% de los pacientes tenían pareja estable (casado y unión libre) y el 45% no tenían pareja (soltero, viudo, separado y divorciado), encontrando una prevalencia de depresión del 100% en separados y divorciados, pero solo hubo un sujeto analizado (Grafica 4)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 11

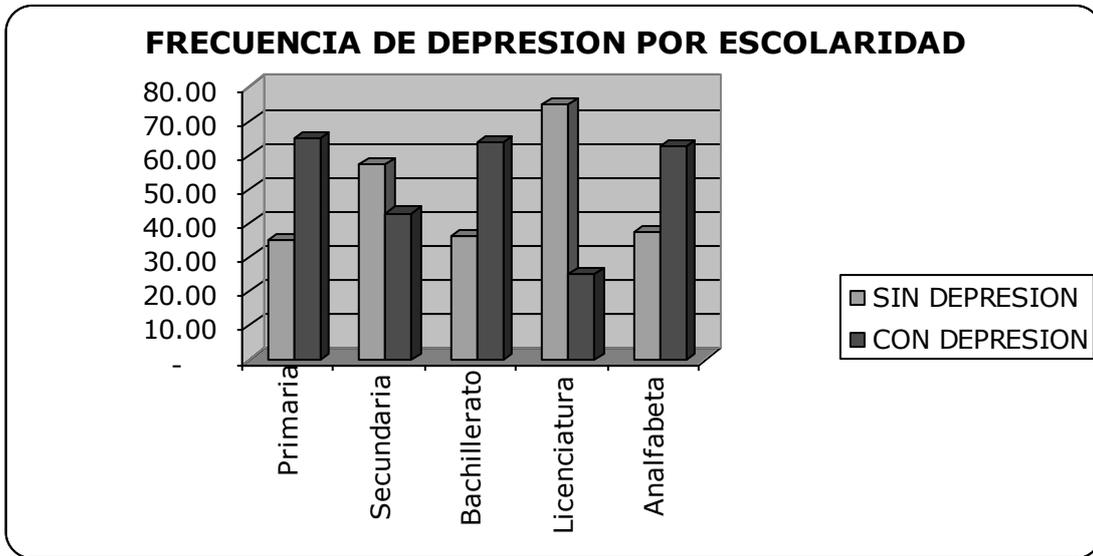
FRECUENCIA Y TIPO DE DEPRESIÓN POR ESTADO CIVIL

EDO CIVIL	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
Casado	15	6	6	3	30
Soltero	18	4	6	6	34
Unión libre	11	5	4	5	25
Otro	1	2	0	0	3
Viuda/o	2	1	1	2	6
Separado	0	1	0	0	1
Divorciado/a	0	0	0	1	1

Fuente = cédula de registro

GRAFICA 5

En cuanto a la escolaridad encontramos que el 37% estudió la primaria, el 28% secundaria, 11% bachillerato, 16% tenían alguna licenciatura y el 8 % eran analfabetas. Con un porcentaje de depresión de 64.86% para los que tienen primaria. (Graf. 5)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 12

TIPO DE DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD

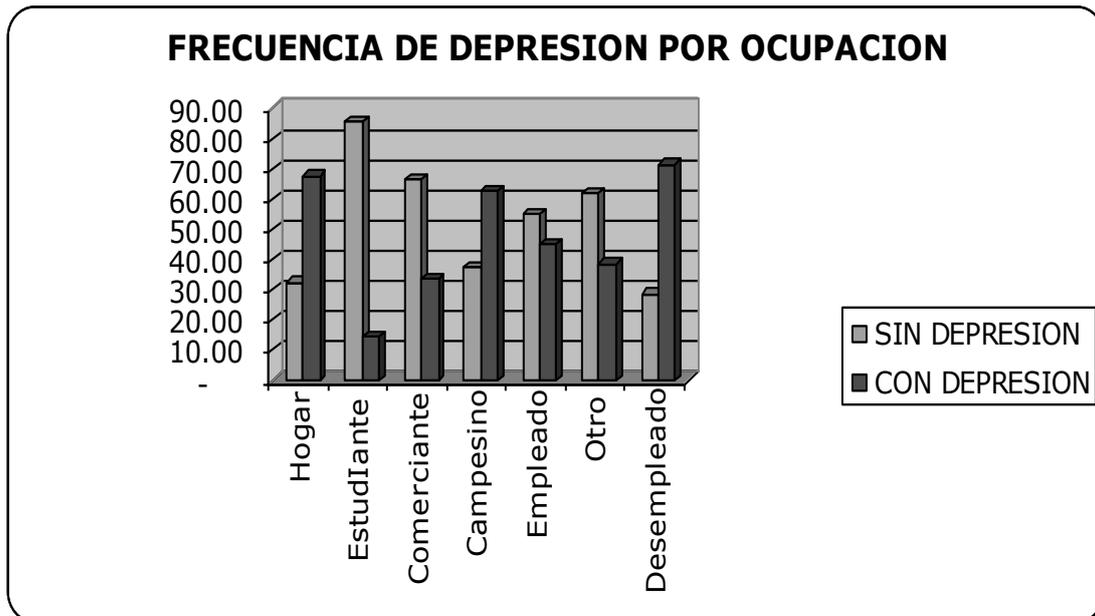
ESCOLARIDAD	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
Primaria	13	12	7	5	37
Secundaria	16	3	5	4	28
Bachillerato	4	1	4	2	11
Licenciatura	12	1	2	1	16
Analfabeta	3	1	0	4	8
Otro	0	0	0	0	0

Fuente = cédula de registro

GRAFICA 6

Respecto a la ocupación, el 34% eran amas de casa, 7% estudiantes, 22% empleados, 9% comerciantes, 8% campesinos y 7 % desempleados. Con mayor prevalencia de depresión en los desempleados 71.43%.

(Grafica 6)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 13

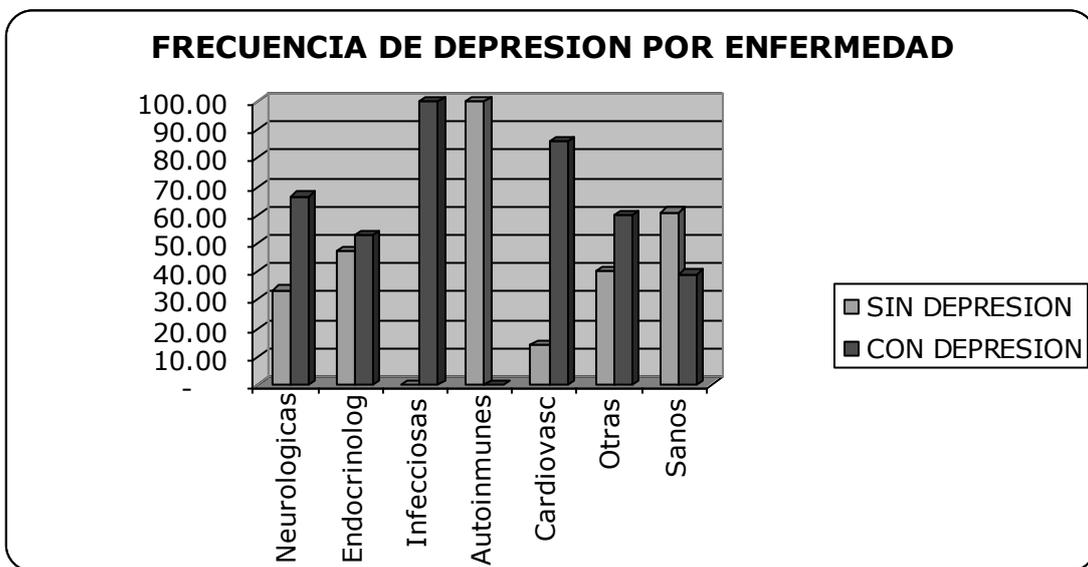
TIPO DE DEPRESION POR OCUPACION

OCUPACION	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Totales
Hogar	11	6	9	8	34
Estudiante	6	0	0	1	7
Comerciante	6	1	0	2	9
Campesino	3	4	0	1	8
Empleado	12	5	3	2	22
Otro	8	1	3	1	13
Desempleado	2	1	3	1	7

Fuente= Cédula de registro

GRAFICA 7

En cuanto a las enfermedades más frecuentes encontramos 46% de pacientes sanos, 19% con alguna enfermedad endocrinológica, 14% con enfermedad cardiovascular, 3% con enfermedad neurológica, 2% con enfermedad autoinmune, 1% con enfermedad infecciosa y 13% con otras enfermedades, con una mayor prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedad infecciosa 100% aunque solo se entrevisto a un paciente. (Grafica 7)



Fuente= Cédula de registro

TABLA 14
TIPO DE DEPRESION POR ENFERMEDAD

DX PREVIO	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Total
Neurológicas	1	2	0	0	3
Endocrinológicas	9	3	1	6	19
Infecciosas	0	0	0	1	1
Inflamatorias	2	0	0	0	2
Cardiovasculares	2	4	5	3	14
Otras	6	4	3	2	15
Sanos	28	5	9	4	46

Fuente= Cédula de registro

TABLA 15

SÍNTOMAS MAS FRECUENTES

27%	HA TENIDO IDEAS SUICIDAS
31%	CREEN QUE HAN FRACASADO
31%	LES PREOCUPA SU ASPECTO FISICO
34%	LLOLAN MAS QUE ANTES
36%	SE SIENTEN CASTIGADOS
40%	LES CUESTA TRABAJO TOMAR DECISIONES
40%	HA BAJADO DE PESO
41%	SE SIENTES DESANIMADOS ANTE EL FUTURO
43%	HAN PERDIDO EL INTERES POR LAS PERSONAS
44%	SE SIENTEN CULPABLES
44%	SE CRITICAN POR SUS DEBILIDADES O ERRORE
45%	SE SIENTES DECEPCIONADOS DE SI MISMOS
47%	SE SIENTEN TRISTES
47%	REFIEREN DISMINUCION DEL APETITO
49%	NO OBTIENEN SATISFACCION DE LAS COSAS COMO ANTES
49%	LES CUESTA MAS TRABAJO EMPEZAR ALGO
52%	REFIEREN DISMINUCION DEL APETITO SEXUAL
53%	ESTAN IRRITABLES
54%	NO PUEDEN DORMIR COMO ANTES
56%	REFIEREN MOLESTIAS FISICAS
61%	SE SIENTEN CANSADOS

Fuente= Inventario de depresión de beck

DISCUSIÓN

La medición de la prevalencia de depresión mediante la utilización de encuestas poblacionales es una estrategia útil, ya que la estimación de la misma usando cifras generadas en los servicios de salud suele estar subestimada debido a que sólo reflejan la proporción de individuos que, después de un proceso complejo, han accedido efectivamente a los servicios de salud. Es de gran importancia el reconocimiento de que los trastornos mentales son enfermedades que pueden ser tratadas de forma efectiva por parte de un profesional especializado que resulta accesible al individuo afectado. Los trastornos depresivos son el grupo más frecuente de problemas de salud mental atendidos por los médicos de atención primaria.¹⁰ Un estudio en México (Padilla y Peláez, 1985) sobre detección de trastornos emocionales fue del 51% en un Centro de Salud, 43% en una Unidad de Medicina Familiar y 34% en un Hospital General, lo cual indica que, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal.

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de depresión del 52%, cifra que se acerca a las anteriores, La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida.⁸ En este estudio el rango de edad con mayor prevalencia de depresión fue de 36 a 41 años, desde el punto de vista demográfico, Es común que las personas con trastornos afectivos consulten con médicos generales de manera temprana y que esta demanda no sea atendida de forma eficaz por carencia de capacitación de estos médicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales⁽⁸⁾. Según la OMS, 1995, la prevalencia era de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecían.¹² En este estudio encontramos que 6.04 de cada 10 mujeres presentan depresión y 4.42 de cada 10 hombres presentó depresión.

En la evaluación del estado civil, encontramos que 10 de cada 10 pacientes separados o divorciados presentan depresión y 4.7 de cada 10 solteros presentan depresión. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión ⁽⁸⁾ Encontrando en este estudio que 6.48 de cada 10 sujetos con educación primaria padecen depresión y 2.5 de cada 10 sujetos con licenciatura padecen depresión. En cuanto a la ocupación los desempleados y los que se dedican al hogar presentaron mayor prevalencia de depresión con un 71.43% y 67.65% respectivamente, En cuanto a enfermedades de evolución crónica, los datos de este estudio son similares a hallazgos de otros investigadores. Es evidente que las enfermedades que se prolongan en el tiempo se convierten en factor de riesgo para TDM ⁽²⁷⁾.

Dentro del estudio encontramos 3.91 de cada 10 pacientes sanos padecen depresión, 8.57 de cada 10 con enfermedad cardiovascular padecen depresión y 10 de cada 10 con enfermedad infecciosa (VIH) padecen depresión, los síntomas mas frecuentes fueron cansancio, molestias físicas, alteraciones del sueño, irritabilidad, incapacidad para realizar bien su trabajo, e insatisfacción por las cosas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) conclusiones

La depresión es un problema de salud pública ya que la prevalencia va en aumento y que se asocia a importantes repercusiones psicosociales, físicas, económicas y mayor riesgo de muerte prematura. Dada la importancia de este tipo de padecimientos, se requiere que el médico detecte de manera oportuna los casos, los atienda y establezca el tratamiento adecuado, ya que existe un tiempo considerable desde que la enfermedad se inicia hasta el momento en que el paciente es atendido por un especialista, lo que repercute en la calidad de vida de la población que presenta algún problema psiquiátrico. Con estos resultados, y con la experiencia acumulada por los autores en los últimos años se puede concluir que no sólo es importante incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los médicos del primer nivel de atención que atienden de 85 a 90% de la población, sino que además, sería conveniente incorporar equipos de salud mental en las unidades de atención primaria de las áreas urbanas en que sea factible. Esto permitiría realizar una adecuada atención integral de los pacientes y de sus familias, así como incrementar la capacidad resolutive de las unidades médicas, enfocando las acciones de protección de la salud en los grupos más vulnerables, que padecen las grandes adversidades demográficas, económicas y sociales que vive el país, Finalmente, la mejor utilización de los servicios médicos y la mayor capacidad científico-técnica de los recursos humanos ayudaría a disminuir los costos de la atención médica, tanto para las instituciones de salud como para los pacientes y sus familias.

b) recomendaciones

Los médicos de primer nivel de atención deben de poner especial atención en la detección de la depresión ya que no es una enfermedad que solo se presenta en los adultos mayores sino en edades productivas de la vida. Se presenta casi de igual forma en hombres y mujeres, por lo que de no se debe de pensar que solo es una enfermedad de las mujeres, y se tiene que poner especial atención en el hombre deprimido ya que el suicidio consumado es mas frecuente en ellos. Se debe de realizar detección temprana en pacientes que recientemente estén separados, divorciados o viudos ya que los periodos de duelo se pueden prolongar y convertirse en depresión, recomendar a todos los pacientes que se mantengan ocupados ya que esto disminuye pensamientos o ideas suicidas, y la prevalencia de depresión, poner especialmente atención en pacientes con bajo nivel de escolaridad ya que han presentado mayor prevalencia de depresión en varios estudios, la depresión se asocia a enfermedades crónico degenerativas, por lo que a todos los pacientes que acuden por primera vez a consulta se les debería de aplicar a la encuesta para detección oportuna de depresión así como indagar sobre la sintomatología presente ya que esta puede estar enmascarada.

DEFINICION DE TERMINOS

DEPRESIÓN: Enfermedad caracterizada por estado de ánimo triste, pérdida del interés o capacidad por el placer, alt. del sueño, apatía, pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, ideación suicida, tiende a ser episódica.

SIGNO: Indicación de la existencia de algo, prueba de la existencia de una enfermedad.

SÍNTOMA: Dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente; es decir como el paciente percibe dicha situación.

SÍNDROME: Conjunto de signos y síntomas.

INSOMNIO: Incapacidad para dormir.

NEUROTRANSMISOR: Sustancia liberada tras la excitación del axón Terminal de una neurona presináptica que atraviesa la hendidura sináptica y excita o inhibe a la célula diana.

ANHEDONIA: Incapacidad para experimentar placer.

PREVALENCIA: proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

MORBILIDAD: proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

MORTALIDAD: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

ANEXO 1

SECRETARIA DE SALUD "HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA" (CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO)

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

1. JUSTIFICACIÓN: Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

Se me ha informado sobre la probabilidad de presentar sintomatología de depresión y por eso acepto participar en este proyecto de investigación, contestando el inventario de depresión de Beck, el cual dará por resultado si presento o no sintomatología de depresión y así poder llegar a recibir el tratamiento adecuado.

2. LOS PROCEDIMIENTOS QUE VAN A USARSE Y SU PROPOSITO

Se me explicara cada una de las preguntas de la encuesta, al igual que las probables opciones de respuesta, tratando de adaptarlas a un vocabulario comprensible para mí, y el encuestador registrara las respuestas en la encuesta escrita, para posterior obtener el puntaje de la misma para saber si presento o no depresión.

3. LAS MOLESTIAS Y LOS RIESGOS ESPERADOS, COMO Y QUIEN LOS RESOLVERA.

Se me ha informado que en el servicio de urgencias no hay privacidad estricta por lo que la encuesta se manejara lo más privado y confidencial posible, pudiendo ocasionarme malestar emocional, y en este caso ya no querer participar en el proyecto por respeto a mi privacidad.

El hospital no cubrirá gastos médicos secundarios a la afección provocada por la ingesta de fármacos o cualquier enfermedad que ya padecía antes del estudio.

4. LOS BENEFICIOS QUE PUEDEN OBSERVARSE

Se me informa que al ser frecuente la depresión, me podría informar sobre si tengo sintomatología depresiva y así posteriormente recibir el tratamiento oportuno.

5. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS QUE PUDIERAN SER VENTAJOSOS PARA EL SUJETO

6. LA GARANTIA DE RECIBIR RESPUESTA A CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARACION

Podré hacer preguntas sobre mis dudas sobre la encuesta, en cualquier momento de la entrevista, y así poder contestar lo más verídico mi encuesta.

7. LA LIBERTAD DE RETIRAR SU CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CUALQUIER MOMENTO Y DEJAR DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Si acepto participar en el estudio, pero después decido retirarme, recibiré mi encuesta íntegra y mi consentimiento informado, así como seguiré recibiendo el tratamiento adecuado a mi problema

8. PRIVACIDAD Y ANONIMATO

Autorizó la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y no se revelara mi nombre ni se revelara mi identidad asociada a la información proporcionada en la encuesta.

Nombre y firma del paciente o responsable legal:

(La firma puede ser sustituida por huella digital en los casos que así lo ameriten)

Nombre del testigo y firma del testigo:

Dirección:

Relación que guarda con el paciente (Parentesco):

Dr. Francisco Javier Chong Barreiro
Director General del Hospital General Pachuca
Domicilio: Carretera Pachuca- Tulancingo No. 101 Col. Ciudad de los Niños.
Teléfono: (71) 3-72-55

Dr. Juan de Dios Uribe Ramírez
Médico Internista
Tutor de tesis
Domicilio: Carretera Pachuca- Tulancingo No. 101 Col. Ciudad de los Niños.
Teléfono: (71) 3-72-55

Dra. Laura Berenice Lagarde González
R2 medicina Integrada
Responsable de la tesis
Domicilio: Plan de Guadalupe no. 255 Fraccionamiento Constitución
Teléfono: (71) 3-27-26

Anexo 2 (CÉDULA DE REGISTRO)

Iniciales: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** M F

Estado Civil: Casado Unión libre Soltero Otro _____
Especificar

Escolaridad: Primaria Secundaria Bachillerato

Otro _____
Especificar

Ocupación: Hogar Estudiante
 Empleado Otro _____
Especificar

Enfermedades: _____

Medicamentos: _____

Puntuación en la Escala de Beck: _____

Grado de depresión: _____

Encuestador: _____

Firma: _____

Investigador: Dra. Laura Berenice Lagarde González

ANEXO 3 (INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK):

1. Tristeza

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza.
- Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Proyección

- No me siento particularmente desanimado ante el futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no me espera nada bueno en el futuro.
- Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. Fracaso

- No creo que yo sea un fracaso.
- Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. Satisfacción

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como lo que solía obtener antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. Culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- No me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento culpable casi siempre
- Me siento culpable todo el tiempo

6. Castigo

- No creo que esté siendo castigado.
- Creo que puedo ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Pienso que estoy siendo castigado.

7. Autovaloración

- No me siento decepcionado de mi mismo.
- Me he decepcionado a mi mismo.
- Estoy en conflicto conmigo mismo.
- Me odio.

8. Autocrítica

- No creo ser peor que los demás.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo siempre por mis debilidades o errores.
- Me culpo de todo lo malo que me sucede.

9. Suicidio

- No pienso en el suicidio
- Pienso en matarme, pero no lo haría.
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. Llanto

- No lloro más de la costumbre.
- Ahora lloro más de lo que solía hacer.
- Lloro todo el tiempo.
- Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. Irritación

- Las cosas no me irritan más de la costumbre.
- Las cosas me irritan más de la costumbre.
- Estoy irritado la mayor parte del tiempo.
- Me siento irritado todo el tiempo.

12. Interés social

- No he perdido el interés por las personas.
- Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- He perdido casi todo mi interés por otras personas.
- He perdido todo mi interés por otras personas.

13. Toma de decisiones

- Tomo decisiones casi siempre.
- Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
- Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- Ya no puedo tomar decisiones

14. Aspecto físico

- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- Me preocupa el hecho de parecer viejo y sin atractivos.
- Me preocupa seriamente mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- Pienso que soy feo.

15. Voluntad de trabajo

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta mas esfuerzo empezar algo.
- Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- No puedo trabajar en absoluto.

16. Sueño

- Puedo dormir tan bien como antes
- No puedo dormir tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de los que solía y no puedo volver a dormirme.

17. Cansancio

- No me canso más que de costumbre.
- Me canso más fácilmente que de costumbre.
- Me canso sin hacer nada.
- Estoy demasiado cansado como para hacer cualquier cosa.

18. Apetito

- Mi apetito no es peor que de costumbre.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito está mucho peor que ahora.
- Ya no tengo apetito.

19. Baja de peso

- No he perdido peso últimamente.
- He bajado más de dos kilos y medio.
- He bajado más de cinco kilos.
- He bajado más de siete kilos y medio.

20. Molestias físicas

- No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- Estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. Sexo

- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba antes.
- Ahora estoy menos interesado en el sexo.
- He perdido por completo el interés por el sexo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Benassini Félix O. Psiquiatría para el médico de atención primaria. México, editorial intersistemas, 2005: pp 65-69
2. Díaz C. Ramírez A. Tejada P. Factores Condicionantes de Depresión en Trabajadores Metalúrgicos. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 65 No. 1 2004
3. Cobo Gómez Jesús V. "El Concepto Depresión, Historia, Definiciones, Nosología, Clasificación" Nov. 2003
4. Noha Sadek, M. D. Charles Nemeroff, M. D, Ph. "Actualización en Neurobiología de la Depresión" Rev.Psiq.Uruguay Vol. 54 No.3 Dic. 2000
5. Boschetti – Fentanes B. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina Familiar. Arch. Med. Fam. Vol. 6 No. 3 Sep – Dic 2004 , 61 – 63
6. Howard H. Goldman. Psiquiatría General. "Depresión Mayor" 5ª edición. 2001; Ed. Manual Moderno pp 337- 343.
7. José Gabriel Franco, M.D., Pablo Edgar Gómez. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados en la clínica universitaria boliviana de Medellín, Colombia Vol. 36 No3, 2005. Julio-Septiembre
8. Bello M, Puentes Rosas, "Prevalencia y diagnostico de Depresión en Población Adulta en México" 2005 Vol. 47 Supl. 1
9. Medina Mora Ma.Elena, Borges Guilherme, "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México ". Salud Mental 2003 ;Vol. 26 No. 4 Agosto

10. Corina Benjet, Guilherme Borges, "La Depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar Tratamiento" Salud Pública de México- Vol. 46, No. 5, Sep – Oct 2004
11. Caballero Martínez Fernando/ Caballero Martínez Luis. "Importancia de la Prevención de Recaídas y Recurrencias de la Depresión. Salud Global. Año 5 No. 5, 2005
12. Programa de Acción en Salud Mental. 2001 Cap. 1 25 – 28
13. Blanca Estela Vargas, Gerardo Heinze. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión Rev. Fac. Med UNAM Vol. 47 No.5 Septiembre-Octubre 2004 pp 187-191.
14. Riveros Vargas, Bohórquez Adriana. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá Colombia. Revista Colombiana de psiquiatría Vol.36 No.1,2006
15. Peralta-Pedrero, Mercado Castelazo. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Ins Méx. Seguro Social. 2006 j44 (5): pp 409-414.
16. Johann Patricia Mogollan Díaz "Prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes mayores de 50 años hospitalizados en un servicio de medicina interna. Revista Med UNAD Vol. 8 No.1 Mayo 2005.
17. Chacón Narváez Viviana "Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión, en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico universitario de Valle (HPUV) y la liga contra la epilepsia LCE, en Cali Colombia. Revista colombiana de psiquiatría, Vol. 36. No.1 2007 pp31-40

18. J. John Mann, M. D. "The Medical Management of Depression" NEJM 353; 17. Octubre 27, 2005
19. Harrison, Principios de Medicina Interna. "Trastornos Depresivos" Vol.2 16ª Edición Cap. 371 pp. 2805 – 2821
20. Farreras Rozman, Medicina Interna. "Trastorno del Estado del estado de ánimo afectivos". Cap 20, 14ª edición.
21. Martha Pañuela, Ingrid Vaquero. "Factores de riesgo asociados a la depresión en la consulta dermatológica en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud uninorte. Barranquilla (col) 18: 20-29 2004.
22. CTO Medicina Tomo III Psiquiatría pp 10-24
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales DSM IV. 4ta ed. España. Editorial Masson S.A. 1995, pp 323-333
24. José de Jesús Almansa Muñón. "Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos con dolor relacionado con el cáncer. Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría, 2005; 38 (4). Oct- Dic: 123-128.
25. Chávez León Enrique, PAC Psiquiatría 1ª Ed – 1" Trastornos Depresivos" Parte B Libro 4 7 – 71 1998.
26. Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros problemas de salud. Décima edición. Organización Mundial de la salud 1992.
27. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. Kidney Int 2004; 66:2047-53.