

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**

---



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, DEL 20 DE ABRIL AL 20 DE MAYO EN EL AÑO 2009”**

**Tesis para optar el Título Profesional de:  
MÉDICO CIRUJANO**

Autor:

FIGURELLA MARIBEL PIZARRO VARGAS

Asesores:

DR. ANDRÉS COLLADO CARDENAS

DR. JUAN A. GIRON DAPPINO

**Tacna-2009**

## INDICE

	<b>PAG.</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Fundamentación del Problema.....	<b>8</b>
1.2 Formulación del Problema.....	<b>9</b>
1.3 Objetivos de la Investigación.....	<b>9</b>
1.4 Justificación.....	<b>10</b>
1.5 Definición de Términos.....	<b>12</b>
<b>CAPITULO 2 MARCO TEORICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	<b>15</b>
2.2 Marco Teórico.....	<b>18</b>
<b>CAPITULO 3 HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.</b>	
3.1 Operacionalización de variables.....	<b>44</b>
<b>CAPITULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
4.1 Diseño.....	<b>50</b>
4.2 Ámbito de Estudio.....	<b>50</b>
4.3 Población y muestra.....	<b>50</b>
4.4 Criterios de Selección .....	<b>50</b>
4.4.1 Criterios de Inclusión	
4.4.2 Criterios de Exclusión	
4.5 Recolección de datos.....	<b>51</b>

<b>CAPITULO 5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
	<b>DISCUSION.....</b>	<b>63</b>
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>71</b>

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar cuáles son las características clínico-epidemiológicas y los factores de riesgo asociados a la Depresión de los pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009?. Mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión. Se incluye dentro de **CASOS**: a todos los pacientes que según la escala de Hamilton calificaron dentro de los niveles de Depresión durante el periodo de estudio y **CONTROLES**: a los pacientes que no calificaron según la escala de Hamilton dentro de los niveles de depresión. No logrando parearlos por edad ni por sexo.

El grupo etáreo más afecto con Depresión corresponde al grupo de 20 – 39 años; el sexo más afectado en ambos grupos fue el femenino, el nivel educativo más frecuente fue el nivel superior y el estado civil fue el soltero. El nivel socioeconómico más frecuente fue el B. Los antecedentes psicoafectivos personales y/o familiares con significancia estadística fueron: la salud de los padres, la relación con sus padres y algún problema en el hogar o trabajo.

Los niveles de Depresión más frecuentes fueron el leve (36.49%) y moderado (35.14%) y muy severo (13.51%).

Los factores de riesgo fueron: la presencia de enfermedad crónica en un 41,89% de casos y 14,86% de controles. El alcoholismo en el 18,92% de casos y el 4,05% de controles. Antecedentes psicoafectivos personales y/o familiares y la situación socioeconómica baja.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental universal, cuya principal perturbación es la alteración del humor o del afecto. La alteración del humor tiene repercusión en el nivel global de actividades de la persona afectada. El sufrimiento mental se presenta de muchas maneras, la **Depresión** es la más común. En todo el mundo millones de personas sufren de depresión. Alrededor del 15% de la población sufrirá depresión durante su vida.<sup>(4)(31)</sup>

Los episodios depresivos producen incapacidades, tienden a ser recurrentes y, con menor frecuencia, son crónicos sin remisión de los síntomas. Afectan, anualmente, a 17 millones de norteamericanos, causando gran sufrimiento a los portadores, a sus familiares y a las personas con quien conviven.

Un estudio realizado sobre internaciones psiquiátricas en el Municipio de Ribeiron Preto, a través del Sistema Único de Salud (SUS) mostró que los Trastornos del Humor fueron la segunda causa de internación hospitalaria entre 1998 y 2002. Según estadísticas de internación reportadas por los hospitales psiquiátricos de Bolivia, muestran que los trastornos de humor ocuparon el cuarto lugar para el año 2004.<sup>(28)(30)</sup>

La depresión es un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas con alteraciones del humor (tristeza, culpa), del comportamiento (aislamiento), de los estándares de pensamiento y de la percepción de la persona (menor concentración, menor autoestima) que presenta quejas físicas (sueño, alimentación, sexo) y con alto riesgo de suicidio; se estima que el 15% de las personas con este trastorno se suicidan.<sup>(29)</sup>

La depresión se manifiesta en ambos sexos, en cualquier clase social, desde que la persona tiene uso de razón; es más frecuente que ocurra el primer episodio en la adolescencia, en el inicio de la vida adulta y entre mujeres, debido principalmente a las alteraciones hormonales. Estudios recientes desarrollaron investigaciones genéticas, de biología molecular, de imágenes, hormonales y de metabolismo buscando explicaciones etiológicas para esta patología.

El estado depresivo distorsiona la manera como las personas se evalúan y se perciben, distorsiona la percepción que ellas tienen de otros y del mundo, también afecta su estima personal. Los niveles de autoestima son atributos de la personalidad, decurrentes de las relaciones intra e interpersonales, influenciando las actitudes de las personas en sus actividades escolares, en el trabajo y en las demás actividades diarias.<sup>(7)(10)</sup>

# *CAPÍTULO I*

## *PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN*

## 1.1 Fundamentación del Problema

La depresión es un trastorno afectivo cuya prevalencia va en aumento en las últimas décadas y cuya carga social constituye la primera en cuanto a gravedad de todas las enfermedades, según datos de la Organización Mundial de la Salud.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia siendo responsables de una parte importante, del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Los trastornos depresivos y sus formas encubiertas por síntomas físicos o malestares diversos, frecuentemente producen confusión y frustración en el médico no especialista y en los equipos de salud, dado que generan consultas médicas repetidas, exámenes y tratamientos inadecuados o interconsultas no resolutivas, que además de no mejorar a las personas, elevan los costos de la atención médica. En una primera instancia, la depresión puede ser tratada con éxito por médicos no especialistas, en conjunto con profesionales de salud debidamente capacitados.<sup>(25)</sup>

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3-5%) y tan comunes en la consulta médica (12.2-25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que sufren de ellas. Más aún según Watts sólo un 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acuden a la consulta médica.<sup>(7)</sup>

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020 siendo la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida.



Las depresiones son, y viene siéndolo desde hace unos decenios, un tema de interés no sólo por parte de los psiquiatras, sino también de los médicos y de la población general.

Otro aspecto importante es que cada vez está más clara su influencia negativa en la evolución de patologías físicas, habiéndose demostrado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad (no sólo atribuible al suicidio) superior a la de la población general. Por otro lado genera una discapacidad funcional mayor que el resto de las enfermedades médicas crónicas.

Todo esto hace que adquiera una importancia notable en todos los programas de prevención y gestión de la salud. No es una enfermedad que concierna únicamente al especialista, ya que a éste sólo llegan el 10% de los casos, pues el resto son vistos por otros médicos no psiquiatras o no acuden a ninguna consulta.<sup>(7)(8)</sup>

## **1.2 Formulación del Problema:**

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y los factores de riesgo asociados a la Depresión de los pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo General:**

- Determinar Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y los factores de riesgo asociados a la Depresión de los pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009

### 1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar cuáles son las características clínicas de pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009
- Identificar cuáles son las características epidemiológicas de pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009
- Determinar la magnitud de la Depresión de pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009
- Determinar los factores de riesgo asociados a la Depresión de pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009

### 1.4 Justificación

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente. Hoy en día millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. En general la **depresión** es el "resfrío común" de la psiquiatría. Es un estado que provoca más consultas al médico, incluidos los virus, la hipertensión arterial, el dolor de cabeza y, por cierto el resfrío común.<sup>(4)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.<sup>(11)</sup>

La depresión es una enfermedad actual, que cada vez es más la población mundial que la va padeciendo y teniendo síntomas tan negativos para la persona y para las que los rodean es conveniente realizar este estudio ya que nos brindaría una idea sobre la situación actual de esta patología y por lo tanto nos llevaría a conclusiones que nos permitirían disminuir las consecuencias funestas de esta patología.

Si a la magnitud del problema contrastamos la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes, se hace claro que es responsabilidad del médico especialista sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente a este inmenso número de pacientes deprimidos. De lo anterior resultaría una disminución de la cronicidad, de las consecuencias funestas tanto familiares como económicas y posiblemente de los suicidios. Infortunadamente estamos lejos de alcanzar dicha meta ya que la mayoría de las personas que sufre depresión, consultan por primera vez a médicos no especialistas, o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos, no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados de la forma correcta confundiéndolos a menudo con cuadros orgánicos o con trastornos de ansiedad. De no ser tratado, este trastorno deja marcas indelebles tanto para el propio individuo como en la sociedad.

Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica.

La presencia de episodios depresivos previos se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Un análisis global de los estudios realizados antes de 1990 sugiere que la presencia de antecedentes de cuadros depresivos que hayan recibido tratamiento, al menos un año antes del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, incrementan el riesgo de Demencia en sujetos de mayores de 70 años.<sup>(18)</sup>

En pacientes Diabéticos, el estrés emocional ocasionado por la depresión está asociado con la elevación del azúcar en la sangre y mayores riesgos de complicaciones para la diabetes, En estos pacientes se ve que la mejoría de la Depresión se traduce en un mejor control de la Diabetes y mejor calidad de vida. En las personas con Diabetes preexistentes, la Depresión es un factor de riesgo para sufrir una enfermedad coronaria cardíaca.<sup>(4)</sup>

En un estudio realizado en Chile se identificó a la depresión como una patología muy fuertemente ligada a enfermedades cardiovasculares. Su alta prevalencia en el mundo entero la transforman en un trastorno del más alto interés en su relación con el sistema cardio-circulatorio, el cual es fuente de una gran cantidad de enfermedades crónicas y degenerativas, con las más altas tasas de mortalidad. La depresión tiene una prevalencia en la población norteamericana general, según diversas series, de 6% a 10% y en pacientes que han presentado un evento cardíaco, de 16% a 45% <sup>(38)</sup>

De ahí la importancia de la realización de este presente estudio.

### **1.5 Definición de Términos:** <sup>(9,10,12,25,37)</sup>

- **Depresión según la CIE-10:** la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; en el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y en el episodio depresivo grave, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.
- **Depresión según el DSM-IV:** implica o bien un cambio a un ánimo deprimido, o bien una disminución notable del interés o placer
- **Características Epidemiológicas:** Asociación que puede existir entre el estado de salud o enfermedad de una población y los factores asociados a estos.
- **Hipocondría:** Trastorno somatoforme caracterizado por una preocupación por las funciones corporales y la interpretación de sensaciones normales o anomalías menores como signos de problemas graves que requieren atención médica.
- **Idea delusiva (Delusiones):** Trastorno del razonamiento y el juicio, trastorno del contenido del pensamiento.
- **Factor de riesgo:** es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.
- **5-HIAA:** Acido 5-hidroxiindolacético. Producto del deterioro de la serotonina que se excreta en la orina.
- **MHPG:** El 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol

- **GABA:** Acido gamma-aminobutírico. Es el principal neurotransmisor inhibitorio cerebral.
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **R.E.M.:** Movimiento ocular rápido o MOR (REM en inglés, *Rapid Eye Movement*) es la fase del sueño durante la que suceden los ensueños más intensos. Durante esta fase, los ojos se mueven rápidamente y la actividad de las neuronas del cerebro se asemeja a la de cuando se está despierto, por lo que también se le llama sueño paradójico.

## ***CAPITULO II***

# ***REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA***

## **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:**

### **Fredy Patiño V. Doris Cardona A.**

Realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar la frecuencia de la depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, en Medellín en el año 2005, mediante la escala de Zung. Se halló una depresión total del 6%.

Se observa que un 94% presentó un nivel leve de depresión, el resto se ubicó dentro de los niveles moderado y severo (2 y 4 % respectivamente). De otro lado, los niveles moderado y severo de depresión representaron el 6% de los jubilados encuestados.

Se observa depresión, principalmente: en las mujeres, en el grupo de edad de 50-60 años, en quienes alcanzaron un nivel superior de educación, en personas que están pasando por los primeros años de retiro, en quienes no continuaron realizando actividades laborales, en los que manifestaron estar pasando por una situación económica mala, en los que manifestaron padecer una enfermedad crónica, en quienes ingerían medicamentos (aunque no se detalló cuáles), en las personas que viven únicamente con sus hijos, en las personas que no encontraban aceptación en sus familias, en quienes manifestaron haber padecido la muerte de algún familiar o amigo, en quienes no realizan ejercicio físico y en aquellos que no participan de actividades recreativas, culturales o académicas.<sup>(5)</sup>

### **Pineda, V Bermúdez, C Cano, E Mengual, J Romero, M Medina, E Leal, J Rojas y A Toledo.**

Realizaron un estudio para determinar los niveles de Depresión en 40 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, entre las edades de 30-65 años en la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela en el año 2004, utilizando el inventario de Depresión de Beck, los resultados indican que el 32,5% evidenciaba depresión leve, el 12,5% depresión moderada y el 10% depresión moderada-grave. En general, los resultados obtenidos indican que un 55% de los pacientes evidencian depresión. al comparar por sexo se determinó que los sujetos de sexo femenino evidenciaron niveles más graves de depresión ( $1,4 \pm 0,2$  los

femeninos vs.  $0,4 \pm 0,1$  los masculinos;  $p < 0,02$ ). y un mayor índice de sintomatología característica de esta alteración del estado de ánimo que los hombres.<sup>(6)</sup>

**Cosme Alvarado-Esquivel, MC, Ana Berthina Hernández Alvarado, Psic, Karina Rodríguez Corral, Psic.**

Realizaron un estudio analítico para determinar la prevalencia de depresión en alumnos de la escuela de la tercera edad y en residentes de hogares de ancianos, en Durango, Mexico en el año 2004, mediante la escala de Hamilton, encontrándose que la prevalencia de depresión fue significativamente más alta en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad que en residentes de hogares de ancianos (56.8% vs 41.3%, respectivamente; La severidad de la depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad fue como sigue: 33.6% tenían depresión leve, 15.2% sufrieron depresión moderada, y 8.0% sufrían depresión severa. Mientras que en los residentes de hogares de ancianos se encontró una prevalencia de depresión leve de 26.5%, de depresión moderada 7.1%, y de depresión severa 7.7%.<sup>(3)</sup>

**Hidalgo, Emilio J. - Cendali, Juan M. - Cerutti, Marcelo A. Cuenca, Juan G. D. - Kappaun, Beatriz N.**

Realizaron un estudio de tipo transversal y descriptivo en estudiantes del quinto año de la Facultad de Medicina de la U.N.N.E.(Universidad Nacional del Nordeste) Corrientes, Argentina en el año 2003, para determinar la prevalencia de la depresión mediante el test de Zung El periodo de estudio fue de marzo a junio . La investigación arrojó una prevalencia de depresión de 31,61% en los estudiantes de medicina de 5° año de la UNNE destacándose en el sexo femenino 35,18% y en el sexo masculino un 26,36%.<sup>(15)</sup>

**Jesús Alfonso Martínez-Mendoza, Verónica Araceli Martínez-Ordaz**

Realizaron un estudio transversal prospectivo realizado en el hospital general de México en el año 2007, en pacientes mayores de 65 años para determinar la prevalencia de la depresión mediante la escala de Yesavage y factores de riesgo. Se incluyeron 320 personas encontrándose depresión en un 50.3% El grado de depresión más frecuente fue leve-



moderada los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino y padecer enfermedades crónicas degenerativas.<sup>(16)</sup>

#### **Alejandro Festorazzi Acosta.**

Realizó un estudio epidemiológico descriptivo y de corte transversal, en la localidad de Empedrado en la provincia de Corrientes-Argentina en el año 2008, para determinar la prevalencia de depresión en adolescentes mediante la escala de Hamilton, se encuestaron 344 jóvenes entre 14-20 años, encontrándose una prevalencia de 35%, el grado de depresión más frecuente fue el de leve-moderado con un 35% y 17% respectivamente.<sup>(17)</sup>

#### **Martha Peñuela1, Ingrid Baquero**

Realizaron un estudio de tipo transversal mediante la escala de Hamilton para determinar los factores asociados a la depresión en la consulta dermatológica, del Hospital Universidad del Norte y del Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla (Colombia), en el año 2004. se aplicó a 339 pacientes encontrándose una fuerte asociación entre la presencia de depresión y los antecedentes personales y familiares de depresión (OR=1.07, P=0,0000 y OR=3,21, p=0,000 respectivamente y la presencia de enfermedades crónicas (OR=2.92, P=0,0001) encontrando además una mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino, solteros y con nivel socioeconómico medio y en menores de 30 años. <sup>(20)</sup>

#### **Peralta-Pedrero**

Realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo, para determinar la prevalencia de síntomas depresivos en la mujer adulta y sus factores de riesgo, que acude a consulta a medicina familiar, en la ciudad de México en el año 2004, mediante la escala de Hamilton. *Resultados:* se encuestaron 400 pacientes encontrándose que la edad más afectada fue de 20-39 años, la mayoría eran casadas, se dedicaba al hogar y con escolaridad de secundaria o menos. Los principales factores de riesgo fueron la disfunción familiar (OR=2,45, p<0,05) y la presencia de enfermedades crónicas (OR=12.49, p<0,05).<sup>(22)</sup>

### **Ceballos Rivera, Jaime Jonathan**

Realizaron un estudio de tipo transversal, observacional en 324 adolescentes para determinar la prevalencia de la depresión y los factores de riesgo mediante la escala de Beck, en México en el año 2007, encontrándose una prevalencia de 28,4%, siendo más frecuente la Depresión leve (28.4%=92 alumnos), se encontró como factores de riesgo el consumo de tabaco y alcohol(OR=4,35,p valor<0,05).<sup>(27)</sup>

### **Carlos Gómez Restrepo, Adriana Bohorquez**

Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en Colombia como parte de la Encuesta Multinacional de Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, en el año 2007, para determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados a ella mediante la, mediante la escala de Beck encontrando una prevalencia del 10%, los factores asociados fueron ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad.<sup>(33)</sup>

## **2.2 MARCO TEORICO:**

### **2.2.1Definición**

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

### **2.2.2pidemiología**

El riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4.4% y de distimia es del 6%.

La depresión mayor puede iniciarse en cualquier edad, con una edad promedio de iniciación a los 20 años. Parece que la edad de iniciación ha disminuido y la frecuencia aumentado.

Los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión.

Según encuestas realizadas con médicos, la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente que ellos diagnostican; y diferentes estudios demuestran que de toda la clientela de los médicos, entre el 12.2 y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo.

Otros estudios establecen que de los pacientes hospitalizados en salas médicas aproximadamente un 20-25% padecen básicamente de un trastorno depresivo.

Igualmente en la consulta ambulatoria psiquiátrica la depresión ocupa el primer lugar. En el estudio realizado en Medellín por Alzate y colaboradores se encontró que aproximadamente el 50% de todos los pacientes vistos por 3 psiquiatras durante dos meses en su consulta privada, padecían un trastorno afectivo, la mayoría de tipo depresivo. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2 a 1) y esto ha sido atribuido a transmisión genética.

En relación a la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 años y en los hombres entre 40 y 70. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas. Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivos (ejemplo matrimonio, nacimiento de un hijo) como los negativos (divorcio, muerte de un pariente cercano) son importantes como precipitantes. Se ha demostrado un aumento global de estos cambios en particular de los eventos negativos e indeseables, en el periodo que antecede la aparición de la depresión.

En general el trastorno depresivo mayor se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas.<sup>(10)</sup>

La depresión parece ser más frecuente en las áreas rurales que en las urbanas

### 2.2.3 Etiología

#### a) Primarias

**-Bioquímica cerebrales.** La teoría más popular ha postulado cambios en la monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). Las teorías de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales.

Posteriormente se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que se ha dicho neurotransmisor, y que esto secundariamente produciría una disminución de la monoamino-oxidasa, enzima que degrada tanto las colaminas como la serotonina.

Estas teorías originan al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la recaptación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuyen la recaptación de esta. Los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa) aumentan los neurotransmisores al disminuir su degradación por dichas enzimas. El triptofano (precursor de la serotonina) parece potenciar la acción de los antidepresivos.

También hay estudios experimentales que muestran disminución de los metabolitos de los neurotransmisores en el líquido cefalorraquídeo y en la orina de algunos subgrupos de pacientes depresivos (5-HIAA, metabolito de la serotonina o MHPG, metabolito de la noradrenalina).

A pesar de todas estas hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está aclarado. Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen desregulaciones o desequilibrios

entre varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina, se han involucrado el GABA (ácido gamma-aminobutírico), la dopamina, y la acetilcolina.

Algunos postulan que los niveles de aminas en la sinapsis dependen de la actividad de receptores presinápticos inhibidores (alfa-2). La hipersensibilidad de los receptores alfa-2 reduciría los niveles de noradrenalina, y por consiguiente el cambio bioquímico sería secundario al estado patológico de los receptores. Los antidepresivos producirían una desensibilización específica de los receptores alfa-2 y con ello se suspendería la retroalimentación negativa sobre la liberación y aumentaría la concentración sináptica de catecolaminas.

Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona postsináptica, especialmente en los mecanismos de transducción (la proteína G) y de mensajeros secundarios y terciarios. A los opioides y los neuropeptidos (hipersecreción del factor liberador de la corticotrofina CRF) también se les ha atribuido papel en este trastorno.

**-Neuroendocrinos.** Los trastornos depresivos mayores están asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastorno del humor, disminución de la libido, trastorno del sueño, del apetito, de la actividad autonómica) sugieren disfunción hipotalámica. La investigación ha demostrado anomalías endocrinas en las depresiones más severas, especialmente en el cortisol, la hormona del crecimiento y la hormona liberadora de la tirotrófina.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento de cortisol en la orina de 24 horas. Esta hipersecreción generalmente se normaliza con la recuperación clínica.

Aunque los pacientes con hipotiroidismo presentan síntomas depresivos y se ha demostrado que la T3 potencia el efecto de los antidepresivos tricíclicos en algunas mujeres, en los pacientes depresivos primarios no se han reportado trastornos clínicos ni anomalías de laboratorio de la función tiroidea.

Un hallazgo muy importante, y que persiste después de mejorar la depresión es el de la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento durante el sueño.

### **-Trastornos del sueño**

Los trastornos del sueño, insomnio inicial y tardío, despertares múltiples, hipersomnia, son síntomas clásicos y comunes de la depresión. Los investigadores han constatado durante mucho tiempo anomalías diversas en el electroencefalogramas de sueño de muchas personas deprimidas. Las más frecuentes incluyen el retraso del inicio del sueño, acortamiento de la latencia REM ( el tiempo que transcurre entre el momento en que una persona se queda dormida y el primer período REM), un incremento de la longitud del primer período REM y un sueño delta alterado.

La neuroimagenología también ha demostrado por medio del PET( Tomografía por emisión de positrones) y el SPECT( Tomografía por emisión de positrón cambios funcionales en los lóbulos frontal y temporal en las depresiones.<sup>(10)</sup>

**-Genéticos y familiares.** Los estudios familiares y de pedigree están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión.

El trastorno depresivo mayor es 1.5-3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general.

**-Factores psicológicos.** Personalidad vulnerable, baja autoestima, pérdidas significativas, estrés crónico, eventos traumáticos, el perfeccionismo, la sensibilidad a la pérdida o rechazo.

Desde el punto de vista psicosocial, se ha demostrado un aumento de las depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y periodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, etc. También parecen aumentar la depresión.

La mayoría de las depresiones primarias estarían en la parte media de este espectro depresivo, en la cual habría una interacción variable entre la predisposición genética (y sus consecuencias biológicas), los factores psicológicos y los estresantes ambientales.<sup>(36)</sup>

## **b)Secundarias**

Muchas drogas de uso común (ejemplo hipotensores), enfermedades medicas (por ejemplo cáncer de páncreas) y psiquiátricas (alcoholismo), pueden ser la causa de una depresión . Esto es de primordial importancia para el médico no psiquiatra, quien debe conocer las drogas que como efecto secundario producen a la depresión y sospechar las enfermedades cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo.

**-Drogas.** Se ha descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas solo la producen ocasionalmente. Sin embargo algunas lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparece un cuadro depresivo en un paciente que las está recibiendo. Entre ellas están (Indometacina, Clonidina, Metildopa, Isoniazida, Acido nalidixico, Digitálicos, Contraceptivos orales)

La supresión de ciertas drogas como las anfetaminas y los anorexiantes, puede producir cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína.

**-Enfermedades orgánicas:** Cualquier enfermedad especialmente las graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, como por ejemplo: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Tumores cerebrales, cefaleas, Esclerosis múltiple, Hipotiroidismo, Postparto y premenstrual, Cáncer de páncreas, son las que con mayor frecuencia producen depresión.

**-Enfermedades neurológicos.** Los más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, Parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales.

**-Trastorno endócrinos.** De estos lo mas importantes son los trastorno tiroideos, especialmente el hipotiroidismo.

**-Trastorno metabólicos.** Se ha descrito depresiones en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson, la Porfirio intermitente aguda ) en ésta son más frecuentes los trastornos psicóticos, fóbicos o confusionales).

**-Cáncer.** El carcinoma del cuerpo y de la cola del páncreas frecuentemente produce cuadros depresivos que a veces pueden preceder otros síntomas de la enfermedad. El mecanismo es desconocido pero, se sospecha alteraciones humorales o endocrinas.

**-Enfermedades cardiovasculares.** El infarto miocárdico frecuentemente produce un cuadro depresivo, que generalmente mejora rápidamente. En algunos casos es más persistente y puede requerir tratamiento específico. Es importante recordar que los antidepresivos tricíclicos son cardiotóxicos y que en estos sería preferible usar otros ( antidepresivos como la sertralina, fluvoxanina y moclobemida).

**-Enfermedades infecciosas.** La influenza, la hepatitis, la brucelosis, el SIDA, y la Mononucleosis infecciosa, causan con frecuencia depresión.

**-Enfermedades psiquiátricas.** La esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo pueden producir cuadros depresivos. Aunque en estos casos a veces son necesario los antidepresivos. El trastorno de pánico en su fase avanzada produce cuadros depresivos, es frecuente que el alcoholismo y la fármaco dependencia produzcan una depresión secundaria.<sup>(7)(10)</sup>



## 2.2.4 Clasificación de los trastornos Depresivos

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVO SEGÚN EL CIE-10 Y EL DSM-IV	
CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades décima revisión)	DSM-IV ( Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición)
<p><b><u>F32 Episodios depresivos.</u></b></p> <p><b>F32.0</b> Episodio depresivo leve.</p> <p><b>F32.1</b> Episodio depresivo moderado.</p> <p><b>F32.2</b> Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.</p> <p><b>F32.3</b> Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p> <p><b>F32.8</b> Otros episodios depresivos.</p> <p><b>F32.9</b> Episodio depresivo sin especificación.</p> <p><b><u>F33 Trastorno depresivo recurrente.</u></b></p> <p><b>F33.0</b> Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.</p> <p><b>F33.1</b> Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.</p> <p><b>F33.2</b> Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.</p> <p><b>F33.3</b> Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave</p>	<p><b>F32.x</b> Trastorno depresivo mayor, episodio</p> <p><b>.0</b> leve</p> <p><b>.1</b> Moderado</p> <p><b>.2</b> Grave sin síntomas psicóticos</p> <p><b>.3</b> Grave con síntomas psicóticos</p> <p><b>.4</b> En remisión parcial o total</p> <p><b>.9</b> No especificado</p> <p><b>F33.x</b> Trastorno depresivo recidivante</p> <p><b>F34.1</b> Trastorno Distímico</p> <p><b>F32.9</b> Trastorno depresivo no especificado</p>

<p>con síntomas psicóticos.</p> <p><b>F33.4</b> Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.</p> <p><b>F33.8</b> Otros trastornos depresivos recurrentes.</p> <p><b>F33.9</b> Trastorno depresivo recurrente sin especificación.</p>	
---	--

### 2.2.5 Presentación clínica de la Depresión

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en dos grupos de acuerdo a la sintomatología que los lleva a consultar.

-El primero está constituido por los pacientes que manifiestan síntomas psiquiátricos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación, suicidio, etc.). Dentro de los cuales predomina la ansiedad, que también a menudo es mal diagnosticada pero tratada.

Estos son más fáciles diagnosticados tanto como el psiquiatra como el médico general.

-El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo). Con frecuencia estos pacientes son sometidos a múltiples e infructuosos exámenes clínicos y paraclínicos, y a tratamientos inefectivos.

En un estudio realizado por Ayuso se pueden apreciar las proporciones de estos grupos de pacientes referidos por el médico general a la consulta psiquiátrica ambulatoria de la seguridad social en España. Solamente el 24% consultan por síntomas depresivos, el 63 % por síntomas generales y orgánicos y finalmente el 13 % por ansiedad.

#### a) Predominio depresivo.

Los síntomas más importantes son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos e minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, etc.

Aunque en este subgrupo predominan los síntomas depresivos, esto no quiere decir que los síntomas generales y los somáticos estén ausentes. Son frecuentes el insomnio o la hipersomnolia ; la anorexia (a menudo con pérdida marcada de peso) o la hiperfagia, la fatiga, el cansancio; la constipación, la pérdida o disminución de libido, los trastornos menstruales. El ciclo diurno puede estar invertido (peor por la mañana y mejor en el atardecer y la noche).

También pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo el más frecuente la cefalea, y muchos otros síntomas orgánicos; manifestaciones hipocondríacas, ansiedad, etc.

### **b) Predominio somático**

Aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastornos de la homeostasis general, problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos.

Algunos autores denominan "enmascaradas" a estas depresiones en las cuales predominan los síntomas orgánicos, pero es importante recalcar que ellas generalmente se acompañan de los síntomas cuya presencia confirmara el paciente al ser interrogado adecuadamente. Es fácil pues, en la mayoría de los casos, "desenmascarar" la depresión.

**1-Homeostasis general.** Entre los de la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso y ésta, cuando no tiene una causa orgánica definida debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatiga y la somnolencia diurna, también son frecuentes.

**2-Dolor.** La asociación entre depresión y dolor está bien establecida. Este es el síntoma inicial hasta en el 35 % de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas (peso en la cabeza, una banda que aprieta, tirantez en la nuca); las algias articulares; dolores torácicos, de los miembros; abdominales y neuralgias. En general estos dolores son vagos, difusos, atípicos.

Varios estudios reportan que pacientes con dolor sin causa orgánica conocida, frecuentemente mejoran al ser tratados con antidepresivos tricíclicos (especialmente la amitriptilina). Los resultados son más favorables en dolores que han durado menos de un año y en aquellos que se inician al mismo tiempo que los síntomas depresivos.

**3-Neurológicos.** El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y es definido como un mareo o una sensación de que se va a caer, acompañado a veces de marcha insegura. Otros frecuentes son el tinnitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración.

Esto a veces, especialmente en pacientes de edad pueden ser tan severos que hacen pensar en una demencia senil. La presencia de otros síntomas depresivos y la respuesta a las drogas ayuda a clarificar el diagnóstico.

**4-Autonómicos.** Entre estos están palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de la boca, constipación, visión borrosa, oleadas de calor, etc.

**5-Otros.** Sensación de "Bola" en la garganta, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, amenorrea, dismenorrea, impotencia, etc.

### **3.6 Cuadros clínicos**

Se sigue en esta sección la clasificación del DSM- IV, que es bastante similar a la del CIE-10

#### **a)Episodio depresivo mayor.**

La característica fundamental del episodio depresivo mayor (EDM) es un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades. **El ánimo deprimido** se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial. Es generalizada y atenaza al sujeto, quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza como reacción normal psicológica porque esta última es más limitada e interfiere menos con la vida del sujeto. El otro síntoma cardinal es la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta las actividades que

antes el eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante de deseo y disfrute sexual.

Debe además presentar 4 síntomas adicionales de los de la lista (cuadro 11-4) tales como cambio de apetito o peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones o pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos de suicidio.

El apetito generalmente esta disminuido, pero también puede estar aumentado. Puede haber pérdida o ganancia significativas de peso.

El insomnio es muy común generalmente el paciente se despierta durante la noche y le cuesta volverse a dormir (insomnio intermedio) o se despierta en la madrugada (insomnio terminal). La dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial) también puede ocurrir. La hipersomnia es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna.

El paciente agitado no se puede quedar quieto, el retardado tiene movimientos lentos, lenguaje monótono y lento que puede llegar hasta el mutismo.

Disminución de la energía con cansancio y fatiga, requiere mucho esfuerzo para tareas pequeñas y la eficiencia también está disminuida.

La autoestima disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o de la culpa sobre faltas pesadas aun mínimas. Estos puede ser de carácter delirante como en la depresión psicótica .

La concentración es deficiente y el paciente le cuesta tomar decisiones. Se puede presentar lentitud mental.

El paciente piensa que sería mejor estar muerto. La ideación suicida puede variar de leve y pasajera a muy recurrente y severa con planes elaborados de suicidio. Los intentos de suicidio y el suicidio son los riesgos más serios de la depresión.

Cuadro11.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO MAYOR SEGUN  
DSM-IV

A- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer.

1. ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días indicador por, ya sea reposrte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío)
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todo los días.
3. pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta (5% de peso en un mes) ó disminución o aumento de apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todo los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días
8. capacidad disminuida de pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

B- Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento

C- No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición medica general (ejemplo hipotiroidismo)

D- Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir después de la perdida de un ser amado, los síntomas persisten mas de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvaloración, ideación suicida, síntomas sicóticos o retardo psicomotor.

#### CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGUN CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

1-Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras

2-Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta

3- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual

4- Empeoramiento matutino del humor depresivo

5- Presencia de enlentecimiento motor o agitación

6- Pérdida marcada del apetito

7- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes

8- Notable disminución del interés sexual

#### **b) Trastorno depresivo mayor**

Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

- De acuerdo al número de episodios se dividen en episodios único y recurrente.

**1-Episodio único.** Solo se ha presentado un episodio depresivo mayor. Muchos prospectivos demuestran que esta evolución es la menos frecuente (22-44 %).

**2- Recurrente.** Este curso es el más común y algunos investigadores estiman que se puede presentar hasta en el 80% de los pacientes.

- De acuerdo a la severidad se divide en leve, moderada, severa con y sin características psicóticas.

**1-Leve.** Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.

**2-Moderado.** Síntomas de incapacidad funcional entre leves y graves.



**3-Severo sin síntomas psicóticos.** Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.

**4-Severo con síntomas psicóticos.** Existen ideas delirantes o alucinaciones. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y generalmente son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, o castigo merecido. Las incongruentes son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control delirante, etc.

Estas depresiones psicóticas requieren tratamiento combinado con antipsicóticos y antidepresivos o terapia electroconvulsiva.

- De acuerdo a ciertas características clínicas que son importantes para escoger el antidepresivo, se pueden especificar como melancólicas o atípicas.

**1-Melancólica.** Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, o falta de reactividad a estímulos que son usualmente placenteros, es decir que el ánimo no se mejore ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno. Además presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: una calidad diferente del ánimo (distinto de la tristeza normal), depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retarda psicomotora, anorexia o pérdida de peso significativos y culpa excesiva o inapropiada.

**2-Atipia.** Se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante periodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Deben estar presentes por lo menos dos de los siguientes síntomas: aumento de apetito o peso significativos, hipersomnia, parálisis de plomo es decir sensación de pesantez en los brazos y piernas y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que resulta en menoscabo social u ocupacional. Este produce relaciones tormentosas y dificultada para mantenerla a largo plazo, renunciar al trabajo, evitar relaciones por miedo al rechazo, etc.

La depresión atípica es tres veces más frecuente en mujeres. Según algunos autores estas depresiones responden menos a los antidepresivos tricíclicos y mejor a los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS).

**c) Estacional.** Algunos pacientes tienden a experimentar episodios depresivos en una época específica del año, más comúnmente en el invierno. La terapia con luz parece ser efectiva en este subtipo de depresión.

**d) Postparto.** Los pacientes con tendencia depresiva son más susceptibles de sufrir trastornos del estado de ánimo en el periodo postparto. Se denomina depresión postparto a la que se manifiesta dentro de las 4 semanas siguientes al parto. Se postula que factores endocrinos contribuyen a su aparición. El tratamiento es similar a otros Episodio depresivo mayor(EDM).

**e) Distimia.**

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de 2 años (un año en niños y adolescentes) y no por tener un periodo mayor de dos meses seguidos libres de sintomatología. Durante los periodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, concentración mala y sentimiento de desesperanza. Se puede iniciar en forma insidiosa desde la niñez o la adolescencia y en este caso es más probable que después desarrolle Episodio Depresivo Mayor. También puede aparecer más tardíamente. Según la DSM-IV, las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira; aislamiento social; pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

## **f) Otros trastornos depresivos**

Es una categoría residual que no llena los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor ni de distimia.

**-Trastorno disfórico premenstrual.** En la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior ha presentado depresión, ansiedad y labilidad emocional marcadas. Ocurre durante la última semana de la fase lútea y remite en unos pocos días después del inicio de la menstruación. Los síntomas afectivos y cognoscitivos más frecuentes son la labilidad del humor, la irritabilidad, la ansiedad, el desinterés por las actividades, aumento de la fatiga y las dificultades para la concentración. Los síntomas conductuales a menudo consisten en cambios en los patrones de sueño e ingesta. Las quejas somáticas más frecuentes hacen referencia a dolores de cabeza, retención de líquidos, hipersensibilidad mamaria y edema. En las mujeres afectadas, los síntomas aparecen en la mayoría de los ciclos menstruales (sino en todos), aunque habitualmente remiten antes de que termine la menstruación. Estas pacientes están libres de síntomas al menos una semana de cada ciclo menstrual.

**-Trastorno depresivo menor.** Llena los criterios sintomáticos del Episodio Depresivo Mayor, pero dura menos de dos semanas (generalmente de 3 a 5 días), ocurre mínimo una vez al mes, pero no guarda relación con el ciclo menstrual.

### **2.2.6 Factores de riesgo asociados a la depresión**

Entre los factores que contribuyen a su aumento, según la OMS, están

- a) **Sexo:** Numerosos autores coinciden en señalar una mayor tasa de trastornos depresivos en la mujer. La proporción estimada es de dos casos en la mujer por un caso en el varón.
- b) **Edad:** Existe un amplio acuerdo respecto a una mayor incidencia de sintomatología depresiva en los adultos jóvenes concretamente entre los 18 y 44 años de edad.
- c) **Nivel socioeconómico:** Parece ser que la depresión es más frecuente en personas con un nivel socioeconómico bajo.

- d) **Cambios Mayores en la Vida y Estrés:** Un cambio estresante en la vida puede desencadenar un episodio depresivo. Tales eventos estresantes pueden incluir una pérdida grave, una relación difícil, trauma, o problemas financieros.
- e) **Poco o Nulo Apoyo Social:** Tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo puede incrementar el riesgo de depresión tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se ha encontrado que los índices de depresión son más altos en mujeres que están en casa con niños pequeños, y aquellas personas que se describen a sí mismas como aisladas, en comparación con mujeres que trabajan o que tienen una red social de apoyo.
- f) **Estado civil:** Ser soltero, separado, divorciado o viudo
- g) **Antecedentes psicoafectivos**
- h) **Antecedentes tanto personales como familiares de Depresión**
- i) **Hábitos nocivos:** Tabaquismo, alcohol, consumo de sustancias psicoactivas
- j) **Pérdidas afectivas**
- k) **Presencia de enfermedades crónicas.**<sup>(12)(19)(20)</sup>

### 2.2.7 Diagnostico de la Depresión

Un estudio encontró que los médicos generales solo diagnosticaron correctamente el 36 % de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19 % de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos.

Esto se debe quizás a que la mayoría de las depresiones (70% aprox.) se presentan con síntomas o mascararas orgánicas o psiquiátricas.

Los cuadros con sintomatología predominantemente depresiva son identificados con mayor facilidad, pero en aquellos pacientes que consultan por síntomas somáticos, el profesional movido por una formación básicamente organicista, utiliza su tecnología médica o refiere al paciente a otros especialistas de acuerdo a la sintomatología (internista, cardiólogo, neurólogo, etc.). Sin embargo estos cuadros predominantemente orgánicos, en la mayoría de los casos, presentan los síntomas depresivos (tristeza , decaimiento, debilidad, etc.) y sus acompañantes (anorexia, pérdida de peso, insomnio, perdida de libido, etc.)

Consecuentemente y teniendo en cuenta que del 12 al 25 % de todos los pacientes que acuden al médico sufren únicamente un cuadro depresivo, se hace necesario que este tenga un alto índice de sospecha en todos sus pacientes y especialmente en aquellos cuya sintomatología no tiene características típicas o bien definidas, y en los que la exploración somática es negativa. Antes de ordenar exámenes más costosos o de referirlo al especialista, debe rutinariamente realizar un interrogatorio cuidadoso que confirme o excluya la existencia de los síntomas del síndrome depresivo.

Además, y esto es de vital importancia, se debe explorar y valorar el riesgo suicida del paciente. Para lograrlos hay que preguntarle directamente (cuadro 1) El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo. Se aumenta si hay antecedentes personales de otros intentos, en situaciones de soledad, en el sexo masculino, en mayores de 50 años y cuando hay circunstancias personales agravantes tales como enfermedad física dolorosa o crónica, pérdida de trabajo o muerte de familiar cercano. <sup>(7)</sup>

### **1-IDEAS SUICIDAS**

¿tiene ideas negras en la cabeza?

¿ha pensado que estaría mejor muerto?

¿ha pensado morir?

¿ha pensado en quitarse la vida?

¿ha pensado incluso e algún procedimiento concreto?

### **2.2.8 Escalas de Depresión**

#### **a) Escala de Hamilton**

Es uno de los instrumentos de medida más populares de la psicología clínica para evaluar los síntomas depresivos Creada por Max Hamilton en el año 1960 Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad. es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-

patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento. Es mejor que te la aplique un profesional calificado porque es muy fácil que te pierdas con los conceptos que emplea. En ese sentido, es una prueba muy “poco cotidiana”. consta de 17 items.

**b) Escala de Yesavage**

Escala adaptada específicamente a la población anciana > a 65 años. Es muy importante la valoración previa del posible deterioro cognitivo, ya que este puede invalidarla. Exige muy poco tiempo para su administración, evitando y reduciendo así problemas relacionados con la fatiga y atención que pudiesen surgir en la evaluación de este grupo. Es de gran utilidad como herramienta de apoyo para realizar un diagnóstico precoz. Es breve (tan solo 15 items) y de interpretación muy reducida.

**c) Escala de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, mide la severidad de la depresión. Las preguntas que se formulan en este test son comprensibles y fáciles de entender. Más centrada en los síntomas relacionados con el pensamiento que con la esfera vegetativa, pero es que no podemos olvidar que está construida desde una visión muy psicologista de la depresión.

**d) Escala de Zung**

Fue desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Consta de 20 items, es más sencilla y fácil de aplicar, su lenguaje es más cotidiano. <sup>(1)</sup>

## **2.2.9 Diagnóstico diferencial de la Depresión**

### **Enfermedades metabólicas**

Malnutrición

Deficiencia de vitamina B12

Deficiencia de folato

**Enfermedades neurológicas**

Esclerosis lateral amiotrófica

Trastornos de movimiento

Enfermedad cerebro-vascular

**Neoplasias**

De cualquier tipo

**Otros padecimientos psiquiátricos**

Trastorno bipolar I

Trastorno bipolar II

Trastorno distímico

Trastorno psicótico

Demencia de cualquier tipo(incluida  
la enfermedad de Alzheimer)

Trastorno inducido por abuso o dependencia  
de alcohol y otras sustancias

**Enfermedades endócrinas**

Enfermedad de Cushing

Hiperparatiroidismo

Hipotiroidismo

**Enfermedades autoinmunes**

Polimialgia reumática

Artritis reumatoide

Síndrome de Sjogren

Arteritis temporal

**Infecciones virales**

Hepatitis

Infecciones por VIH <sup>(21)</sup>

### **2.2.10 Tratamiento de la Depresión**

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad.

Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social.

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención. Esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% (80% de mejoría para pacientes con triple manejo y 40% para pacientes sólo con manejo psicofarmacológico además de consultas mensuales)

**1- Intervención psicoterapéutica.** Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual. El usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión.

**2- Intervención psicofarmacológica** . Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones.

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotóxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día; por lo que su uso no se recomienda en el primer nivel de atención y debe reservarse para indicación exclusiva del médico especialista en psiquiatría.

Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día, por lo que existe mayor apego al tratamiento y en el paciente ambulatorio, la combinación de ISRS y terapias psicológicas es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor leve o moderada.



Los ISRS actualmente disponibles incluyen: Sertralina, Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxetina y Citalopra.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa: Corresponden a la primera generación de los antidepresivos. A pesar de ser los primeros antidepresivos en aparecer luego cayeron en desuso, a causa de una supuesta menor eficacia que los antidepresivos tricíclicos, y en parte a sus efectos adversos hepáticos e hipertensivos. Actualmente, están volviendo a ser introducidos en la clínica. Entre ellos están: Tranicilpromina, Fenelzina.

**3- Intervención psicosocial.** Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc., con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales.

#### **-Fase de inicio**

El estándar vigente de eficacia se representa en el tratamiento farmacológico con dosis útiles, considerando las características particulares de cada paciente.

Se cita al paciente cada 14 días para evaluar adherencia terapéutica hasta obtener remisión de síntomas y estabilidad clínica. La intervención se complementa con la intervención psicoterapéutica durante la consulta médica habitual, es decir la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional.

Se debe considerar la incapacidad médica en caso de deterioro significativo de la actividad laboral, ya sea por efecto de la depresión o de los medicamentos.

#### **-Fase de mantenimiento**

Se inicia al obtener remisión de la sintomatología, que en caso de un apego adecuado al tratamiento debe ser de 4 a 6 semanas, antes de pensar en reajustar las dosis de cualquiera de los medicamentos recomendados, mediante el incremento a 40 miligramos en 24 horas

(dosis máxima) o cambiar tratamiento; debe mantenerse la intervención farmacológica con dosis útiles durante un período de 9 a 12 meses con el fin de evitar recaídas, así como también las intervenciones de consejería psicosocial y psicoterapia (con psicólogo) en caso de mejoría parcial.

**-Otros antidepressivos.** La trazodona, viloxacina, venlafaxina, nefazodona y bupropion son igualmente efectivas en el tratamiento de la depresión. El sulpiride, a pesar de ser un antipsicótico, también es útil en algunas depresiones. El amisulpiride parece ser útil en la distimia.<sup>(21)</sup>

### **2.2.11 PRONOSTICO DE LA DEPRESION**

El pronóstico dependerá del tipo de depresión y de las circunstancias concretas de cada paciente. En términos estadísticos, entre el 70 y el 80% de las depresiones ceden tras varias semanas de tratamiento farmacológico. Sin embargo la evolución a largo plazo y las recaídas van a depender del tratamiento de mantenimiento, de la prevención y del tratamiento psicoterapéutico combinado. El tratamiento farmacológico debe mantenerse durante un año para evitar recaídas. Los trastornos endógenos deben seguir un tratamiento preventivo específico con sales de Litio u otras sustancias estabilizadoras del estado de ánimo. Las depresiones condicionadas por personalidades muy vulnerables precisarán de un programa de psicoterapia para evitar continuas recaídas.

Estudios recientes afirman que un 15 por ciento de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez que se han superado los síntomas de la depresión convendrá seguir bajo tratamiento antidepressivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.<sup>(32)</sup>

## ***CAPITULO III***

# ***HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES***

### 3.1 Operacionalización de las variables:

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORIZACION</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
Edad (De acuerdo a los grupos etareos del ministerio de salud)	Años Cumplidos	14-19 años 20-39 40-59 >ó=60	Intervalo
Sexo	Según características morfológicas	Femenino Masculino	Nominal
Nivel de Educación	Nivel educativo alcanzado y culminado	Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior	Nominal
Estado civil	Casado Soltero Conviviente Viudo Divorciado	Si-No Si-No Si-No Si-No Si-No	Nominal
Nivel Socioeconómico	Ficha de evaluación socioeconómica-FESE	A=No pobre B=Pobre no extremo C= Pobre extremo	Ordinal

Síntomas	Animo deprimido (Tristeza,desesperanza, impotencia,inutilidad)	0 1 2 3 4	Ordinal
	Sentimientos de culpa	0 1 2 3 4	Ordinal
	Suicidio	0 1 2 3 4	Ordinal
	Insomnio de conciliación	0 1 2	Ordinal
	Insomnio de medio sueño	0 1 2	Ordinal
	Insomnio tardío	0 1 2	Ordinal
	Trabajo y actividades	0 1 2 3 4	Ordinal

	Retardo	0 1 2 3 4	Ordinal
	Agitación	0 1 2	Ordinal
	Ansiedad psíquica	0 1 2 3 4	Ordinal
	Ansiedad somática	0 1 2 3 4	Ordinal
	Síntomas somáticos GI	0 1 2	Ordinal
	Síntomas somáticos generales	0 1 2	Ordinal
	Síntomas genitales	0 1 2	Ordinal
	Hipocondría	0 1 2 3	Ordinal

		4	
	Pérdida de peso	0 1 2	Ordinal
	Introspección	0 1 2	Ordinal
Antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales	¿Sus papás se encuentran bien de salud?	Si No	Nominal
	¿Cómo es su relación con sus hermanos, y otros familiares?	Buena Mala Regular	Nominal
	¿Cómo se siente usted con sus padres?	Bien Mal	Nominal
	¿Tiene algún problema en su hogar o trabajo?	Si No	Nominal
Magnitud de la Depresión	Escala de Hamilton	Normal Leve Moderado Severo Muy severo	Ordinal

Factores de riesgo	Presencia de enfermedades crónicas	Si No	Nominal
	Antecedentes personales de depresión	Si No	Nominal
	Antecedentes familiares de depresión	Si No	Nominal
	Alcoholismo	Si No	Nominal
	Consumo de sustancias psicoactivas	Si No	Nominal
	Tabaquismo	Si No	Nominal
	Nivel socioeconómico bajo	Si No	Nominal
	Antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales	Si No	Nominal

### 3.2 Hipótesis

Los pacientes que acuden a consultorio externo de medicina presentan manifestaciones clínicas asociadas a depresión



## ***CAPITULO IV***

# ***METODOLOGÍA***

## **4.1 Diseño**

El presente estudio es de diseño observacional, analítico tipo caso control, de corte transversal y Prospectivo.

## **4.2 Ámbito de estudio**

Se desarrolló en el consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, durante un mes desde el día 20 de abril hasta el día 20 de mayo del año 2009.

## **4.3 Población y muestra.**

**4.3.1 Población:** La población estuvo constituida por todos los pacientes que acudieron por consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, del 20 de abril al 20 de mayo del año 2009. siendo un total de 250 pacientes.

**4.3.2 Muestra:** Se obtuvo de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Estuvo conformada por los pacientes con depresión (casos) a los cuales se les hizo apareamiento por conveniencia con pacientes que no tuvieron depresión ( controles), conformando ambos la muestra del presente estudio, con 74 casos y 74 controles.

## **4.4 Criterios de selección**

La selección de casos se hará de acuerdo a:

### **4.4.1 Criterios de Inclusión**

- Paciente que acepte participar
- Todos los pacientes que acuden al consultorio externo de medicina, con consentimiento escrito
- Mostrar una actitud de colaboración
- No tener otro trastorno psiquiátrico

#### **4.4.2 Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que se nieguen a participar
- Pacientes sin consentimiento escrito
- Pacientes que sean derivados de otros consultorios externos
- No mostrar actitud de colaboración
- Otro trastorno mental

**Definición de CASO:** Se considera a los pacientes dentro del grupo de casos a todos los pacientes que según la escala de Hamilton calificaron dentro de los niveles de Depresión durante el periodo de estudio.

**Definición de CONTROL:** Se seleccionó de forma aleatoria simple a los pacientes que no calificaron según la escala de Hamilton dentro de los niveles de Depresión .

#### **4.5. Método e Instrumentos de Recolección de datos:**

En el transcurso del mes se aplicó la encuesta de la escala de Hamilton mediante entrevistas realizadas a los pacientes a los cuales se les dio a conocer el objetivo del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal y por escrito, para la identificación de CASOS (pacientes con depresión) y CONTROLES (pacientes sin depresión), tratando en la medida de lo posible que coincidan con la edad y el sexo, no pudiendo hacerlo en todos los casos. Realizando el apareamiento por conveniencia. Calificándolos posteriormente según los 17 items considerados en la escala de Hamilton. La calificación socioeconómico se realizó utilizando la ficha de evaluación socioeconómica familia-FESE empleada por el ministerio de salud.

Se hizo uso de la estadística descriptiva para las variables cualitativas, nominales con frecuencias y porcentajes.

Para las variables cuantitativas, se hizo uso de las medidas de tendencia central , como media, desviación estándar , valor máximo y valor mínimo.

Se estimó la fuerza de asociación a través de la razón de disparidad (*odds ratio*) calculando sus límites de confianza del 95%, y como prueba de significancia estadística para las asociaciones encontradas se utilizó el Chi cuadrado con su respectivo valor de P.

# ***CAPITULO V***

## ***RESULTADOS***

**TABLA N°1****DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN LOS SINTOMAS**

SINTOMA	GRUPO							
	CASO				CONTROL			
	NO TUVIERON = 0		PRESENTARON = 1,2,3,4		NO TUVIERON = 0		PRESENTARON = 1,2,3,4	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>1-ANIMO DEPRIMIDO</b>	20	27.03	54	72.98	55	74.32	19	25.68
<b>2-SENTIMIENTO DE CULPA</b>	38	51.35	36	48.65	71	95.95	3	4.05
<b>3-SUICIDIO</b>	50	67.67	24	32.43	71	85.95	3	4.05
<b>4-ISOMNIO DE CONCILIACION</b>	40	54.05	34	45.95	62	83.78	12	16.22
<b>5-INSOMNIO DE MEDIO SUEÑO</b>	35	47.30	39	52.7	67	90.54	7	9.46
<b>6-INSOMNIO TARDIO</b>	46	62.16	28	38.14	68	91.89	6	8.11
<b>7-TRABAJO Y ACTIVIDADES</b>	29	39.19	55	58.10	71	95.95	3	4.05
<b>8-RETARDO</b>	52	70.27	22	29.72	68	91.89	6	8.11
<b>9-AGITACION</b>	50	67.57	24	32.43	31	41.89	43	58.10
<b>10-ANSIEDAD PSIQUICA</b>	13	17.57	61	82.43	56	75.68	18	24.32
<b>11-ANSIEDAD SOMATICA</b>	10	13.51	64	86.49	44	59.46	30	40.54
<b>12-SINTOMAS SOMATICOS GASTRO-INTESTINALES</b>	39	52.70	35	47.29	64	86.49	10	13.51
<b>13-SINTOMAS SOMATICOS GENERALES</b>	18	24.32	56	75.68	53	71.62	21	28.38
<b>14-SINTOMAS GENTALES</b>	43	58.11	31	41.86	62	83.78	12	16.22
<b>15-HIPOCONDRIA</b>	11	14.86	63	85.13	42	56.76	32	43.24
<b>16-PERDIDA DE PESO</b>	45	60.81	29	39.19	65	87.84	9	12.16
<b>17-INTROSPECCION</b>	38	51.35	36	48.65	14	18.92	60	81.08

Se observa que los síntomas predominantes fueron la ANSIEDAD SOMÁTICA con el 86,49% en el grupo CASOS y con el 40,54% en el grupo CONTROL, en segundo lugar la HIPOCONDRIA con el 85,13% en el grupo CASOS y en el 43,24% en el grupo CONTROL, le sigue en importancia la ANSIEDAD PSÍQUICA en el 82,43% de casos y en el 24,32% de los controles, y los SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES con el 75,68% de los casos y con el 28,38% de los controles.

**TABLA N°2**

**DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES POR GRUPO ETAREO**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>CASOS</b>		<b>CONTROLES</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>14 - 19 A</b>	<b>6</b>	<b>8.1</b>	<b>8</b>	<b>10.8</b>	<b>14</b>	<b>9.5</b>
<b>20 - 39 A.</b>	<b>33</b>	<b>44.6</b>	<b>43</b>	<b>58.1</b>	<b>76</b>	<b>51.4</b>
<b>40 - 59 A.</b>	<b>27</b>	<b>36.5</b>	<b>23</b>	<b>31.1</b>	<b>50</b>	<b>33.8</b>
<b>60 - +</b>	<b>8</b>	<b>10.8</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>8</b>	<b>5.4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>148</b>	<b>100.00</b>

		<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Varianza</b>
<b>EDAD</b>	<b>casos</b>	<b>148</b>	<b>14</b>	<b>73</b>	<b>39.64</b>	<b>16.044</b>	<b>257.41</b>
	<b>controles</b>		<b>16</b>	<b>59</b>	<b>34.03</b>	<b>11.207</b>	<b>125.41</b>

Se seleccionó un total de 74 casos según criterios de inclusión y 74 controles.

Observando una mayor frecuencia en la población de 20-39 años con 44.6% de casos y 58.1% de controles, siendo este un grupo de etáreo de riesgo, en segundo lugar de importancia encontramos que en el grupo caso, el 36.5 % está representado por el grupo etáreo de 40-59 años y el 31.1% para los controles.

Se encontró que el promedio de edad es de 39 años para los casos, como valor máximo de 73 años y valor mínimo de 14 años (DE=16.044).

Así mismo se encontró que el promedio de edad es de 34 años para los controles como valor máximo de 59 años y valor mínimo de 16 años (DE=11.207). siendo una población heterogénea.

**TABLA N°3**

**DISTRIBUCION DE CASOS Y CONTROLES SEGUN SEXO, GRADO DE INSTRUCCION , ESTADO CIVIL Y NIVEL SOCIOECONOMICO**

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS		GRUPO				Chi2	p valor
		CASO		CONTROL			
		N°	%	N°	%		
SEXO	MASCULINO	26	35.14	32	43.24	1.021	0.312
	FEMENINO	48	64.86	42	56.76		
	TOTAL	74	100.00	74	100.00		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	S/INSTRUCCION	3	4.05	0	0.00	1.434	0.339
	PRIMARIA COMPLETA	4	5.41	0	0.00		
	PRIMARIA INCOMPLETA	10	13.51	3	4.05		
	SECUNDARIA COMPLETA	22	29.73	23	31.08		
	SECUNDARIA INCOMPLETA	12	16.22	11	14.86		
	SUPERIOR	23	31.08	37	50.00		
	TOTAL	74	100.00	74	100.00		
ESTADO CIVIL	CASADO	17	22.97	23	31.08	2.599	0.627
	SOLTERO	35	47.30	27	36.49		
	CONVIVIENTE	16	21.62	16	21.62		
	VIUDO	4	5.41	4	5.41		
	DIVORCIADO	2	2.70	4	5.41		
	TOTAL	74	100.00	74	100.00		
NIVEL SOCIO-ECONOMICO	A	19	25.68	51	68.92	30.017	0.000
	B	49	66.22	23	31.08		
	C	6	8.11	0	0.00		
	TOTAL	74	100.00	74	100.00		



Como se puede inferir de la tabla 4 el 64.86 % del grupo casos son mujeres y el 35.14% son varones. En lo que respecta al grupo control el 56.76% son mujeres y el 43.24 % son varones.

En lo que respecta al grado de instrucción, en ambos grupos podemos observar que la mayoría de pacientes cuentan con un nivel educativo superior. Un 31.08 % en el grupo CASOS y un 50.00 % en el grupo CONTROL.

En cuanto al estado civil, en ambos grupos se observa que la mayoría de los pacientes son solteros. Un 47.30% en el grupo CASOS y un 36.49% en el grupo CONTROL.

En el grupo de casos con el 66.22% son de nivel socioeconómico B=Pobre no extremo, frente a un 31,08% en el grupo control.

Se observa una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ), entre el nivel socioeconómico y los pacientes con depresión. El sexo, grado de instrucción y el estado civil no mostraron asociación alguna.

**TABLA N°4**

**DISTRIBUCION DE CASOS Y COTROLES SEGUN ANTECEDENTES**  
**PSICOAFECTIVOS FAMILIARES Y/O PERSONALES**

ANTECEDENTES PSICO AFECTIVOS, FAMILIARES Y/O PERSONALES		GRUPO				Chi2	p valor	OR	IC
		CASO		CONTROL					
		N°	%	N°	%				
SALUD DE LOS PADRES	BUENA	33	44.59	62	83.78	24.721	0.000	6.41	2.97/13.85
	MALA	41	55.41	12	16.22				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				
RELACION CON HERMANOS/AS	BUENA	46	62.16	43	58.11	0.793	0.673	N/C	N/C
	MALA	5	6.76	8	10.81				
	REGULAR	23	31.08	23	31.08				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				
COMO SE SIENTE CON SUS PADRES	BIEN	46	62.16	61	82.43	7.591	0.006	2.85	1.33/6.11
	MAL	28	37.84	13	17.57				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				
TIENE ALGUN PROBLEMA: HOGAR, TRAB.	SI	29	39.20	14	18.90	7.375	0.007	2.76	1.31/5.82
	NO	45	60.80	60	81.10				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION	SI	38	51.35	40	54.05	0.108	0.742	0.9	0,45/1,80
	NO	36	48.65	34	45.95				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				
ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION	SI	60	81.10	51	68.92	2.919	0.088	1.93	0,85/4,45
	NO	14	18.90	23	31.08				
	TOTAL	74	100.00	74	100.00				

La Tabla N° 4 demuestra que en el 55.41% de casos y en el 16,22% de los controles los padres no se encontraban bien de salud. En ambos grupos se observa que la relación con las hermanas era buena con un 62.16% en el grupo casos y un 58.11% en el grupo control. En segundo lugar con el 31,08% tanto para los casos como para los controles observamos que la relación era regular. En cuanto al cómo se sienten con sus padres la mayoría de pacientes se sentían bien con un 62.16% en los casos y el 82.43% en los controles.

En lo que respecta a problemas en el hogar o trabajo la mayoría de los pacientes en ambos grupos no tenían problemas, 60.81% en los casos y 81.02% en los controles; se observa que en el 51.35% de los casos y en el 54.05% de los controles tuvieron antecedentes familiares de depresión; en el 81.08% para los casos y en el 68.92% para los controles tuvieron antecedentes personales de depresión.

Se observa: el que los padres estén bien o no de salud, el que la relación con sus padres sea buena o mala y el tener algún problema en su hogar o trabajo son variables que muestran una asociación estadísticamente significativa en los pacientes con depresión. ( $p < 0.05$ ).siendo además factores de riesgo para depresión.

**TABLA N°5**

**DETERMINACION DE LOS NIVELES DE DEPRESION**

<b>NIVEL DE DEPRESION</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	
	<b>CASO</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>NORMAL</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
<b>DEPRESION LEVE</b>	<b>27</b>	<b>36.49</b>
<b>DEPRESION MODERADA</b>	<b>26</b>	<b>35.14</b>
<b>DEPRESION SEVERA</b>	<b>11</b>	<b>14.86</b>
<b>DEPRESION MUY SEVERA</b>	<b>10</b>	<b>13.51</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>

Se observa que el nivel de depresión más frecuente fue el leve con 36.49%, seguido por el nivel moderado con 35.14%, con un 14,86% presentaron depresión severa y con el 13,51% depresión muy severa.

**TABLA N°6**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION**

FACTOR DE RIESGO		GRUPO				P VALOR	OR	IC
		CASO		CONTROL				
		N°	%	N°	%			
PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRONICA	SI	31	41.89	11	14.86	0.00001	7.72	3,11/19,57
	NO	43	58.11	63	85.14			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION	SI	60	81.10	51	68.92	0.0087	1.93	0,85/4,45
	NO	14	18.90	23	31.08			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION	SI	38	51.40	40	54.05	0.7419	0.9	0,45/1,80
	NO	36	48.60	34	45.95			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
ALCOHOLISMO	SI	14	18.92	3	4.05	0.0045	5.52	1,39/25,49
	NO	60	81.08	71	95.95			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SI	0	0	0	0	N/C	N/C	N/C
	NO	74	100	74	100			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
TABAQUISMO	SI	4	5.41	4	5.41	0.000	1	0,20/5,00
	NO	70	94.59	70	94.59			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO (B ó C)	SI	54	72.97	24	32.43	0.00001	4.77	2,20/10,42
	NO	20	27.03	50	67.57			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			
ANTECEDENTES PSICOAFECTIVOS FAM/PERSONALES	SI	29	39.19	14	18.92	0.00661	2.76	1,23/6,24
	NO	45	60.81	60	81.08			
	TOTAL	74	100.00	74	100.00			

De las variables utilizadas en el presente estudio se observa que los factores asociados a depresión son : La presencia de enfermedad crónica que representa el 41.89% de casos y 14.86 % de los controles, con un (OR de 7.72), lo que significó ser un factor de riesgo, el p valor encontrado fue  $< 0,05$  lo que nos indica que este factor es estadísticamente significativo. Así mismo se encontró que el alcoholismo representa el 18.92% de casos y 4.05% de controles con un (OR=5.52), que la depresión está asociada al alcoholismo en 7 veces. El factor de riesgo condición socioeconómica baja con un 72,97% de los casos frente a un 32,43% para los controles, también presentó asociación estadísticamente significativa p valor  $< 0,05$ , el OR encontrado fue 4.77. Otro factor de riesgo encontrado fue el tener antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales con el 67,44% para los casos y el 32,56% para los controles(OR =2.76) con un p valor  $< 0,05$ .

## DISCUSION

Los trastornos mentales siguen siendo una de las causas principales de sufrimiento e incapacidad en el mundo. Son uno de los conjuntos de trastornos con más afectados y con mayor impacto socio-económico e incidencia en la calidad de vida de los pacientes.

La depresión sigue siendo cada vez más frecuente incluso va en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

Según la Organización mundial de la salud (OMS), la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo.<sup>(23)</sup>

Sin embargo, la información a nivel nacional es escasa. Por ello la trascendencia del presente trabajo, que tuvo como objetivo principal determinar las características clínicas y epidemiológicas y factores de riesgo asociados a la Depresión.

los resultados de este estudio fueron comparados con estudios realizados en otros países, comparando las diferentes realidades.

En nuestro trabajo observamos una mayor frecuencia de depresión en la población de 20-39 años. Peralta Pedrero realizó un estudio transversal, analítico, prospectivo coincidiendo con nuestro trabajo que las edades más afectadas pertenecían a la población de 20-39 años, considerándose éste un grupo etareo de riesgo, observando que la depresión afecta cada vez más a la población joven, aunque puede iniciarse a cualquier edad, según Kaplan se dice que la edad promedio de iniciación es entre los 20 y los 50 años . lo que se confirma con nuestro estudio. Algunos resultados epidemiológicos recientes sugieren que la frecuencia de la depresión está en aumento entre las personas menores de 20 años.<sup>(10)</sup>

Otro hallazgo encontrado en nuestro estudio fue que el sexo más afectado era el femenino hecho que se confirmo en los estudios realizados por Hidalgo, Emilio, por Peñuela, Martha y Martinez Jesus. Lo que es confirmado por Kaplan en donde afirma que Las mujeres experimentan depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres. Por lo tanto podemos decir que los factores hormonales podrían contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres, particularmente factores como cambios

premenstruales, embarazo, periodo postparto, premenopausia, y menopausia. Stern además afirma que el riesgo de sufrir depresión a lo largo de la vida oscila entre el 7 y el 12% en los varones y entre el 20 y el 25% en las mujeres.<sup>(26)</sup>

En un estudio realizado por Patiño se encontró que la mayoría de los pacientes con depresión contaban con un nivel educativo superior hecho que se confirmó en nuestro estudio.

Con respecto a la influencia del estado civil en esta investigación se encontró que en los solteros la depresión fue más frecuente, dato que se confirmó en un estudio realizado por Peñuela. Esto explica la influencia de los factores psicosociales en la expresión o desarrollo de esta enfermedad. A nuestro entender esto puede relacionarse, con que la falta de un apoyo social cercano, íntimo, influye negativamente en la presencia de la depresión a tal punto, que las rupturas de parejas, así como los conflictos conyugales mantenidos pueden constituir psicotraumas para la aparición de la sintomatología, a veces hasta con un funcionamiento de nivel psicótico.

En nuestro estudio se encontró que los niveles de depresión más afectados fueron entre leve (36.49%) y moderado (35.14%), observando los mismos resultados en un estudio realizado por Alejandro Festerazzi Acosta. Así mismo se observó en un estudio realizado en España en el año 2005 en el que las depresiones leves (52%) y las moderadas (36%) fueron las más frecuentes, y que las depresiones graves, más discapacitantes y difíciles de tratar, afectaban a un 11% de todos los pacientes con depresión, en nuestro medio observamos que las depresiones graves representaron el 14.86% observando porcentajes casi similares en nuestra realidad. Se dice que en España, es el trastorno mental más frecuente.<sup>(23)</sup>

En nuestro trabajo encontramos que los principales factores de riesgo asociados a la depresión fueron La presencia de enfermedad crónica ( $p < 0,05$ ,  $OR = 7.72$ ), el alcoholismo ( $p < 0,05$ ,  $OR = 5.52$ ), condición socioeconómica baja ( $p < 0,05$ ,  $OR = 4.77$ ), antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales ( $p < 0,05$ ,  $OR = 2.76$ ), al igual que lo encontrado por Peralta Pedrero donde halló que los principales factores de riesgo para depresión eran la presencia de enfermedades crónicas ( $OR = 12.49$ ,  $p < 0,05$ ) y la disfunción familiar ( $OR = 2,45$ ,  $p < 0,05$ ). Así mismo un estudio aplicado en la consulta dermatológica por



Peñuela encontró que los factores de riesgo asociados fueron la presencia de enfermedades crónicas (OR=2.92, P=0,0001) y los antecedentes personales y familiares de depresión (OR=1.07, P=0,0000 y OR=3,21, p=0,000 respectivamente), pero que a diferencia de nuestro estudio los antecedentes tanto personales como familiares de depresión no resultaron ser factores de riesgo.

Según Rosados, entre el 10-15% de las depresiones están asociadas a la presencia de alguna enfermedad crónica y que ésta podría ser una respuesta al stress ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no, a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña, y, además, ocupa cualquier posición posible en relación con ella <sup>(24)</sup>.

Según datos estadísticos de la Organización mundial de la Salud, en el año 2006, la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas estaban asociadas con más del 90% de todos los suicidios. <sup>(4)(34)</sup>.

Uno de los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio fue el alcoholismo. Según Dominguez, el consumo de alcohol y la depresión se han convertido en un gran problema de salud pública con una alta incidencia y constante incremento. Las repercusiones de ambos alcanzan a la sociedad en general y representan un riesgo elevado costo para el estado y país, por morbi-mortalidad, debido a problemas de salud, siendo causas importantes de incapacidades, muerte prematura y problemas sociales y psicológicos. <sup>(35)</sup>

Otro factor de riesgo encontrado en nuestro estudio fue el nivel socioeconómico bajo, Según Conesa el pertenecer a un grupo socioeconómico bajo significa un riesgo mayor de depresión. El dinero, por supuesto, permite un mayor acceso a una buena atención sanitaria. <sup>(12)</sup>

Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a los trabajadores de Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre

depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.<sup>(23)</sup>

## CONCLUSIONES

- ❖ Confirmando la hipótesis, sí se encontraron síntomas de depresión. Los síntomas más frecuentes fueron: la ansiedad somática, la ansiedad psíquica y la hipocondría
- ❖ El grupo etáreo más afecto corresponde al grupo de 20 – 39 años; el sexo más afectado fue el femenino con el 64.86 % para el grupo casos y el 56,76% para el grupo control, el nivel educativo fue el nivel superior y el estado civil más frecuente fue el soltero. El nivel socioeconómico más frecuente fue el B con el 66,22% de casos y el 31,08% de controles.
- ❖ Los antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales con significancia estadística fueron: la salud de los padres, la relación con sus padres y algún problema en el hogar o trabajo.
- ❖ Los niveles de Depresión en orden de gravedad fueron leve (36.49%), moderado (35.14%), severo ( 14.86%) y muy severo (13.51%).
- ❖ Los principales factores de riesgo encontrados en nuestro trabajo asociados a depresión fueron: La presencia de enfermedad crónica, el alcoholismo, condición socioeconómica baja, antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales . El tener antecedentes familiares y/o personales de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y el tabaquismo no fueron factores de riesgo para depresión.

## **RECOMENDACIONES**

1-Se recomienda al personal de salud implementar sistemas de vigilancia en grupo etéreos de riesgo para depresión (20-39años) , con diagnostico temprano y tratamiento adecuado de pacientes.

2-Identificar a los pacientes con depresiones severas para realizarles una historia clínica completa, así mismo brindarles el tratamiento adecuado con el fin de evitar las complicaciones.

3-Implementar Test de screening más cortos en otros consultorios externos, para el diagnostico precoz y tratamiento oportuno, ideando un plan apropiado fuera de la consulta médica

4-Capacitar a los médicos generales para el manejo y tratamiento adecuado de las depresiones leves o moderadas, y para la identificación de depresiones severas y muy severas para ser remitidas oportunamente al médico especialista.

## BIBLIOGRAFIA

1-Sanchez Perez.Escalas diagnosticas y de evaluación para depresión y ansiedad.2005.Disponible en:

[http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3\\_2005.pdf](http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL3_2005.pdf)

2-Silva Hernán.Nuevas perspectivas en la etiología de la Depresión.Revista Panamericana de Salud Publica vol.7 n.1 Washington Jan. 2000. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500002&script=sci_arttext)

**3-Cosme Alvarado-Esquivel, MC, Dr en C,Ana Berthina Hernández Alvarado, Psic, Karina Rodríguez Corral, Psic”** La prevalencia de depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos”. Salud pública Méx vol.46 no.3 Cuernavaca May/June 2004.Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000300001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300001)

4-Dr.Ricardo Rosados,¿Tiene usted Depresión? 2009. Disponible en:

<http://www.depresion.psicomag.com/index.php>

**5-Fredy Alonso Patiño V. Doris Cardona A.”**Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005” .Invest. educ. enferm v.25 n.1 Medellín ene./jun. 2007.Disponible en :

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**6- N Pineda, V Bermúdez, C Cano, E Mengual, J Romero, M Medina'E Leal, J Rojas y A Toledo.”**Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con

Diabetes Mellitus tipo 2".Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeutica v.23 n.1 Caracas 2004.Disponible en:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642004000100013&lng=pt&nrm=iso)

7-Hernan Velez, Jorge Restrepo. Fundamentos de Medicina. Tercera edición. Editorial colombia 1998

8-Farreras y Rozman. Medicina interna. Decimoquinta edición.volumen II.editorial GEA.

9- Dorland.Diccionario médico ilustrado.26 edición

10-Harod I. Kaplan,Benjamin J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría.Ciencia de la conducta Psiquiatria clínica. editorial médica Panamericana.octava edición 2003.pag593-656

11-Antonini,Celia.Respuestas a la Depresion 2003.Disponible en:

<http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>

12- Xavier Conesa.Factores de riesgo para Depresión. Disponible en:

<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/factores-riesgo-depresion>

13- Dra. Elisa Urbano Psicóloga, sexóloga y Terapeuta .Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM -IV-TR. Disponible en:

[http://www.psicoarea.org/dsm\\_iv.htm](http://www.psicoarea.org/dsm_iv.htm)

14- Clasificación de trastornos mentales CIE 10.Criterios de la OMS. Décima edición. Capítulo V. Disponible en:

<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>

**15- Hidalgo, Emilio J. - Cendali, Juan M. - Cerutti, Marcelo A. Cuenca, Juan G. D. - Kappaun, Beatriz N.** “Prevalencia de Depresión en estudiantes de 5to año de la facultad de medicina año 2003” Revista. Argentina. neuro-psiquiatr. v.40 n.1.2003. Disponible en:

<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-065.pdf>

**16- Jesús Alfonso Martínez-Mendoza, Verónica Araceli Martínez-Ordaz** “Prevalencia de depresión y factores asociados a la depresión en el adulto mayor” Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28. Disponible en:

[http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev\\_med/pdf/gra\\_art/A91.pdf](http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A91.pdf)

**17- Alejandro Fistorazzi Acosta.** “Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión” Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 184 – Agosto 2008. Disponible en:

[http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2\\_184.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista184/2_184.pdf)

**18- J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer.** Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Editorial Masson. segunda edición 2000. pág. 406-407.

**19- Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez.** “Prevalencia de Depresión y factores asociados a ésta en Colombia entre los años 2000-2001” Rev Panam Salud Publica. 2004;16(6):378–86. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>

**20- Martha Peñuela<sup>1</sup>, Ingrid Baquero** “Factores de riesgo asociados a la depresión en los pacientes de la consulta externa dermatológica del Hospital Universidad del Norte y del Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla (Colombia) en el año 2004” Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 18: 20-29, 2004. Disponible en

[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/18/3\\_factores\\_de\\_riesgo.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/18/3_factores_de_riesgo.pdf)

**21- Amilcar Espinosa-Aguilar, Jorge Caraveo-Anduaga** “Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de Depresión en los adultos mayores”. Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007. Disponible en:

<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3006/sm300669.pdf>

**22- Peralta-Pedrero** “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar.” Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5):409-414. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2006/e-im06-5/em-im065d.htm>

**23-Dr.Huntley.**Depresión.Revista Portal tecnociencia,julio 2005, Disponible en:

<http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/epidemiologia.htm>

**24-Alonzo Fernandez.**Claves de la Depresión.2003, Disponible en

[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_3\\_08/mgi02308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm)

**25-Dr Eduardo Illanes, Dra Evelina Chapman.** Guía clínica, Tratamiento de personas con Depresión,Nº 20, primera edición,2006. Disponible en:

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>

**26-Stern Theodore.Herman John.** Psiquiatría en la consulta de atención. editorial McGraw-Hill. Interamericana. segunda edición 2005.pag111-124

**27- Ceballos Rivera, Jaime Jonathan.** “Prevalencia de Depresión y factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes” Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 38(5):371-379.Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n\\_extAction=lnk&exprSearch=304439&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=304439&indexSearch=ID)



**28-Ferreira Antonia, Ferreira Jair** “La depresión entre estudiantes de enfermería relacionada a la autoestima, a la percepción de su salud y al interés por la salud mental” Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril; 16(2). Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_05.pdf)

**29- Doctora Mendoza-Burgos.** Sobre la Depresión 2008. Disponible en:

<http://psicoloquio.wordpress.com/2008/08/21/sobre-la-depresion/>

**30-Dr. Guillermo Rivera Arroyo,** Panorama de la salud Mental en Bolivia. 2004. Disponible en:

[www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/.../visit.php?cid=2...](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/.../visit.php?cid=2...)

**31- Dr. Pedro Ledesma Neyra.** Trastornos Psiquiátricos y suicidio. 2007. Disponible en:

[http://www.suicidologia.org.ar/files/ecuador/trastornos\\_psiquiatricos\\_y\\_suicidio.pdf](http://www.suicidologia.org.ar/files/ecuador/trastornos_psiquiatricos_y_suicidio.pdf)

**32-Dr. Rosados.** Pronóstico de la Depresión 2008. Disponible en:

[http://www.depresion.psicomag.com/curso\\_c\\_pronostico.php](http://www.depresion.psicomag.com/curso_c_pronostico.php)

**33- Carlos Gomez Restrepo, Adriana Bohorquez** “Determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en la población colombiana” Rev Panam Salud Publica vol. 16 no. 6 Washington Dec. 2007. Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004001200003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001200003)

**34-Dr. Victor Frankl.** Depresión y suicidio: Herencias del mundo 2006. Disponible en:

<http://www.logoforo.com/anm/templates/?a=12>

**35-Dr. Durán Dominguez.** Consumo de alcohol y Depresión 2009. Disponible en:

<http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?investigacion=224>

**36-Amy Scholten.** Factores de riesgo para depresión.2007.Disponible en:

<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkid=122936>

**37-Dr. Baquero.**La depresión.Revista electrónica de psiquiatría.Disponible en:

[http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num4/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num4/art_7.htm)

**38-Araya, Virginia, Madariaga Carlos** “La depresión mayor como nuevo factor de riesgo en la cardiopatía coronaria en chile” Rev Méd Chile 2002; 130: 1249-1256.Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002001100007&script=sci_arttext)

## **ANEXOS**

### **ANEXO N°1**

#### **ENCUESTA DE SALUD**

**-Edad**

**-Sexo**      a)Masculino                      b)Femenino

**-Grado de instrucción :**

    a)Primaria completa                      b)Secundaria completa                      c)Superior

    a)Primaria incompleta                      b)Secundaria incompleta                      d)analfabeta

**-Estado civil:** a)Casado              b)Soltero                      c)Conviviente                      d)Viudo  
e)Divorciado

**-¿Sufre usted de alguna enfermedad ?; Cuáles? Mencionar las 3 más importantes**

**-Hábitos Nocivos**

a)Alcohol                      b)Tabaco                      c)Drogas                      d)Ninguno

**-Antecedentes psicoafectivos familiares y/o personales**

**¿Sus papás se encuentran bien de salud?**

a)Si                      b)No                      porque?

**¿Cómo es su relación con sus hermanos, papas y otros familiares?**

a)Buena                      b)Mala                      c)Regular

**¿Cómo se siente usted con sus padres?**

a)Bien      b)Mal                      porque?

**¿Tiene algún problema en su hogar o trabajo?**

a)Si                      b)No

**¿Algún familiar suyo tuvo depresión alguna vez?**

a)Si                      b)No

**¿Se sintió usted deprimido alguna vez?**

a)Si                      b)No

## SINTOMA

### 1. Animo deprimido(tristeza,desesperanza,impotencia,inutilidad)

- 0 Ausente
- 1 La sensación está presente pero se manifiesta al preguntársele
- 2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea
- 3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.
- 4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente solo en su comunicación espontánea verbal y no verbal.

### 2. Sentimiento de Culpa

- 0 Ausentes
- 1 Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás
- 2 Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos
- 3 La presente enfermedad es un castigo.Delusiones de culpa
- 4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.

### 3. Suicidio

- 0. Ausentes
- 1 Siente que la vida no vale la pena
- 2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible Muerte de si mismo
- 3 Gesto o ideas sui
- 4. Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4)

#### **4. Insomnio de Conciliación**

- 0 No hay dificultad para conciliar el sueño
- 1 Quejas de dificultad ocasional en conciliar el sueño, por ejemplo mas de ½ hora
- 2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el Sueño

#### **5. Insomnio de Medio Sueño**

- 0 No hay dificultad
- 1 El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche
- 2 Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.

#### **6. Insomnio Tardío**

- 0 No hay dificultad
- 1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme
- 2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.

#### **7. Trabajo y Actividades**

- 0 No hay dificultad
- 1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones
- 2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación (siente que tiene que empujarse a si mismo para trabajar o hacer actividades)
- 3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el Hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3

horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento)excluyendo actividades domésticas (desaliño personal)

- 4 Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa en actividades excluyendo las domésticas. El paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencias.

**8. Retardo :** (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de

La capacidad de concentración, actividad motora disminuida)

- 0 Habla y pensamientos normales  
1 Discreto retardo durante la entrevista  
2 Retardo obvio durante la entrevista  
3 Entrevista dificultosa  
4 Estupor completo

**9. Agitación**

- 0 Ninguna  
1 Juega con las manos, cabello, etc.  
2 Se frota, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.

**10. Ansiedad Psíquica**

- 0 No hay dificultad  
1 Tensión subjetiva e irritabilidad  
2 Se preocupa por asuntos menores  
3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla  
4 Temores expresados sin preguntárselo.

**11. Ansiedad Somática :** (componentes fisiológicos de la ansiedad: gastrointestinales - sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; cardiovasculares -

palpitaciones, cefalea; respiratorios-hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria; sudoración)

- 0 Ausentes
- 1 Mediano
- 2 Moderado
- 3 Severo
- 4 Incapacitante.

## **12. Síntomas somáticos gastrointestinales**

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos.  
Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.

## **13. Síntomas Somáticos Generales**

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en los miembros, espalda o cabeza, dolores de espalda,  
Cefalea; dolores musculares o pérdida de energía y fatiga)
- 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2

## **14 Síntomas Genitales : (pérdida de libido, alteraciones Menstruales, no determinado )**

- 0 Ausente
- 1 Moderado
- 2 Severo

## **15 Hipocondría**

- 0 No está presente
- 1 Preocupación por el propio cuerpo
- 2 Preocupación por la salud
- 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc
- 4 Delusiones hipocondríacas

## **16. Pérdida de Peso**

**A** Cuando se evalúa por la historia:

- 0 No hay pérdida de peso
- 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual
- 2 Definitivamente pérdida de peso (de acuerdo con el paciente)

## **17. Introspección**

- 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo
- 1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como:  
Mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso
- 2 Negarse estar enfermo del todo.

**Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:**

**00 – 07 Normal**

**08 – 13 Leve**

**14 - 18 Moderado**

**19 – 22 Severo**

**23 o > Muy severo**



## ANEXO N°2

### CALIFICACION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO SEGÚN LA FICHA DE EVALUACION FESE

<b>CRITERIO</b>	<b>ADECUADO= 0</b>	<b>INADECUADO=1</b>	<b>PUNTAJE</b>
1-Vivienda	Material noble	Material rústico	
2-Procedencia	Zona urbana	Zona rural	
3-Ingresos (salario mínimo vital)	SI/ 510 soles	SI/ <510 soles	
4-Ocupación	Dependiente	Independiente	
5-Estado laboral	Fijo-contratado	Eventual	
6-Carga familiar	Menos de 3 hijos mayores de 18 años	Más de 3 hijos menores de 18 años	
<b>TOTAL</b>			

0-2=

3-4=

5-6

## ANEXO N°3

### CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

Se deja constancia que al momento de la aplicación de la encuesta elaborada para el desarrollo de la tesis titulada : *“Determinar las características clínico – epidemiológicas y factores de riesgo asociados a la depresión de los pacientes que acuden por consultorio externo del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 20 de abril al 20 de mayo en el año 2009”*, he tomado conocimiento de los objetivos de estudio que han motivado la misma y doy señal de conformidad al momento de completar y hacer de conocimiento público la información vertida en el método de recopilación de datos utilizado.

---

FIRMA

**ANEXO N°4**

**SINTOMAS DE LA DEPRESION MEDIANTE LA ESCALA DE HAMILTON COMPLETA**

SINTOMA	ESCALA	GRUPO			
		CASO		CONTROL	
		N°	%	N°	%
<b>1-ANIMO DEPRIMIDO</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>27.03</b>	<b>55</b>	<b>74.32</b>
	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>31.08</b>	<b>19</b>	<b>25.68</b>
	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>35.14</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6.76</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>2-SENTIMIENTO DE CULPA</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>51.35</b>	<b>71</b>	<b>95.95</b>
	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8.11</b>	<b>3</b>	<b>4.05</b>
	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>33.78</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5.41</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1.35</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>3-SUICIDIO</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>67.57</b>	<b>71</b>	<b>95.95</b>
	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6.76</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1.35</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>12.16</b>	<b>3</b>	<b>4.05</b>
	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>12.16</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>4-ISOMNIO DE CONCILIACION</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>54.05</b>	<b>62</b>	<b>83.78</b>
	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>39.19</b>	<b>12</b>	<b>16.22</b>
	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6.76</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>5-INSOMNIO DE MEDIO SUEÑO</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>47.30</b>	<b>67</b>	<b>90.54</b>
	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>44.59</b>	<b>7</b>	<b>9.46</b>
	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8.11</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>6-INSOMNIO TARDIO</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>62.16</b>	<b>68</b>	<b>91.89</b>
	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>17.57</b>	<b>6</b>	<b>8.11</b>
	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>20.27</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>7-TRABAJO Y ACTIVIDADES</b>	<b>0</b>	<b>29</b>	<b>39.19</b>	<b>71</b>	<b>95.95</b>
	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>21.62</b>	<b>2</b>	<b>2.70</b>
	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>21.62</b>	<b>1</b>	<b>1.35</b>
	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>14.86</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2.70</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>8-RETARDO</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>70.27</b>	<b>68</b>	<b>91.89</b>

	1	18	24.32	4	5.41
	2	1	1.35	2	2.70
	3	3	4.05	0	0.00
	4	0	0.00	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>9-AGITACION</b>	0	50	67.57	31	41.89
	1	17	22.97	40	54.05
	2	7	9.46	3	4.05
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>10-ANSIEDAD PSIQUICA</b>	0	13	17.57	56	75.68
	1	15	20.27	16	21.62
	2	14	18.92	1	1.35
	3	11	14.86	1	1.35
	4	21	28.38	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>11-ANSIEDAD SOMATICA</b>	0	10	13.51	44	59.46
	1	25	33.78	26	35.14
	2	21	28.38	2	2.70
	3	13	17.57	2	2.70
	4	5	6.76	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>12-SINTOMAS SOMATICOS GASTRO- INTESTINALES</b>	0	39	52.70	64	86.49
	1	33	44.59	10	13.51
	2	2	2.70	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>13-SINTOMAS SOMATICOS GENERALES</b>	0	18	24.32	53	71.62
	1	56	75.68	21	28.38
	2	0	0.00	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>14-SINTOMAS GENITALES</b>	0	43	58.11	62	83.78
	1	22	29.73	12	16.22
	2	9	12.16	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>15- HIPOCONDRIA</b>	0	11	14.86	42	56.76
	1	9	12.16	18	24.32
	2	27	36.49	14	18.92
	3	18	24.32	0	0.00
	4	9	12.16	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>16-PERDIDA DE PESO</b>	0	45	60.81	65	87.84
	1	14	18.92	8	10.81
	2	15	20.27	1	1.35
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>
<b>17- INTROSPECCION</b>	0	38	51.35	14	18.92
	1	15	20.27	15	20.27
	2	21	28.38	45	60.81
	<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>

## ESCALA DE ZUNG

F1

1. Me siento abatido y melancólico.
2. En la mañana es cuando me siento mejor.
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
5. Como igual que antes.
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.
7. Noto que estoy perdiendo peso.
8. Tengo molestias de estreñimiento.
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.
10. Me canso aunque no haga nada.
11. Tengo la mente tan clara como antes.
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
14. Tengo esperanza en el futuro.
15. Estoy más irritable de lo usual.
16. Me resulta fácil tomar decisiones.
17. Siento que soy útil y necesario.
18. Mi vida tiene bastante interés.
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.

Nunca o muy pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

La mayoría del tiempo

## **ESCALA DE YESAVAGE**

### **Escala de depresión geriátrica de Yesavage**

<b>Pregunta a realizar</b>	<b>Respuesta</b>
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO

¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

## ESCALA DE BECK

### ITEM - 1

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

### ITEM - 2

- No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

### ITEM - 3

- No me considero un fracasado
- 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

### ITEM - 4

- No estoy especialmente insatisfecho
- No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
- Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

### ITEM - 5

- No me siento culpable
- Me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento bastante culpable casi siempre
- Me siento culpable siempre

### ITEM - 6

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

### ITEM - 7

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Me he decepcionado a mí mismo
- Estoy asqueado de mí mismo
- Me odio

### ITEM - 8

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

### ITEM - 9

- No tengo pensamientos de hacerme daño
- Pienso en matarme, pero no lo haría
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad

### ITEM - 10

- No lloro más que de lo habitual
- Ahora lloro más de lo habitual
- Ahora lloro todo el tiempo
- Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera



**ITEM - 11**

- No estoy más irritable de lo normal
- Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
- Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
- Ahora me siento irritado todo el tiempo

**ITEM - 12**

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

**ITEM - 13**

- Tomo decisiones como siempre
- Postergo las decisiones más que de costumbre
- Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- Ya no puedo tomar decisiones

**ITEM - 14**

- No creo que mi aspecto sea peor que antes
- Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
- Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que soy feo

**ITEM - 15**

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

---

**ITEM - 16**

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

**ITEM - 17**

- No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso sin hacer casi nada
- Estoy demasiado cansado para hacer algo

**ITEM - 18**

- Mi apetito no es peor que antes
- Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
- Mi apetito está mucho peor ahora
- Ya no tengo apetito

**ITEM - 19**

- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
- He perdido más de dos kilos y medio
- He perdido más de cinco kilos
- He perdido más de siete kilos y medio

**ITEM 20**

- 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 problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

**ITEM - 21**

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