



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

**CENTRO AVANZADO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD VILLA
BENITO JUAREZ MACUSPANA TABASCO.**

**DETECCIÓN OPORTUNA DE DEPRESION EN EL CAAPS. BENITO
JUAREZ A TRAVEZ DEL METODO DE ZUNG.**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. FRANCISCO GARCIA PERALTA.

ASESORES

**DR. BLADIMIR MORALES ARIAS
DRA. ALMA DELIA DE LA CRUZ DE LA CRUZ**

VILLA BENITO JUAREZ MACUSPANA, TABASCO. MARZO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**DETECCION OPORTUNA DE DEPRESION EN EL CAAPS. BENITO
JUAREZ A TRAVEZ DEL METODO DE ZUNG.**

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

PRESENTA

DR. FRANCISCO GARCIA PERALTA

AUTORIZACIONES

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

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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



**DETECCION OPORTUNA DE DEPRESION EN EL CAAPS. BENITO
JUAREZ A TRAVEZ DEL METODO DE ZUNG.**

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

PRESENTA

DR. FRANCISCO GARCIA PERALTA.

AUTORIZACIONES

DR. BLADIMIR MORALES ARIAS

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
VILLA BENITO JUAREZ MACUSPANA TABASCO.**

DRA. ALMA DELIA DE LA CRUZ DE LA CRUZ

**ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MEDICO FAMILIAR**

VILLA BENITO JUAREZ MACUSPANA TABASCO. MARZO DE 2007

I. TITULO

**DETECCION OPORTUNA DE DEPRESION EN EL CAAPS.
BENITO JUAREZ A TRAVEZ DEL METODO DE ZUNG.**

INDICE GENERAL

	Pag.
Titulo	1
Indice General	2
Resumen	3
Marco Teórico	5
Justificación	9
Definición del Problema	10
Objetivos:	
A) Objetivos Generales	11
B) Objetivos Específicos	11
Metodología:	
■ Material	12
■ Población de estudio	12
■ Criterios de selección:	
A) Criterios de inclusión	12
B) Criterios de exclusión	12
C) Criterios de eliminación	13
■ Universo del trabajo	13
■ Tipo de estudio	13
■ Tamaño de la muestra	14
■ Variables	15
Consideraciones éticas	16
Resultados	17
Discusión y Análisis	23
Conclusiones	25
Bibliografías	26
Anexos	30

II. RESUMEN

DETECCIÓN OPORTUNA DE DEPRESIÓN EN EL CAAPS. BENITO JUAREZ A TRAVES DEL MÉTODO DE ZUNG.

Objetivo: Determinar la prevalencia de probable trastorno depresivo en personas de 40 a 59 años de edad que acuden a la consulta general del CAAPS Benito Juárez.

Material y Método: Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, Transversal y Prospectivo en donde se utilizó la escala de Zung para saber la presencia o no de depresión en personas de 40 a 59 años de edad durante el segundo trimestre del 2006 que acudan a la consulta general del CAAPS Benito Juárez, en donde se utilizó una hoja con ficha de identificación y cuestionario del método de Zung.

Resultados: En esta autoevaluación de Zung para depresión se consideraron 20 rubros que abarca alteraciones del afecto, síntomas cognoscitivos, fisiológicos más comunes de depresión con una escala de:

- 50 a 59 puntos = depresión leve,
- 60 a 69 puntos = depresión moderada,
- 70 o más = depresión severa.

Se considero también el estado civil y su ocupación para poder determinar la repercusión en cada uno de los grupos y poder ampliar el panorama de la depresión.

Se obtuvieron un total de 48(34.5%) de pacientes masculinos con una media de 48.75 + -6.25 desviación estándar y un total de 91(65.4%) encuestados del sexo femenino con una media de edad de 48.93 + - 6.25.

Se obtuvieron los siguientes resultados, 68 pacientes sin depresión y 71 con depresión de acuerdo a la edad. En el grupo de estado civil, se encontraron un

total de 106 casados de los cuales 51 presentaron un estado normal y 55 se encontraron en un estado depresivo. En el grupo de unión libre se obtuvo un total del 15 de los cuales 11 sin depresión y 4 con depresión. En cuanto a los solteros se encontraron un total de 11 de los cuales 5 se encontraron sin depresión y 6 con depresión. En el grupo de los viudos se encontraron un total de 7 de los cuales 1 estaban sin depresión y 6 con depresión.

Conclusión: El síndrome depresivo (evaluado a través de la Escala de Zung) es más frecuente en mujeres que en hombres. Así como también no existe relación importante en cuanto a la presencia o no de depresión en torno a la ocupación por lo que la detección oportuna nos permitirá darle la difusión necesaria para poder contribuir a la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

III. MARCO TEORICO.

La depresión es uno de de los desordenes psiquiátricos más comunes que en su mayoría pasa desapercibida por el médico en el primer nivel de atención. En los países desarrollados se ha observado que la depresión ha ido en aumento en los últimos años de manera considerable tanto la incidencia como su prevalencia.^{1,2}

Así también la Organización Mundial de la Salud tiene contemplada que en el año 2020 será la segunda causa de inhabilidad en todo el mundo siguiéndole la enfermedad cardiaca isquémica, por lo que se ha constituido ya un problema de salud publica que repercute de forma importante en lo económico en los presupuestos de los hospitales y de las empresas. Se calcula que la prevalencia de la depresión es de 8% al 26% en la población general, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres y que el 15% de los pacientes con depresión se suicidan.³

En un estudio realizado durante 15 años para determinar el incremento de la mortalidad en la depresión, se encontró que las personas que tenían depresión presentaron un mayor porcentaje de mortalidad siendo menor en aquellas que no tenían depresión, así también se encontró una proporción de las mujeres con los hombres de 2:1, con una media de edad de 43.9 en los que tenía depresión.⁴

En otro estudio realizado para determinar la concurrencia de los pacientes, se encontró que los pacientes con depresión regresaron nuevamente para su atención en el primer nivel de atención en un 59%.⁵La mayor parte de los estudios mencionan que la incidencia de la depresión va en aumento, así también hacen referencia que en el primer nivel de atención no se ha detectado este trastorno.⁶

Ante el diagnóstico de depresión debe plantearse siempre la posible existencia de otras patologías causantes o no de depresión entre las más frecuentes son: endocrinopatías (hipo-hipertiroidismo, Adisson, Cushing, etc.), trastornos neurológicos (parkinson, corea, esclerosis múltiple, epilepsia), neoplasias, y otras enfermedades como lupus artritis reumatoide etc.⁷

Estadísticamente la prevalencia de la depresión varía de 3 a 6 % siendo la prevalencia en los Estados Unidos y en nuestro país de 3-7 % y de 8-7 % respectivamente. Es importante señalar que la depresión afecta más a la mujer que al hombre siendo en su mayoría hasta el doble, con especial incidencia para aparición del primer episodio en los adultos jóvenes de 18 a 44 años.⁸

En algunos países el costo para el tratamiento de la depresión se ha incrementado, tal es el caso de Canadá donde se ha triplicado el padecimiento a un 35% desde 1981 al 2000 y el ritmo de crecimiento de la población es tan sólo de 1% lo cual tiene repercusiones económicas en la salud.⁹

La depresión también puede empeorar cualquier otra condición patológica y esto se observa sobre todo en los trastornos cardiovasculares y neurodegenerativos, ya que en los pacientes con depresión las cifras de infarto agudo al miocardio o de accidente cerebrovascular parece significativamente aumentadas.^{10,11}

Los trastornos emocionales en especial la depresión se presenta con mayor frecuencia a partir de los 40 años de edad, la cual puede estar condicionada en esta etapa por varias causas entre ellas los factores sociales y culturales.¹²⁻¹⁶

“La depresión esta basada en un déficit biológico, probablemente como la serotonina o la función adrenolérgica”.¹⁷

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familia con miembros que padecen de trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen a una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar la padecen.¹⁸

La relación encontrada entre depresión y pérdidas refuerzan la idea de que en los seres humanos los cuadros ansioso-depresivos aparecen siempre como una respuesta a una pérdida real imaginaria, o frente a situaciones que se perciben de manera amenazante, lo cual lleva a una baja autoestima, en el caso de las afectivas; a una frustración de expectativas, en las académicas; a una limitación de la satisfacción de las necesidades vitales.¹⁹

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno padece depresión.

En las instituciones psiquiátricas de nuestro país, tanto en el Distrito Federal como en el resto de la república, se han encontrado que los trastornos afectivos (dentro de los cuales se encuentra la depresión), ocupa el 4to lugar entre los distintos diagnósticos; solo superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas estos datos son compatibles con reportados en otros países.²⁰

En Estados Unidos de Norteamérica, se calcula que la incidencia de la depresión es de 6% para la población adulta; así, según el Instituto Nacional para la Salud de este país, unos 17 millones de norteamericanos sufrirán un período de depresión al año.²¹ Recientemente se ha encontrado que las personas con

depresión tienen mayor riesgo de morir por homicidio que la población en general.²²

En la actualidad se habla que la depresión tiene una prevalencia en la consulta médica entre el 12.2% y el 25% de todos los pacientes. Y según Watts, sólo un 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.²³

La mayoría de las personas experimentan gran diversidad de estados de ánimo en un período dado (que puede ser de horas o semanas).²⁴ Sin duda alguna los trastornos psiquiátricos más frecuente como la depresión y la angustia son padecimientos que el médico familiar enfrenta cotidianamente.²⁵

A diferencia de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de los genes es mucho menor en la depresión de las personas mayores. Probablemente el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido previamente una cuando se era más joven. En ocasiones la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez.^{26,27}

En poblaciones de alto riesgo, como pacientes geriátricos, la prevalencia es más alta: 8% para depresión mayor, 22% para trastornos distímicos y 6% para depresión atípica;²⁸ Por otra parte Caraveo y Cols, registraron un 3.7% de personas con depresión a nivel nacional y los resultados preliminares de un estudio realizado en la ciudad de México, ha demostrado una prevalencia de 4.3%.²⁹

IV. JUSTIFICACION.

En nuestra época se vive una economía de mercado denominada neoliberal, la cual actúa en el terreno económico, político, social y cultural repercutiendo en la salud mental , creando un conflicto psíquico el cual es inherente a la condición humana, producto de la lucha entre tales deseos que buscan ser satisfechos y la cultura que no lo permite o le impone condiciones para hacerlo , también se le deben sumar otras causas como el incremento de la soledad y las dificultades en la comunicación hacen que la depresión sea el estado patológico dominante o el más claro síntoma de nuestra época.

Todo esto tiene varias consecuencias como son, el aumento de la demanda de la consulta externa en medicina general por un problema psicológico. las cuales en su mayoría pasan desapercibidas por el médico; por otro lado el paciente tiene la creencia que sus síntomas son derivados de una causa orgánica los cuales no serán resueltos hasta que se detecte y se trate como tal.³⁰

De ahí la importancia y la motivación a realizar dicho estudio en primera instancia para conocer la incidencia de trastornos depresivos y su intensidad así como otros trastornos emocionales que se encuentran asociados a este trastorno para posteriormente a un manejo integral y oportuno interviniendo y mejorando la calidad de vida del individuo y su familia.

V. DEFINICION DEL PROBLEMA.

La depresión suele estar enmascarada que permite incapacidades, trastorno del humor sociofamiliar por la apatía, abulia, cambios conductuales que se materializa en el proceder patológico aterrizado en el impacto del individuo ante su familia, trabajo, y sociedad.

¿Es alta la incidencia del trastorno depresivo en el CAAPS. Benito Juárez en la población de 40 a 59 años de edad?

VI. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la prevalencia de probable trastorno depresivo en personas de 40 a 59 años de edad que acuden a la consulta general del CAAPS Benito Juárez.

Objetivos Específicos.

A).- Conocer el grado de intensidad de la depresión en pacientes de 40 a 59 años de edad que acude a la consulta general del CAAPS. Benito Juárez.

B).- Conocer en que sexo, ocupación, edad, estado civil predomina más el trastorno depresivo, mediante el cuestionario de Zung, en pacientes que acuden a la consulta general de 40 a 59 años de edad.

VII. METODOLOGIA

Material.

Se utilizó la escala de Zung para saber la presencia o no de depresión en personas que acude a la consulta general, se utilizó una hoja con ficha de identificación y cuestionario del método de Zung.

Población de estudio.

Pacientes que acudan a la consulta gral. del CAAPS. Benito Juárez. y que reúnan los criterios de inclusión.

Criterios de Selección

a) Criterios de inclusión:

- 1.-Personas que acudan a la consulta general.
- 2.-Ambos sexos.
- 3.- 40 a 59 años de edad.
- 4.-Personas que acepten participar en la encuesta.
- 5.- Sin padecimiento psiquiátrico conocido.

b) Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes embarazadas o puérperas.
- 2.-Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.
- 3.-Personas que estuvieran presentando algún accidente, traumatismo o fallecimiento de algún familiar en 2 años previos.

4.- Que estén ingiriendo medicamentos Psicotrópicos.

5.- Que no tengan estigmatización (alcoholismo, drogadicción, homosexualidad).

c) Criterios de Eliminación:

Pacientes que no contesten completamente la escala de auto evaluación de Zung.

Universo de Trabajo.

Personas que acudan a la consulta general que tengan 40 a 59 años de edad durante el segundo trimestres del 2006.

Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, y Prospectivo.

Tamaño de la Muestra.

Para conocer el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de proporciones en que se presenta una variable en una población, tomando como referencia el artículo de LARA TH, Meléndez Gutiérrez D. Estudio Clínico. Epidemiológico sobre la depresión mayor quien reporta una depresión en un 10% de la población estudiada, aceptando una discrepancia o covarianza de 5%.

$$\text{Formula } n = \frac{(Z)^2 (P) (1-P)}{(Co V)^2}$$

$$Z = 1.96 \text{ (constante)}$$

$$P = 10$$

$$Co V = 0.05 \text{ (coeficiente de variación).}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (10\%) (10\% - 1)}{(5\%)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.1)(0.9)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.345744}{0.0025} = 138.28$$

$$n = 138.29$$

$$n = 139$$

Variables

Variables del estudio

Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información.
Grado de depresión	Es un estado de ánimo deprimido, que se mantiene diariamente durante un mínimo de 2 semanas.	Estado de una persona en el que rige la tristeza, producida por factores externos e internos.	Dependiente	Obtenido por la escala de Zung para depresión.
Edad	Tiempo que una persona ha vivido	Tiempo que una persona ha vivido.	Independiente	Obtenido por la escala de Zung para depresión.
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.	Independiente	Obtenido por la escala de Zung para depresión.
Paciente	Individuo receptor de un servicio sanitario	Individuo receptor de un servicio sanitario	Independiente	Obtenido por la escala de zung para depresión.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos y a la declaración de Helsinki, ya que no implica ningún riesgo para la salud e integridad del individuo.

IX. RESULTADOS.

Descripción del estudio.

En esta auto evaluación de Zung para depresión se consideraron 20 rubros que abarcan alteraciones del afecto, síntomas cognoscitivos, y fisiológicos más comunes de depresión con una escala de 50 a 59 puntos = depresión leve, 60 a 69 puntos = depresión moderada, 70 o más = depresión severa.

Se considero también el estado civil y su ocupación para poder determinar la repercusión en cada uno de los grupos y poder ampliar el panorama de la depresión.

De las 139 encuestas aplicadas se obtuvo los siguientes resultados los cuales se encuentran expresados en la tabla no. 1

Tabla No. 1 Características básicas de la población estudiada para depresión

	Masculino	Femenino	Totales
Sexo	48	91	139
Edad	48+-6	48+-6	48+-6
ESTADO CIVIL			
Casado	43	63	106
Unión Libre	1	14	15
Soltero	4	7	11
Viudo.	0	7	7
OCUPACION			
Labores del hogar	0	62	62
Obrero	5	2	7
Empleado	33	21	54
Desempleado	8	6	14
Profesionista	2	0	2

Fuente: Escala de auto evaluación de Zung para depresión.

Se obtuvieron un total de 48 (34.5%) de pacientes masculinos con una media de 48.75 + - 6.25 desviación estándar y un total de 91(65.4 %) encuestados del sexo femenino con una media de edad de 48.93 +- 6.25.

Se obtuvieron los siguientes resultados, 68 pacientes sin depresión y 71 con depresión de acuerdo a la edad. En el grupo de estado civil, se encontraron un total de 106 casados de los cuales 51 presentaron un estado normal y 55 se encontraron en un estado depresivo. En el grupo de unión libre se obtuvo un total de 15 de los cuales 11 sin depresión y 4 con depresión. En cuanto a los solteros se encontraba un total de 11 de los cuales 5 se encontraron sin depresión y 6 con depresión. En el grupo de los viudos se encontraron un total de 7 de los cuales 1 estaban sin depresión y 6 con depresión.

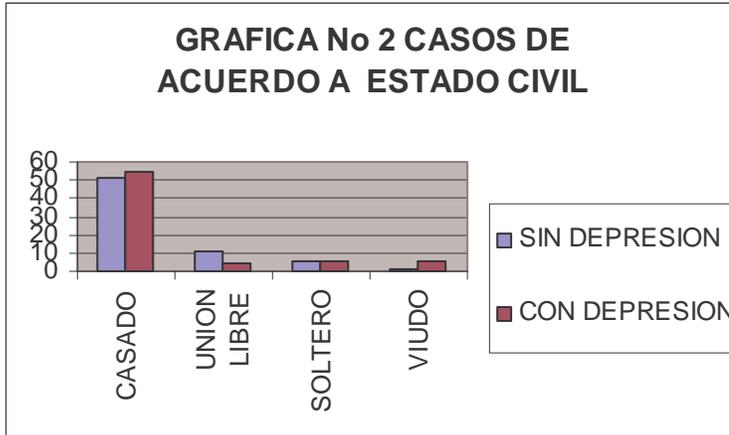
Los resultados que se obtuvieron en el rubro de ocupación fueron los siguientes. En el grupo de ama de casa fueron 62 encuestadas de las cuales 27 no tenían depresión 35 con depresión. En el grupo de obrero fueron 7 en total los encuestados de los cuales 4 sin depresión y 3 con depresión. De los empleados fueron un total de 54 de los cuales 30 sin depresión y 24 con depresión. En el grupo de desempleados se encontraron 2 de los cuales ninguno con depresión. De los profesionistas se encontró un total de 14 en donde 5 sin depresión y 9 con depresión. (Tabla num.2).

Tabla No.2 Resultados de la encuesta para depresión a través del método de Zung.

	NORMAL	DEPRESION	TOTAL
Edad	48+-8	47+-8	47+-8
ESTADO CIVIL			
Casado	51	55	106
Unión Libre	11	4	15
Soltero	5	6	11
Viudo	1	6	7
OCUPACION			
Labores del hogar	27	35	62
Obrero	4	3	7
Empleado	30	24	54
Desempleado	2	0	2
Profesionista	5	9	14
No. De casos	68	71	139
Porcentaje	49.8%	50.2%	100%

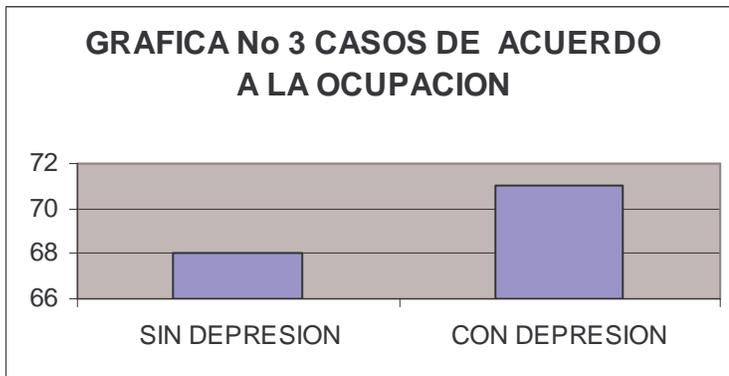
Fuente: Escala de auto evaluación de Zung para depresión.

Por lo tanto de acuerdo al estado civil según la edad se obtuvieron 68 sin depresión y 71 con depresión. (grafico 2).



Fuente: Tabla No. 2

En cuanto a la ocupación quedó constituida de la siguiente manera 68 sin depresión y 71 con depresión. (grafico 3).



Fuente: Tabla No. 2

En lo que respecta a los profesionista, el estado civil y la relación con la depresión se observó que solo aquellos que estuvieron casados tuvieron depresión pero los que no lo estaban no presentaron depresión.

En relación a los desempleados los 2 que participaron el estudio no presentaron depresión.

Para determinar el grado de asociación entre los diversos tipo o niveles del estado civil y la presencia o no de depresión se utilizó el método estadístico de X^2 (variable dependiente nominal) en donde $\text{Chi } X^2 = 7.02$ con valor de $p = 0.071$ $P < 0.05$ por lo que no hay diferencia significativa entre el estado civil y la presencia o no de depresión.

No hay diferencia estadística significativa entre la ocupación y la presencia o no de depresión ya que la $\text{Chi } X^2 = 4.92$ $p = 0.29$ $P > 0.05$.

Con respecto a los grados de depresión que valora el cuestionario de Zung se pudo observar que de nuestra población estudiada el 22% padece depresión leve, el 17.2% padece depresión moderada y el 11% depresión grave y el 49.8 de la población no padece depresión.

De acuerdo a la población estudiada en cuanto al sexo fue de 19 masculino con depresión, 21 sin depresión, 52 femenino con depresión y 47 sin depresión. (tabla. Num.3).

Tabla: No. 3 Población estudiada de acuerdo al sexo.

Sexo	Depresión (+)	Depresión (-)	Total
Masculino	19	21	40
Femenino	52	47	99
Total	71	68	139

Fuente: Escala de auto evaluación de Zung depresión.

En relación a la variable del sexo masculino y femenino no tiene una significancia con la depresión ya que la chi calculada es menor que la chi de tablas en donde $\chi^2 = 0.28$ $RR = 0.81$ $RA = 4.1\%$

X. DISCUSION Y ANALISIS.

Pinedo Rivas hace referencia de depresión en un 5% a 15% en la población que solicita los servicios de salud del primer nivel en los Estados Unidos de Norte América (2). Lo anterior nos fortalece el planteamiento del problema de este estudio ya que se encuentra un elevado número de casos de depresión durante el período en que se llevo acabo, esto tiene trascendencia ya que un 15% de los pacientes con depresión terminaran en depresión severa concluyendo esta en suicidio en algunas ocasiones. Tabasco es uno de los estados que ocupa uno de los primeros lugares en suicidio, y es importante tenerlo presente aunque en este estudio no fue el objetivo el suicidio, consideramos relevante hacer mención esta relación depresión-suicidio por la alta incidencia encontrada, siendo propicio darle importancia a esta padecimiento, principalmente en el primer nivel de atención de salud que es donde se pueden encontrar los casos incipientes de depresión logrando detener el grado de avance.

La depresión puede conformar varios síndromes o síntomas; el correspondiente a los menores de edad, el de los adultos jóvenes, el de la edad madura y el de la senilidad. La etiología de cada uno de ellos puede ser variable. Lara Tapia hace referencia en su estudio que las manifestaciones somáticas son muy relevantes en la edad adulta la cual concuerda con otros estudios realizados en donde se encontraron manifestaciones de dolor, fatiga y síntomas gastrointestinales en un 79% siendo estos síntomas los más relevantes en la consulta general.^{2,4,8} Con lo que estoy de acuerdo ya que en nuestro estudio los pacientes acudían a la consulta general por manifestaciones como dolor articular, cefalea, colitis, astenia y adinamia, sin tomar en cuenta que también tenía algún grado de depresión.

De acuerdo con el sexo se presento más en las mujeres siendo la relación de 2:1 con respecto a las mujeres. Se encontró en el estudio que los que tenían

depresión pertenecían a diversos estados civiles y diversas ocupaciones lo que nos sugiere que todos somos vulnerables para padecer depresión, el cual coincide con un estudio realizado por la OMS En donde dice que se calcula que la prevalencia de la depresión es de 8% al 26% en la población general , siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres y que el 15% de los pacientes con depresión se suicidan.

En lo que respecta a la ocupación , estado civil, y sexo en relación con la depresión de acuerdo a nuestro estudio se observo que no presentan diferencia estadística ya que la chi calculada fue menor a la de las tablas con una $p > .05$.

Por lo anterior podemos realizar una conclusión de los 5 grupos antes mencionados (ama de casa, obreros, empleados, profesionistas y desempleados) que todos tienen un valor preponderante, repercutiendo de manera significativa muy probablemente en el sexo femenino debido a que son las mujeres las que más solicitan los servicios de salud y por ende las que con más frecuencia acuden a la consulta general. De ahí la importancia en tener presente que son las que mayor depresión presentan y por consiguiente las más vulnerables a ser detectadas oportunamente.

Reconsiderando que la depresión va en aumento día a día, ya que en nuestro estudio encontramos una incidencia de 32 a 33 % según resultados del cuestionario del método de Zung los que nos indica que la depresión si esta presente aunque no la detectamos del todo.

XI. CONCLUSIONES.

El síndrome depresivo (evaluado a través de la Escala de Zung) es más frecuente en mujeres que en hombres. Así como también no existe relación importante en cuanto a la presencia o no de depresión en torno a la ocupación por lo que la detección oportuna nos permitirá darla la difusión necesaria para poder contribuir a la calidad de vida del paciente y de sus familiares. De ahí la importancia de estudios futuros que lo avalen e instrumentos que sean factibles de aplicar en el primer nivel de atención; pero que muchas veces ni el paciente ni el médico familiar la detectan por lo que esta se puede continuar evolucionando hasta llegar a una depresión severa, la cual puede acarrear serias consecuencias en el individuo y su familia. Así pues necesitamos la capacitación continua y las herramientas para poder hacer una detección oportuna de este padecimiento y poder darle a nuestro paciente una calidad de vida más confortable con el apoyo del grupo multidisciplinario y de expertos en este padecimiento, pudiendo a llegar a ser eco en el primer nivel de atención, en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes y que esto se refleje en la morbi-mortalidad y en los recursos financieros de la salud.

XII. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Evelyn M, Weel-Baumgarten, S. Et al. Long-Term Follow-up of depresión among Patients inthe Community and in Family Practice Settings. Fam. Pract. 2000;49(12):1113-1120.
- 2.- Pinedo R H ; Díaz Martínez J: Primera semana Nacional de la Depresión, Revista de Psiquiatría. 1997.
- 3.- Fresan A, Ulloa R E. Cols. Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos con y sin depresión . Salud Mental. 2001;24(5):25-29.
- 4.- Kim TJ, Ensink, Agnes GS: Et Al. Is There an Increased Risk of Dying after Depression ? Am J Epidemiol 2002; 156:1043-1048.
- 5.- Valestein M. Klinkman M, Becker S. Et Al. Concurrent Treatmen of patients whit depression in the Community Provider Practices ,Attitudes, and Barriers to Collaboration . Fam. Pract. 1999;48(3):180 187
- 6.- Reichborn-Kjenner UD, T., Stoltenberg, C., Tambs, K, Roysamb. E. Back-neck pain and symptoms of a nxiety and depression: a population-base twin Study. Psychological medicine 2002; 32(6): 1009-1020
- 7.-O ksbjerg D S , Mellemkjaer L, Olsen HJ; Depression and Cancer Risk: A Register – Based Study of patients Hospitalized with Affective Disorders denmark, 1969- 1993. AM J Epidemiol. 2002; 155(12): 1088-1094.
- 8.-Lara TH, Meléndez Gutierrez D. Estudio Clinico Epidemiologico sobre la depresión mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” durante tres años (1996-1998)Revista de Psiquíatria 2001.

- 9.- Johnston C. Cost of drug therapy for depression increasing in Canada. Asociación Medica Canadiense. 2003; 1374:5-6
- 10.- Lespérance, F , Et al. Depression and coronary artery disease : time to move from observation to trials. Asociación medica canadiense. 2003; 168(5);570-571.
- 11.- Lauzon, C, Et al. Depression and prognosis following hospital admission because of acuten myocardial infartion . BMJ.2003,168(5): 547-552.
- 12.- Rojtenberg . Depresiones y antidepresivos . Editorial Americana 2001 Factores sociales y depresión.
- 13.-_De La Peña F, Estrada A,Almeida L,etal.. Prevalencia de los trastornos depresivos ysu relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria .Salud mental; 1999.Vol.6 pp.6-8.
- 14.-Alomar F: Bustos C: Contreras . Cols. Vejez y depresion.Universidad de desarrollo 2000.
- 15.-Dorr-Zegers O. Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante . Salud Mental. 2002.
- 16.- Guinsberg H:La salud Mental en el Neoliberalismo. Editores Plaza y Valdez 1era Edición 2001.
- 17.- Ruiz B. Alfredo. La depresión: Una enfermedad inexistente . Instituto de terapia Cognitiva Inteco. Santiago de Chile. Pag. 4 . copringht 2004.

18.-Health New Information. Depression . Concept Communications Media LLC 2006.

19.- Amézquita Medina M. Gonzalez Perez R. Zuluaga Mejía D. Prevalencia de la depresión , ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de caldas, año 2000. revista Colombiana de psiquiatría ,vol.XXXII/no.4/2003 PP:341-436

20.-Ruiz Armenta Saúl . La depresión es un síndrome con alto índice de familia en la consulta diaria. Revista de postgrado. Universidad Autónoma de Guadalajara.2004 pp.6

21.-Franklin, Donald J. Depresión: information and treadment.
www.psychologyinfo/depression.com

22.- Urara Hiroeh, Louis Appleby, Preben Bo Mortensen; Graham Dunn. “Death by Homicide, Suicide, and other unnatural causes in people with menta illness: a population-based study” .The Lancet, vol 358, , 2001.

www.TheLancet.Com/journal/journal.isa

23.- Yepes R: Luis E. “Trastornos depresivos “. En: Toro G. Ricardo José y Yepes R. Luis Eduardo, Fundamentos de medicina .Psiquiátrica. Capítulo 11. 3ra. Edición, CIB, Medellín. 1998.

24.- G. David Elkin, Psiquiatría clínica, editorial Me Graw Hill, Primera edición , Barcelona España. 1998.

25.-De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Atención Primaria 1997; 20 (7):389-94.

26.- J. P. Feighner, W. F Boyer . Perspectivas en Psiquiatría . Vol. 2 Diagnóstico de la Depresión. Ed Wiley. 1991. Englad.

27.-McCrea D; Arnold E; Marchevsky B; Kaufinan BM. The prevalence of depresión in geriatric medical outpatients. Age and Ageing 1994; 23:465-467.

28.- J: Halabe, A. Lifshitz, J. López Barcena y cols. El internista , Editorial Me Graw Hill, Primera edición Pág. 780-785, 1997.

29.- Caraveo A. J Análisis critico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental Vol.5, No3, 1982.

30.-Glass, Rchard M..MD. Wareness About Depresión: Important for All Physicians. T

XIII. ANEXOS

Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión.

INSTRUCCIONES.- Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros:

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría de la veces	Puntos
1.-Me siento abatido, desanimado y triste					
2.-Por la mañana es cuando mejor me siento.					
3.-Tengo ataques de llanto o deseo de llorar.					
4.-Tengo problemas de sueño durante la noche.					
5.-Como igual que antes.					
6.-Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/ hombres atractivos.					
7.-Noto que estoy perdiendo peso.					
8.-Tengo problemas de estreñimiento.					
9.-Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.					
10.-Me canso sin motivo.					
11.-Mi mente esta tan despejada como siempre.					
12.-Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.					
13.-Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto.					
14.-Tengo esperanzas en el futuro.					
15.- Soy más irritable que de costumbre					
16.-Tomo las decisiones fácilmente.					
17. Siento que soy útil y necesario.					
18.-Siento que mi vida está llena.					
19.-Siento que los demás estarían mejor sin mí,si estuviese muerto.					
20.-Sigo disfrutando con lo que hacia.					

Muy pocas veces: 1 punto Algunas veces:2 puntos Muchas veces:3 puntos . La mayoría de las veces 4 puntos.

Esta es una escala que el paciente responde personalmente. Comprende 20 rubros que abarcan las alteraciones del afecto, síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de depresión.

La intensidad del cuadro depresivo queda así determinada.

50 a 59 puntos = depresión leve.

60 a 69 puntos = depresión moderada.

70 o más = depresión severa.

Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión.

Nombre.....Edad.....Sexo.....

Ocupación.....Estado Civil.....Fecha.....

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría de la veces	Puntos
1.-Me siento abatido, desanimado y triste					
2.-Por la mañana es cuando mejor me siento.					
3.-Tengo ataques de llanto o deseo de llorar.					
4.-Tengo problemas de sueño durante la noche.					
5.-Como igual que antes.					
6.-Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/ hombres atractivos.					
7.-Noto que estoy perdiendo peso.					
8.-Tengo problemas de estreñimiento.					
9.-Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.					
10.-Me canso sin motivo.					
11.-Mi mente esta tan despejada como siempre.					
12.-Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.					
13.-Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto.					
14.-Tengo esperanzas en el futuro.					
15.- Soy más irritable que de costumbre					
16.-Tomo las decisiones fácilmente.					
17. Siento que soy útil y necesario.					
18.-Siento que mi vida está llena.					
19.-Siento que los demás estarían mejor sin mí,si estuviese muerto.					
20.-Sigo disfrutando con lo que hacia.					

Muy pocas veces: 1 punto Algunas veces:2 puntos Muchas veces:3 puntos . La mayoría de las veces 4 puntos.