



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE



ESTUDIOS DE POSGRADO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 80

RICARDO PRADO PRADO.

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO.

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR

**ACTITUD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES FRENTE A LA DEPRESIÓN Y SU
RELACIÓN CON LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DE LA UMF N. 80.**

ASESORA

Dra. Anel Gómez García.

Doctora en Farmacología.

CIBIMI IMSS

CO-ASESOR:

Dr. Rafael Villa Barajas.

Especialista en Medicina Familiar.

COLABORADOR:

Dr. José Luis Equihua Martínez.

Especialista en Medicina Familiar.

Sub- director médico de la U.M.F N.80

CO-ASESOR ESTADÍSTICO:

Matemático. Carlos Gómez Alonso.

CIBIMI, IMSS

MORELIA, MICHOACÁN, MARZO DEL 2014.

Colaboradores.

Dra. Anel Gómez García.

Doctora en Ciencias.

CIBIMI – IMSS.

Carlos Gómez Alonso.

Matemático Analista.

Coordinador Analista “A” CIBIMI – IMSS.

Dr. José Luis Equihua Martínez.

Especialista en Medicina Familiar.

Sub-director médico UMF N.80.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **01/04/2012**

DRA. ANEL GÓMEZ GARCÍA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Actitud de los médicos familiares frente a la depresión y su relación con la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-26

ATENTAMENTE

DR. (A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1602

Imprimir

IMSS

SOLIDARIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN**

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MICHOACÁN.**

**DR. LUIS ESTRADA SALAZÁR.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN.**

**DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD UMF 80.**

**DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA
UMF N.80**

**DR. JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ.
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 80**



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ.
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS.
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80

ASESOR:

Dra. Anel Gómez García.

Doctora en Farmacología.

CIBIMI.

CO-ASESOR:

Dr. Rafael Villa Barajas.

Médico Especialista en Medicina Familiar.

COLABORADOR:

Dr. José Luis Equihua Martínez.

Médico especialista en Medicina Familiar.

Sub- director médico de la U.M.F N.80

CO- ASESOR ESTADÍSTICO:

Carlos Gómez Alonso.

Matemático Analista

Coordinador Analista "A" CIBIMI.

AGRADECIMIENTOS.

Dra. Anel Gómez García.

Doctora en Ciencias.

CIBIMI IMSS.

Carlos Gómez Alonso

Matemático Analista

Coordinador Analista "A" CIBIMI IMSS.

DEDICATORIA

A mis padres, por haberme dado la vida, por el apoyo incondicional día a día, a mis hermanos.

ÍNDICE

CONTENIDO	Página
I. Resumen	2
II. Abstract	3
III. Abreviaturas	4
IV. Glosario	5
V. Relación de tablas y figuras	6
VI. Introducción	7
VII. Antecedentes	9
VIII. Planteamiento del problema	19
IX. Justificación	21
X. Hipótesis	22
XI. Material y métodos	23
XII. Resultados	32
XIII. Discusión	50
XIV. Conclusiones	53
XV. Sugerencias	54
XVI. Referencias	55
XVII. Anexos.	59
Total de páginas.	64

I. RESUMEN

Antecedentes. La depresión es un problema frecuente de consulta en medicina familiar. Los factores psicosociales, como el estrés y la ansiedad tienen un impacto en la salud y provocan incremento en el consumo de medicamentos antidepressivos para el IMSS y al trabajador le impiden llevar una calidad de vida favorable.

Objetivo. Conocer la relación de la actitud que tienen los médicos familiares frente a la depresión y la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80.

Material y métodos. Estudio transversal que se realizó en dos fases: la primera fase se incluyeron los médicos familiares de base del turno matutino y vespertino de la UMF N.80. A cada médico se le aplicó el cuestionario estandarizado Depression Attitudes Questionnaire que está traducido y validado para el idioma español; la segunda fase en la que a los pacientes se les aplicó un cuestionario para evaluar depresión (escala Hamilton) Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Macintosh

Resultados. La actitud de los médicos familiares frente a la depresión fue buena, ya que consideran que es una patología de difícil manejo, y la atención que requieren estos pacientes debe de ser más acuciosa, además de que se considera que la atención para estos pacientes debe de estar conformada por un grupo multidisciplinario en el primer nivel de atención; la frecuencia de esta fue del 28% de un total de 250 pacientes, mas sin embargo esta patología no está siendo correctamente diagnosticada, ni se está asentando el registro de esta en el expediente electrónico, y por lo mismo no se está prescribiendo un tratamiento farmacológico a estos pacientes.

Conclusiones. Los médicos familiares al conocer su actitud en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta misma no fueron muy consecuentes ya que por una parte mencionan que se sienten cómodos al tratar esta enfermedad y posteriormente al hacer el diagnóstico de esta patología no se está haciendo el registro en el expediente electrónico.

Palabras clave. Diagnóstico, médicos familiares, depresión, atención primaria, actitud.

II. ABSTRACT

Background. Depression is a common problem with consultation in family medicine. Psychosocial factors such as stress and anxiety have an impact on health, causing increased consumption of antidepressant medications IMSS workers and prevent you from leading a favorable quality of life.

Objective. Understanding the relationship of the attitude that family doctors have against depression and frequency of depression in patients UMF N. 80.

Material and methods. Cross-sectional study was conducted in two phases: the first phase family physicians base the morning shift and evening UMF N. 80 included. Each doctor will apply the standardized questionnaire Depression Attitudes Questionnaire is translated and validated for the Spanish language, the second phase in which patients were applied a questionnaire to assess depression (scale Hamilton). The data were analyzed in the package statistical SPSS version 20.0 for Macintosh

Results. The attitude of family physicians deal with depression was good, because they believe that is a condition difficult to manage, and care required for these patients must be more diligent, plus it is considered that the care for these patients should be made by a multidisciplinary group at the primary care level, this frequency was 28% of a total of 250 patients, but yet this condition is not being properly diagnosed, and is settling the record of this in the electronic file, and therefore it is not prescribing a drug treatment to these patients.

Conclusions. Family physicians to know their attitude toward diagnosis and treatment of the same were not very consistent as mentioned by some who are comfortable in dealing with this disease and then to make the diagnosis of this disease is not making the record in the electronic file.

Keywords. Diagnosis, family doctors, depression, primary care attitude.

III. ABREVIATURAS

DAQ: Depression Attitudes Questionnaire.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

GPC: Guías de Práctica Clínica.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

U.M.F. 80: Unidad de Medicina Familiar N. 80.

IV. GLOSARIO.

Depresión: La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en la que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), además en mayor o menor grado están presentes síntomas cognitivos volitivo y de tipo somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Médico familiar: Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales

Atención primaria: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socio-económico general de la comunidad.

Diagnóstico: Del griego *diagnostikós*, a su vez del prefijo *día-*, "a través", y *gnosis*, "conocimiento" o "apto para conocer") alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona.

Actitud: Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla I. Naturaleza de la depresión en los médicos de la UMF N. 80.

Tabla II. Preferencias de tratamiento.

Tabla III. Actitud profesional.

Tabla IV. Correlación de reactivos 1 y 2 del apartado naturaleza de la depresión.

Tabla V. Correlación de reactivos 2 y 11 del apartado naturaleza de la depresión.

Tabla VI. Correlación de reactivos 7 y 8 del apartado naturaleza de la depresión.

Tabla VII. Correlación de reactivos 3 y 12 del apartado preferencias de tratamiento.

Tabla VIII. Correlación de reactivos 16 y 20 del apartado preferencias de tratamiento.

Tabla IX. Correlación de reactivos 9 y 13 del apartado actitud profesional.

Tabla X. Correlación de reactivos 9 y 15 del apartado actitud profesional.

Tabla XI. Correlación de reactivos 13 y 15 del apartado actitud profesional.

Tabla XII. Frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N.80.

Tabla XIII. Frecuencia por depresión por género en pacientes de la UMF. N.80.

Tabla XIV. “Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos”

Tabla XV. “Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura”

Tabla XVI. “Es gratificante el tiempo dedicado a los pacientes deprimidos”

VI. INTRODUCCIÓN.

El trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, incrementa la morbi-mortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, incluye a población de todos los grupos de edad, género y condición social, económica y educativa, genera un alto grado de afectación funcional, así como sufrimiento a quien lo padece y personas cercanas.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Se ha propuesto principalmente que para el manejo de esta patología debe ser un equipo multidisciplinario el cual incluye desde tratamiento farmacológico y terapia psicológicas básicamente.

A pesar de que el paciente deprimido forma parte del panorama cotidiano de la consulta del médico de familiar, un tercio o más de los pacientes con depresión no son diagnosticados y dos tercios no reciben tratamiento específico. Por otra parte, existe una preocupación creciente por el sobrediagnóstico de la depresión, por el posible uso excesivo e inadecuado de los antidepresivos y otros psicofármacos y por la medicalización de situaciones de malestar psicológico, muchas veces relacionado con circunstancias vitales adversas, pero que no constituirían condiciones patológicas y en las cuales los beneficios de una etiqueta diagnóstica y de una intervención terapéutica son inciertos.

Múltiples elementos influyen y determinan la conducta clínica de los médicos frente a la depresión. Factores relacionados con la organización del sistema de salud, con el paciente y su enfermedad, y con el propio profesional, como es su formación, su experiencia profesional y personal, sus actitudes y opiniones acerca de la enfermedad mental y de los trastornos depresivos en particular.

En nuestra unidad de medicina familiar número 80 no existen registros sobre la actitud, y la opinión de los médicos familiares frente al tratamiento de la depresión, así como la incidencia de esta enfermedad en pacientes en etapa laboral y que no presentan algún tipo de patología que les condicione la misma, por lo que se pretende realizar el siguiente estudio en el cual se conozca la actitud de los médicos frente a la depresión y la frecuencia de esta en los pacientes que acuden a su consulta.

VII. ANTECEDENTES

Actitud de los médicos familiares frente al paciente con depresión.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes en la atención de primer contacto y que afecta a las personas en su mayoría adultos. La depresión continúa siendo sub-diagnosticada y con un tratamiento no adecuado y es el trastorno mental más común en la vida adulta. Esta afecta 1 de cada 10 personas por lo cual es la patología psiquiátrica de más prevalencia en los adultos el cual afecta a un 5-15% de los adultos que visitan al médico familiar¹.

A pesar de que el paciente deprimido forma parte del panorama cotidiano de la consulta del médico de familia, un tercio o más de los pacientes con depresión no son diagnosticados y dos tercios no reciben tratamiento específico².

Por otra parte, existe una preocupación creciente por el sobre diagnóstico de la depresión, por el posible uso excesivo e inadecuado de los antidepresivos y otros psicofármacos y por la medicalización de situaciones de malestar psicológico, muchas veces relacionado con circunstancias vitales adversas, pero que no constituirían condiciones patológicas y en las cuales los beneficios de una etiqueta diagnóstica y de una intervención terapéutica son inciertos³.

Los médicos con diferentes experiencias en la práctica general de su profesión consideran muy importante, las experiencias que se tienen en la consulta privada. Además los cursos organizados por las compañías farmacéuticas se vieron como una fuente esencial de conocimiento⁴.

El tratamiento de la depresión debe de ser integral tanto por el personal médico de psicólogos y de enfermería, debido a que es muy poca la participación que se tiene de ellas hacia este tipo de pacientes con esta patología⁵.

Los pacientes con problemas médicos crónicos tienen un riesgo mayor de padecer depresión.

Esta co-morbilidad sugiere que los servicios de enfermería son particularmente propensos a no detectar los problemas psicológicos de sus pacientes. Los problemas de salud mental son poco reconocidos y tratados adecuadamente en la atención primaria. En parte, esto puede ser debido a las opiniones de la estigmatización de la enfermedad mental, que influyen negativamente en la búsqueda de ayuda por parte del paciente⁵.

Los médicos de atención primaria difieren significativamente de los psiquiatras en las actitudes, sobre todo en las zonas donde los profesionales tienen la facilidad en el trato con los pacientes con depresión e identificación de la depresión. Los médicos de atención primaria que reportaron el uso de bajas dosis de antidepresivos fueron significativamente más. Los médicos de familia y los psiquiatras difieren significativamente en sus actitudes hacia la depresión⁶.

Tenemos que una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos. Por otro lado, también habrá que tomar en cuenta las diferentes concepciones de la salud y enfermedad que se pueden presentar entre la población general y los médicos encargados de prestar este servicio⁷.

Actualmente la depresión no se considera más una cuestión personal y privada; se ha convertido en un asunto de interés general y en un problema de salud pública, por lo que se basa en el reconocimiento de su prevalencia y del impacto que tiene sobre la sociedad, así como en la disponibilidad de alternativas efectivas para su tratamiento⁸.

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en la que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), además en mayor o menor grado están presentes síntomas cognitivos volitivo y de tipo somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica⁹.

Las actitudes hacia la depresión, la auto-confianza en la evaluación y el tratamiento de pacientes deprimidos, por parte del médico de primer contacto, aunado a las barreras que existen para el cuidado efectivo de los pacientes con depresión en la práctica médica de atención primaria afirma que la práctica clínica actual se dificulta por la falta de conocimientos de los principales síntomas para el diagnóstico de la depresión¹⁰.

El síndrome de depresión mayor es considerado como una enfermedad mental específica que se ha incrementado hasta el punto en el que será el segundo en el ranking de Carga Internacional de Enfermedades para el año 2020. Los beneficios que se derivan de un diagnóstico preciso por parte de los médicos familiares no deben de estar enfocado a un tratamiento estandarizado en todos estos pacientes lo cual no es posible ni deseable ya que cada paciente es único¹⁰.

EPIDEMIOLOGÍA.

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en alguna etapa de su vida. En el año de 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para el sexo masculino y de 9.5% para el sexo femenino. La OMS estima que el aumento de trastornos mentales tendrá un incremento de manera importante en los últimos 20 años. Para el año de 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y será la primera en países del primer mundo.

En México las patologías neuropsiquiátricas ocupan el quinto lugar como enfermedad. Siendo la depresión la primera causa de atención psiquiátrica en México.

Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) ¹¹ aplicada en 2003 nos refiere:

Una de cada 5 personas presenta al menos un trastorno mental en su vida.

13.9% refirió haber padecido alguno de los trastornos mentales durante el año previo a la encuesta, 5.8% en los últimos 30 días.

Los hombres presentan prevalencia más alta para cualquier trastorno mental que las mujeres (30.4% contra 27.1%).

Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para mujeres mientras que los trastornos por uso de sustancias tóxicas son más frecuentes para los hombres¹¹.

En el país de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo de un año previo a la entrevista del 5.8% de las mujeres y el 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia de la depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. Por grupo de edad en las mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años. En los hombres la prevalencia por grupos de edad fue de 1.6 y 5.0% respectivamente¹².

En un estudio que se realizó en 18 centros de atención de salud de 8 organizaciones de salud en 5 estados de la unión americana, durante el periodo de julio de 1999 a agosto de 2001 en el cual participaron 1.801 pacientes de más de 60 años con diagnóstico establecido de depresión mayor (17%), trastorno distímico (30%) o ambos (53%). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a la intervención IMPACT (Improving Mood–Promoting Access to Collaborative Treatment) (n = 906) o la atención habitual (n = 895).

Los pacientes estuvieron un máximo de 12 meses en tratamiento para su depresión.

A los 12 meses, después de haber finalizado el estudio el 45% de los pacientes que participaron en la intervención tenían un 50% o más en la reducción de los síntomas depresivos comparados con el 19% que recibió la atención habitual¹³.

En Bogotá, en el primer nivel de atención, se recolectaron dos grupos de personas que asistían a consulta; para esto anteriormente se había realizado una intervención educativa aplicada a los médicos que atienden estos centros de salud. El 76.5% del grupo A y el 85.3 % del grupo B habían escuchado el término depresión¹⁴.

La depresión fue considerada un problema común en el 71.3% del grupo A y el 75% del grupo B. La mayoría considero que la depresión era curable, el reconocimiento de síntomas típicos de insuficiente en 50.1% del grupo A y 59.7% del grupo B. Los autores del estudio concluyen que existe un conocimiento limitado sobre la depresión en los pacientes de primer nivel y la estigmatización de la enfermedad es alta y la deficiencia en el conocimiento puede llevar a una disminución en el diagnóstico de la enfermedad por parte de los médicos de primer contacto¹⁴.

Por otra parte la dependencia a las benzodiazepinas se presentó como un fenómeno complejo relacionado con la intensidad de los síntomas de depresión y ansiedad. La depresión con síntomas de ansiedad no debería tratarse con benzodiazepinas, ya que, además del riesgo de desarrollar dependencia, éstas pueden efectuar negativamente el desempeño cognoscitivo y el funcionamiento global de los pacientes.

Al momento de prescribir una benzodiazepina a la población de primer contacto se deben tomar en consideración variables socio demográficas y clínicas de los pacientes¹⁵.

En los centros de atención primaria de Bogotá Colombia, se reporta que el conocimiento que tienen los médicos familiares sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión muchas veces son muy vagos por lo que se realizó una intervención educativa para mejorar el conocimiento y manejo de la depresión en médicos de atención primaria en Bogotá, a los cuales se les aplicó una prueba para medir el conocimiento que tenían los médicos sobre los principales síntomas de la depresión, antes del entrenamiento y dos meses después del entrenamiento.

El instrumento que se utilizó fue diseñado por el grupo de investigación, (máxima calificación igual a 50); participaron 48 médicos antes del entrenamiento la calificación obtenida fue de 26.3 ± 6.69 posterior a dos meses de haber realizado el entrenamiento la calificación promedio de los médicos que recibieron este entrenamiento fue de 33.2 ± 5.70 lo cual resultó con una diferencia estadísticamente significativa de $p= 0.003$, estas deficiencias se manejaron con el entrenamiento en el reconocimiento y manejo de la depresión¹⁶.

La depresión ocupa una parte sustancial de la asistencia médica. Pero los médicos generales o de atención primaria disponen de muy poco tiempo y podría serles útil un procedimiento breve, rápido y fiable para evaluar la intensidad sintomatológica y sus cambios¹⁷.

Entre la fisiopatología de la depresión encontramos muchas causas las cuales incluyen:

Factores genéticos: Alteraciones en los cromosomas X, 4, 5, 11,18 y 21, por otra parte se encontró un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT).

Alteraciones de neurotransmisores: Se encuentran niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central.

Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima¹⁸.

El diagnóstico de la depresión se debería de realizar con una fundamentación clínica (criterios del DSM-IV), ya que no existe prueba de laboratorio que proporcione un diagnóstico definitivo. En la depresión existen patrones químicos de metabolitos de catecolamina e indolamina en sangre y en LCR, al igual que variaciones de respuesta, en los ejes hipófisis suprarrenal e hipófisis tiroideo.

Estos no son patognomónicos para la depresión ya que el estrés debido a muchas causas físicas y emocionales también puede alterar la química hormonal y de neurotransmisión¹⁹.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas²⁰.

Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión el PSICACES:

P: Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S: Sueño alterado aumentado o disminuido.

I: Interés reducido pérdida de la capacidad del disfrute.

C: Concentración disminuida.

A: Apetito y peso disminución o aumento de este.

E: Energía disminuida o fatiga.

S: Pensamientos suicidas²¹.

La depresión se asocia con una disminución en el trabajo, incluyendo ausencias, productividad deteriorada, hay una relación estrecha entre la severidad de la depresión y los síntomas de esta y la función del trabajador en su empleo los cual nos sugiere, que aunque los síntomas no sean tan marcados estos están asociados con una pérdida de productividad²².

La concordancia entre los diagnósticos realizados en atención primaria y salud mental es baja. En concreto, destaca la dificultad para identificar adecuadamente los trastornos adaptativos, y se observa una importante tendencia por parte de atención primaria como cuadros ansiosos o afectivos estos trastornos. Los diagnósticos más frecuentes en atención primaria y salud mental fueron los trastornos ansiosos, seguidos de los trastornos afectivos²³.

La principal utilidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC) es que agilizan la toma de decisiones y dan seguridad. Landa y cols²³ realizaron un estudio donde reportan que los médicos de atención primaria no conocían, en el momento del estudio, ninguna GPC para la depresión. Los especialistas en psiquiatría sí las conocían, pero no las utilizaban ya que ellos le dan prioridad a su experiencia²⁴.

Por otra parte, médicos familiares en Liverpool y Manchester Inglaterra realizaron un estudio donde contestaron el cuestionario de actitudes hacia la Depresión (DAQ), en este estudio se pusieron a prueba dos hipótesis: Primera: que las medidas del cuestionario dan confianza a los médicos hacia la identificación de predecir su capacidad para identificar la depresión en sus pacientes, y Segunda: que los médicos que prefieren recetar más antidepresivos son muchos más de los que prefieren la psicoterapia²⁵.

Otro estudio, en Campinas Brasil, que investigó las actitudes, los conocimientos y la autonomía de los médicos de atención primaria para detectar y tratar la depresión encontró que el 42% (78) de los médicos participantes se sentía incapaz de diferenciar en los pacientes la depresión y la tristeza²⁶.

Para conocer las puntuaciones que se le dan al cuestionario DAQ las respuestas de este se anotan en 100 mm en una escala analógica visual entre "muy en desacuerdo" (0 mm) y "muy de acuerdo" (100 mm). En algunos estudios se transforman a 5 o 7 puntos de escala Likert, en cuyo caso estos puntos de anclaje son separados y se convierten en una puntuación en la escala 0-100³¹.

ESCALA DE HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias²⁷.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios²⁸.

Las percepciones y actitudes de médicos familiares y psiquiatras difieren su vinculación con el paciente, expectativas y contexto asistencial. En ambos casos se percibe inadecuación del paciente real respecto de los esquemas prefijados por el profesional. El aumento del problema y su manejo aparecen condicionados por un medio social que no se controla, y por deficiencias crecientes en la colaboración entre niveles asistenciales. La atención al paciente con depresión requiere de enfoques diagnósticos y tratamientos centrados en el paciente y compartidos por médicos familiares y psiquiatras²⁹.

Bell y cols³⁰ mencionan que los tratamientos inadecuados para la depresión que son reportados mediante el uso del expediente electrónico, fueron atendidos por médicos de atención primaria y los autores concluyen que mediante el uso del expediente electrónico como herramienta en la consulta externa se ha logrado proporcionar información la cual esta basada en la evidencia clínica y se han hecho recomendaciones de tratamiento para la depresión a médicos lo que lleva a la mejora en la calidad de la atención así como en la intervención y tratamiento que se le da al paciente que acude por esta patología.

Los pacientes que acuden a centros de atención primaria, con antecedentes de depresión creen que la depresión está fuera del ámbito de atención primaria y es más probable que le indiquen a su médico familiar que están preocupados porque los refieran con un médico psiquiatra³⁰.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS). Por lo que cualquier alteración en uno de estos factores puede condicionar la presencia de enfermedad.

La depresión es un problema de salud frecuente y relevante en Medicina Familiar. En la UMF N. 80 y del IMSS los trastornos de ansiedad y depresión ocuparon el séptimo lugar en frecuencia de consulta (1.99%)³²

Es bien sabido que en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, el tiempo en consulta es muy limitado y que el médico familiar en la mayoría de las ocasiones se limita a no interrogar al paciente sobre los síntomas relacionados con el origen de la depresión.

El Grupo de Investigación Salud Mental en Atención Primaria en España describió las actitudes de los Médicos de atención primaria hacia la depresión y reporta que un 64.3% de los médicos consideran que el manejo de los pacientes deprimidos es duro y el 19.7% consideran que el atender pacientes con depresión no es gratificante por lo que existe una favorable predisposición hacia el manejo de la Depresión en Atención Primaria en España.

Múltiples elementos influyen y determinan la conducta clínica de los médicos familiares, entre los factores relacionados se encuentran la alta demanda de consulta diaria, la problemática de la enfermedad del paciente, así como la formación y experiencia profesional acerca de las enfermedades mentales y los trastornos depresivos en particular.

Hasta el momento en la UMF N° 80 y no se han realizado estudios para evaluar las actitudes y opiniones que tienen los médicos familiares con respecto a los trastornos depresivos de los pacientes que acuden a la consulta de Medicina Familiar, ni se ha relacionado con la frecuencia de depresión que existente en la UMF N° 80.

Por lo anterior la pregunta a investigar es:

¿Cuál es la actitud de los medico familiares frente a la depresión? ¿Y cuál es su frecuencia en la población de acuerdo a la aplicación de la escala de Hamilton en la UMF N. 80?

IX. JUSTIFICACIÓN

En la consulta externa de medicina familiar, la depresión es uno de los 10 primeros motivos de consulta, equivale al 1.99%³² de frecuencia en la consulta. La alta demanda de consulta en medicina familiar es uno de los factores que pueden influir en la actitud y el diagnóstico de los médicos hacia la depresión del paciente.

Es importante que los médicos en el primer nivel de atención identifiquen la naturaleza de la enfermedad para que el paciente reciba una mejor atención de su patología. El investigar con el cuestionario DAQ, las opiniones que tiene el médico familiar acerca de la naturaleza de la depresión, las preferencias del tratamiento farmacológico y no farmacológico hacia los pacientes y su actitud profesional nos permitirá tener un conocimiento en la actitud y opinión del médico de familia frente a la depresión.

La escala de Hamilton es un instrumento que nos permite hacer el diagnóstico de depresión en el paciente ambulatorio. El asociar la actitud y opinión del médico familiar con la depresión utilizando el cuestionario de Hamilton nos orientara hacia un buen manejo de esta patología, el cual se corroborara en el expediente clínico.

En la actualidad se conoce que para el tratamiento para este tipo de enfermedades se debe de contar con el apoyo de un equipo multidisciplinario de personal de enfermería y de psicólogos.

Resulta interesante conocer cuáles son las actitudes y opiniones que tienen los médicos familiares de la UMF N. 80 y su relación con la frecuencia y el diagnóstico de depresión existente.

X. HIPÓTESIS

Los médicos familiares, tienen una actitud y opinión favorable hacia el manejo de la depresión y existe correlación en la detección y el diagnóstico de depresión.

Objetivo general.

Conocer la relación de la actitud que tienen los médicos familiares frente a la depresión y la frecuencia de depresión en pacientes.

Objetivos específicos.

Conocer la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N.80.

Confirmar si los resultados de la escala de Hamilton en pacientes que se realizó diagnóstico de depresión moderada a severa fueron asentados los datos en el expediente clínico.

XI. MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Diseño del estudio: Descriptivo.

Tipo de investigación: Observacional.

Método de observación: Prospectivo.

Temporalidad: Transversal.

Población de estudio:

Personal del turno matutino y vespertino que laboren como médicos de base en la UMF N. 80 del IMSS y pacientes que asisten a consulta de medicina familiar.

Lugar de estudio.

La Unidad de Medicina Familiar N. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Morelia, Michoacán.

Criterios de Selección

4.1 Para los médicos:

4.1.1 Inclusión:

Ser médico de base con la especialidad en medicina familiar de la UMF N. 80 que labore en el turno matutino y/o vespertino y que este asignado a un consultorio.

4.1.2 Eliminación.

Cuestionarios llenados incompletamente por los médicos que participaron en el protocolo.
Médicos que no entregaron el cuestionario.

4.1.3 No Inclusión.

Médicos con contrato 08 en la UMF N. 80.

Médicos generales.

Médicos con especialidad diferente a Medicina Familiar.

Para los pacientes:

4.2.1. Inclusión:

Hombre o mujer.

Con edad entre 30 y 50 años.

Sin diagnóstico previo de depresión.

Sin tratamiento farmacológico con antidepresivos o benzodiazepinas.

4.2.2. Exclusión.

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes que al revisar su expediente clínico tuvieran diagnóstico de depresión o estuvieran con tratamiento farmacológico con antidepresivos o benzodiazepinas.

Con patología crónica degenerativa (entre las más frecuentes DM2, HAS, AR, IRC)

Descripción operativa de las variables:

Para médicos:

Variable	Descripción	Medición
Años de antigüedad del médico familiar.	Número de años que se encuentra trabajando como médico con contrato de base en el Instituto	Años
Actitudes frente a depresión de Médicos Familiares.	Actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente.	Mediante cuestionario DAQ.

Para pacientes:

Variable	Descripción	Medición
Edad.	Años de vida del paciente.	Años
Depresión.	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en la que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), además en mayor o menor grado están presentes síntomas cognitivos volitivo y de tipo somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.	Mediante cuestionario Hamilton

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Dónde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita o número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa la Población Adscrita de pacientes de 30 a 50 años de edad es de $N = 53,717$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 7 % (0.07) en error de muestreo entre entrevistar a los 384 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo. Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{53,717}{1 + 53,717 (0.07)^2}$$

$$n = \frac{53,717}{1 + 53,717 (.0049)}$$

$$n = \frac{53,717}{264.21}$$

$$n = 203.31$$

$$n = 203$$

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

METODOLOGÍA

El estudio se realizará en dos partes: La primera parte se realizará con los médicos.

A cada médico se le informo y solicito su participación para esta investigación y la firma de su consentimiento informado (Anexo 1).

Una vez que acepto su participación en este estudio se le entrego el cuestionario de Actitudes frente a la depresión (DAQ) (Anexo 2) para que lo contesten. No llevara nombre del médico solo se registrara turno y antigüedad. El cuestionario está conformado por 20 reactivos y consta de 3 dominios:

Naturaleza de la depresión 9 reactivos.

Preferencias de tratamiento 8 reactivos.

Actitud profesional 3 reactivos.

El abanico de respuestas del DAQ abarca desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La forma de evaluación de este instrumento es a través de frecuencias (%) y se utilizarán tertiles para la clasificación de actitud buena, regular y mala.

Segunda parte:

Se informó a los pacientes sobre la investigación que estuvieron en la sala de espera de cada consultorio médico y quienes aceptaron se les invito a pasar al aula donde llenaron la escala de Hamilton (Anexo 3):

La escala consta de 17 ítems, cada pregunta tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. Obteniendo las siguientes puntuaciones.

- No deprimido: 0-7.
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Posteriormente se hizo la sumatoria de cada escala de Hamilton para ver si nuestros pacientes presentan algún síntoma de depresión y se consultó en el expediente clínico para ver si el médico familiar asentó algún dato que nos sugiriera que este realizó el interrogatorio para detectar depresión.

Análisis estadístico.

Los datos se presentan en media \pm desviación estándar de las variables continuas, frecuencias y en porcentaje para variables discretas. La validación del instrumento DAQ se realizara mediante el Alfa de Cronbach global y para cada dominio del instrumento, se reconfirmará mediante el método de coeficiente de Spearman Brown.

Para la asociación entre la actitud del médico familiar con la frecuencia de depresión de los pacientes, se realizará la prueba X^2 .

Para el procesamiento de los datos de utilizará el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 20.0 para Macintosh.

Se hablará de diferencia estadística significativa cuando los resultados presenten un valor $P < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá de tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente en los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki sus enmiendas, el Informe de Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común). De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1. Artículo 5.- El bienestar del sujeto debe de ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad. Artículo 6.- El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación Artículo 8.- El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita una especial vigilancia.

Artículo 9.- Las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones. Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. Artículo 16.- en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 20,21 Y 22.- El paciente tiene derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado).

Artículo 23 y 24.- Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor, entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, se categoriza nuestra investigación en Categoría I Investigación sin riesgo ya que es un estudio que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos que participaran en el estudio.

XII. RESULTADOS.

Resultados DAQ (**Depression attitude questionnaire**)

Este instrumento se validó con el Alfa de Cronbach de 0.630 para los 20 ítems, obteniendo.

Estadísticos de fiabilidad.	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,630	20

Y posteriormente se validó por los siguientes instrumentos.

Obteniendo una validación referente a las mitades de Guttman total de: 0.772.

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,404
		N de elementos	10 ^a
	Parte 2	Valor	,366
		N de elementos	10 ^b
	N total de elementos		20
Correlación entre formas			,628
Coefficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,772
	Longitud desigual		,772
Dos mitades de Guttman			,772

La primera tabla agrupa a aquellos ítems que investigan sobre aspectos relacionados con la propia depresión, su naturaleza, su significado clínico. Se ha constatado que una gran proporción de los médicos (95.6%) están de acuerdo (más bien de acuerdo o completamente de acuerdo) en que han visto un aumento en la presencia de pacientes con síntomas depresivos en los últimos años.

Tabla I. Naturaleza de la depresión en los médicos de la UMF N.80 según el cuestionario DAQ.

	Totalmente de acuerdo n(%)	Más bien de acuerdo n(%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	Más bien en desacuerdo n(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)
En los últimos 5 años he visto un incremento en el número de pacientes que presentan síntomas depresivos.	35 (77.8)	8 (17.8)	2 (4.4)	---	---
La mayoría de las depresiones vistas por el médico familiar se deben a adversidades en la vida de los pacientes.	25 (55.6)	19 (42.2)	1 (2.2)	---	---
La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico.	17 (37.8)	16 (35.6)	5 (11.1)	6 (13.3)	1 (2.2)
Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con trastorno depresivo que necesitan tratamiento.	2 (4.4)	15 (33.3)	6 (13.3)	15 (33.3)	7 (15.6)
Es posible distinguir dos grupos principales de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos.	16 (35.6)	19 (42.2)	3 (6.7)	2 (4.4)	5 (11.1)
Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentar a las dificultades de la vida.	15 (33.3)	12 (26.7)	5 (11.1)	7 (15.6)	6 (13.3)
Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida (niñez y adolescencia) que el resto de la gente.	20 (44.4)	10 (22.2)	9 (20.0)	3 (6.7)	3 (6.7)
La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar.	18 (40.0)	10 (22.2)	7 (15.6)	8 (17.8)	2 (4.4)
Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.	6 (13.3)	15 (33.3)	8 (17.8)	9 (20.0)	7 (15.6)

Casi el total de los médicos (97.8%) opinan que la depresión vista en el primer nivel, a menudo se debe a adversidades de la vida. Sin embargo, sólo el (60%) de los médicos opinan que la depresión es el modo con que las personas con poca resistencia responden a las dificultades de la vida y únicamente el (62.2%) opinan que deprimirse es natural en el envejecimiento. La mayoría de los médicos (78.8%) reconocen el carácter biológico en los casos de depresión severa.

El tratamiento de la depresión: únicamente el (26.7%) de los médicos manifiestan su acuerdo a la afirmación de que la mayoría de los trastornos depresivos en el primer nivel, mejoran sin medicación aunque casi un cuarto de los médicos señala la opción de respuesta neutra (ni de acuerdo ni en desacuerdo). El (68.9%) confían en la efectividad de los antidepresivos usados en el primer nivel de atención. Asimismo, la mayoría de los médicos valoran la psicoterapia como una opción terapéutica útil para los pacientes deprimidos (77.8%).

Tabla II. Preferencias de tratamiento en los médicos de la UMF N. 80 según el cuestionario DAQ.

	Totalmente de acuerdo n(%)	Más bien de acuerdo n(%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	Más bien en desacuerdo n(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)
La mayoría de los trastornos depresivos vistos por los médicos familiares mejoran sin medicación.	4 (8.9)	8 (17.8)	8 (17.8)	18 (40.0)	7 (15.6)
Las enfermeras(os) pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.	17 (37.8)	15 (33.3)	8 (17.8)	3 (6.7)	2 (4.4)
Poco o más se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento por parte de los médicos familiares.	10 (22.2)	13 (28.9)	5 (11.1)	12 (26.7)	5 (11.1)
La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.	8 (17.8)	2 (4.4)	8 (17.8)	14 (31.1)	13 (28.9)
Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra, que un médico de atención primaria.	6 (13.3)	8 (17.8)	4 (8.9)	11 (24.4)	16 (35.6)
Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en Atención Primaria.	16 (35.6)	15 (33.3)	11 (24.4)	3 (6.7)	---
La psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista.	6 (13.3)	10 (22.2)	8 (17.8)	18 (40.0)	3 (6.7)
Si la psicoterapia fuera más accesible, sería más beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de los pacientes deprimidos.	21 (46.7)	14 (31.1)	7 (15.6)	3 (6.7)	---

Existe un consenso en el papel de las enfermeras deben de brindar también atención, al paciente que presenta algún grado de depresión (71.1%) y se reconoce el papel de la derivación al psiquiatra cuando no se obtiene un resultado satisfactorio por parte de la atención que le da el médico familiar.

En cuanto a la actitud del profesional: el (62,2%) de los médicos están totalmente de acuerdo y más bien de acuerdo en que el manejo de los pacientes deprimidos es una tarea dura, aunque la mayor parte (66.7%) se sienten cómodos en esta tarea y solamente el (20%) consideran que esta dedicación no es gratificante (opción de respuesta más bien de acuerdo y totalmente de acuerdo).

Tabla III. Actitud profesional en los médicos de la UMF N. 80 según el cuestionario DAQ.

	Totalmente de acuerdo n(%)	Más bien de acuerdo n(%)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo n(%)	Más bien en desacuerdo(%)	Totalmente en desacuerdo n(%)
Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.	16 (35.6)	14 (31.1)	10 (22.2)	3 (6.7)	2 (4.4)
Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	14 (31.1)	14 (31.1)	6 (13.3)	9 (20.0)	2 (4.4)
Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.	15 (33.3)	19 (42.2)	2 (4.4)	5 (11.1)	4 (8.9)

Posteriormente se decidieron analizar aquellos ítems los cuales estaban más relacionados con la guía de práctica clínica, y en las que puede haber alguna discrepancia.

Totalmente de acuerdo 21(46.7%) de los médicos familiares refieren que la depresión ha aumentado en los últimos 5 años al igual que las depresiones vistas por los médicos que están totalmente de acuerdo, lo cual consideran que se deben a adversidades que tienen los pacientes en su labor cotidiana. Además 13(28.9%) están totalmente de acuerdo con la opción de más bien de acuerdo que dichas adversidades se deben a la vida cotidiana de los pacientes.

Tabla IV. Correlación de reactivos 1 y 2 del apartado naturaleza de la depresión.

		En los últimos 5 años he visto un incremento en el número de pacientes que presentan síntomas depresivos			Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
La mayoría de las depresiones vistas por el médico familiar se deben a adversidades en la vida de los pacientes.	Totalmente de acuerdo	21(46,7%)	3(6,7%)	1(2,2%)	25(55,6%)
	Más bien de acuerdo	13(28,9%)	5(11,1%)	1(2,2%)	19(42,2%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)
Total		35(77,8%)	8(17,8%)	2(4,4%)	45(100,0%)

Chi-cuadrado de Pearson=8,996a,gl=8,Sig.,.343

“La mayoría de los pacientes con depresión que son vistos por el médico familiar esta se debe a adversidades de la vida” de los cuales 25(55.6%) están totalmente de acuerdo, además de 19(42.2%) que están más bien de acuerdo y a su vez concuerdan totalmente de acuerdo 5(11.1%) más bien de acuerdo 6(13.3%) que el envejecimiento es un condicionante para que se presente depresión.

Tabla V. Correlación de los reactivos 2 y 11 del apartado naturaleza de la depresión.

		La mayoría de las depresiones vistas por el médico familiar se deben a adversidades en la vida de los pacientes.			Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.	Totalmente de acuerdo	5(11,1%)	1(2,2%)	0(0,0%)	6(13,3%)
	Más bien de acuerdo	9(20,0%)	6(13,3%)	0(0,0%)	15(33,3%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2(4,4%)	5(11,1%)	1(2,2%)	8(17,8%)
	Más bien en desacuerdo	4(8,9%)	5(11,1%)	0(0,0%)	9(20,0%)
	Totalmente en desacuerdo	5(11,1%)	2(4,4%)	0(0,0%)	7(15,6%)
Total		25(55,6%)	19(42,2%)	1(2,2%)	45(100,0%)

a

Chi-cuadrado de Pearson=9,786 ,gl=8 Sig, 280

“Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencia afectivas en épocas tempranas” 20(44.4%) de los cuales totalmente de acuerdo 11(24.4%), más bien de acuerdo 5(11.1%), ni de acuerdo ni en desacuerdo 1(2.2%), más bien en desacuerdo 1(2.2%), totalmente en desacuerdo 2(4.4%), ya que deprimirse es una manera natural que tienen las personas con poco aguante/resistencia totalmente de acuerdo 15(33.3%) 12(26.7%).

Tabla VI. Correlación de los reactivos 7 y 8 del apartado naturaleza de la depresión.

		Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentar a las dificultades de la vida.					Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida (niñez y adolescencia) que el resto de la gente.	Totalmente de acuerdo	11(24,4%)	5(11,1%)	1(2,2%)	1(2,2%)	2(4,4%)	20(44,4%)
	Más bien de acuerdo	3(6,7%)	4(8,9%)	1(2,2%)	2(4,4%)	0(0,0%)	10(22,2%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1(2,2%)	2(4,4%)	3(6,7%)	3(6,7%)	0(0,0%)	9(20,0%)
	Más bien en desacuerdo	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,2%)	2(4,4%)	3(6,7%)
	Totalmente en desacuerdo	0(0,0%)	1(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)	3(6,7%)
Total		15(33,3%)	12(26,7%)	5(11,1%)	7(15,6%)	6(13,3%)	45(100,0%)

a,

Chi-cuadrado de Pearson=33,102 gl=16,Sig,007

Según la opción de respuesta en más bien en desacuerdo, 18(40%) los trastornos depresivos mejoran sin medicación, y por otro lado 8(17.8%) están más bien de acuerdo en esa mejoría sin medicación, las enfermeras pueden ser útiles para proporcionar soporte a los pacientes asociando ambos reactivos 6(13.3%) están totalmente de acuerdo en que las enfermeras si pueden dar un soporte a estos pacientes.

Tabla VII. Correlación de los reactivos 3 y 12 del apartado preferencias de tratamiento.

		La mayoría de los trastornos depresivos vistos por los médicos familiares mejoran sin medicación.					Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Las enfermeras(os) pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.	Totalmente de acuerdo	2(4,4%)	6(13,3%)	1(2,2%)	6(13,3%)	2(4,4%)	17(37,8%)
	Más bien de acuerdo	1(2,2%)	2(4,4%)	3(6,7%)	7(15,6%)	2(4,4%)	15(33,3%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0(0,0%)	0(0,0%)	3(6,7%)	4(8,9%)	1(2,2%)	8(17,8%)
	Más bien en desacuerdo.	1(2,2%)	0(0,0%)	1(2,2%)	1(2,2%)	0(0,0%)	3(6,7%)
	Totalmente en desacuerdo	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)	2(4,4%)
Total		4(8,9%)	8(17,8%)	8(17,8%)	18(40,0%)	7(15,6%)	45(100,0%)

a,

Chi-cuadrado de Pearson=23,650 gl=16,Sig,097

“Si la psicoterapia fuera más accesible sería más beneficiosa que los antidepresivos” totalmente de acuerdo 21(46.7%) y más bien de acuerdo 14(31.1%) pero 14(31.1%) están más bien en desacuerdo y 13(28.9%) están totalmente en desacuerdo que la psicoterapia suele ser ineficaz en pacientes con depresión.

Tabla VIII. Correlación de los reactivos 16 y 20 del apartado preferencias de tratamiento.

		La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.					Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Si la psicoterapia fuera más accesible sería más beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de los pacientes deprimidos.	Totalmente de acuerdo	4(8,9%)	1(2,2%)	2(4,4%)	6(13,3%)	8(17,8%)	21(46,7%)
	Más bien de acuerdo	3(6,7%)	0(0,0%)	4(8,9%)	5(11,1%)	2(4,4%)	14(31,1%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)	2(4,4%)	3(6,7%)	7(15,6%)
	Más bien en desacuerdo	1(2,2%)	1(2,2%)	0(0,0%)	1(2,2%)	0(0,0%)	3(6,7%)
Total		8(17,8%)	2(4,4%)	8(17,8%)	14(31,1%)	13(28,9%)	45(100,0%)

a

Chi-cuadrado de Pearson=14,210 ,gl=12,Sig,288

“Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos” 16(35.6%), de los cuales se redistribuye de la siguiente manera: totalmente de acuerdo 3(6.7%), más bien de acuerdo 3(6.7%), ni de acuerdo ni en desacuerdo 2(4.4%), más bien en desacuerdo 6(13.3%) y totalmente en desacuerdo 2(4.4%). Pero se siente cómodo o más bien de acuerdo 14(31.1%) trabajar con pacientes deprimidos en una tarea dura que se redistribuye en totalmente de acuerdo 5(11.1%) al igual que la opción más bien de acuerdo, un 1(2.2%) en ni en acuerdo ni en desacuerdo, y finalmente 3(6.7%) más bien en desacuerdo.

Tabla IX. Correlación de los reactivos 9 y 13 del apartado actitud profesional.

		Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.					Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	Totalmente de acuerdo	3(6,7%)	5(11,1%)	3(6,7%)	1(2,2%)	2(4,4%)	14(31,1%)
	Más bien de acuerdo	3(6,7%)	5(11,1%)	4(8,9%)	2(4,4%)	0(0,0%)	14(31,1%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2(4,4%)	1(2,2%)	3(6,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(13,3%)
	Más bien en desacuerdo	6(13,3%)	3(6,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	9(20,0%)
	Totalmente en desacuerdo	2(4,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)
Total		16(35,6%)	14(31,1%)	10(22,2%)	3(6,7%)	2(4,4%)	45(100,0%)

a

Chi-cuadrado de Pearson=19,167 ,gl=16,Sig,260

“Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos” de los cuales totalmente de acuerdo 15(33.3%) 19(42.2%) más bien de acuerdo y de estos en los rubros de más bien en desacuerdo 5(11.1%) y totalmente en desacuerdo 4(8.9%) pero el sentirse cómodo tratando a las necesidades de los pacientes deprimidos totalmente de acuerdo 16(35.6%) y más bien de acuerdo 14(31.1%).

Tabla X. Correlación de los reactivos 9 y 15 del apartado actitud profesional.

		Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.					Total
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.	Totalmente de acuerdo	11(24,4%)	1(2,2%)	1(2,2%)	2(4,4%)	0(0,0%)	15(33,3%)
	Más bien de acuerdo	4(8,9%)	8(17,8%)	6(13,3%)	1(2,2%)	0(0,0%)	19(42,2%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)
	Más bien en desacuerdo	0(0,0%)	4(8,9%)	1(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	5(11,1%)
	Totalmente en desacuerdo	1(2,2%)	1(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)	4(8,9%)
Total		16(35,6%)	14(31,1%)	10(22,2%)	3(6,7%)	2(4,4%)	45(100,0%)

a

Chi-cuadrado de Pearson=48,905 ,gl=16,Sig,000

“Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos” 19(42.2%) de los cuales 7(15.6%) totalmente de acuerdo, más bien de acuerdo 7(15.6%), ni de acuerdo ni en desacuerdo 2(4.4%), más bien en desacuerdo 3(6.7%) pero 15(33.3%) de estos médicos está totalmente de acuerdo que el tiempo dedicado es gratificante, pero trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura 14(31.1%) totalmente de acuerdo, más bien de acuerdo 14(31.1%) pero 9(20.0%) está más bien en desacuerdo.

Tabla XI. Correlación de los reactivos 13 y 15 del apartado actitud profesional.

		Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.				Total	
		Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.	Totalmente de acuerdo	4(8,9%)	2(4,4%)	2(4,4%)	5(11,1%)	2(4,4%)	15(33,3%)
	Más bien de acuerdo	7(15,6%)	7(15,6%)	2(4,4%)	3(6,7%)	0(0,0%)	19(42,2%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1(2,2%)	0(0,0%)	1(2,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,4%)
	Más bien en desacuerdo	0(0,0%)	3(6,7%)	1(2,2%)	1(2,2%)	0(0,0%)	5(11,1%)
	Totalmente en desacuerdo	2(4,4%)	2(4,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4(8,9%)
Total		14(31,1%)	14(31,1%)	6(13,3%)	9(20,0%)	2(4,4%)	45(100,0%)

a,

Chi-cuadrado de Pearson=16,217 gl=16,Sig,438

Se aplicó la escala de Hamilton a 250 pacientes de 30 a 50 años, sanos en la cual se observa la frecuencia de depresión en la UMF N. 80. Cabe destacar que 180(72%) no tiene depresión el resto sí.

Tabla XII. Frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No depresión	180	72,0	72,0
Depresión ligera	41	16,4	88,4
Depresión moderada	15	6,0	94,4
Depresión severa	10	4,0	98,4
Depresión muy severa	4	1,6	100,0
Total	250	100,0	

En la tabla XIII se presentan el género de los pacientes 123(49,2%) del sexo femenino y 127(50,8%) del sexo masculino, la prevalencia de depresión 39(15,6%) corresponde al sexo femenino y en cuanto al sexo masculino fue de 31(12,4%).

Tabla XIII. Frecuencia de depresión por género.

		Femenino o masculino.		Total
		Femenino.	Masculino.	
No depresión	Frecuencia	84(33,6%)	96(38,4%)	180(72,0%)
Depresión ligera.	Frecuencia	20(8,0%)	21(8,4%)	41(16,4%)
Depresión moderada.	Frecuencia	10(4,0%)	5(2,0%)	15(6,0%)
Depresión severa	Frecuencia	6(2,4%)	4(1,6%)	10(4,0%)
Depresión muy severa.	Frecuencia	3(1,2%)	1(0,4%)	4(1,6%)
Total	Frecuencia	123(49,2%)	127(50,8%)	250(100,0%)

a

Chi-cuadrado de Pearson=3,828 ,gl=4,Sig,430

“Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos” en cuanto registro a expediente electrónico 1(50.0%) para depresión moderada y 1(50.0%) para depresión muy severa se registra. Pero en cuanto al no registro 17(40.4%) con algún grado de depresión no fue registrado en el expediente electrónico.

Tabla XIV. Me siento cómodo tratando las necesidades de pacientes deprimidos registro en expediente electrónico.

Registro en el expediente electrónico		Grado de depresión					Total	
		No depresión	Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa		
Si	Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.	Más bien de acuerdo			1(50,0%)		1(50.0%)	2(100.0%)
		Total			1(50%)		1(50%)	2(100%)
No	Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.	Totalmente de acuerdo	9(21,4%)	4(9,5%)	1(2,4%)	1(2,4%)	1(2,4%)	16(38,1%)
		Más bien de acuerdo	6(14,3%)	3(7,1%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0,0%)	11(26,2%)
		Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6(14,3%)	2(4,8%)	1(2,4%)	1(2,4%)	0(0,0%)	10(23,8%)
		Más bien en desacuerdo	2(4,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,4%)	0(0,0%)	3(7,1%)
		Totalmente en desacuerdo	2(4,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(4,8%)
Total		25(59,5%)	9(21,4%)	3(7,1%)	4(9,5%)	1(2,4%)	42(100,0%)	

“Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura”, en cuanto a valorar la actitud del médico familiar tenemos que se registró 1(50.0%) para depresión moderada, pero en cuanto al mismo cuestionamiento tenemos en el mismo reactivo en la opción más bien en desacuerdo 3(7.0%) corresponde a depresión ligera, 1(2.3%) a depresión moderada y en la opción totalmente en desacuerdo 1(2.3%) depresión muy severa.

Tabla XV. Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura, registro en expediente electrónico.

Registro en el expediente electrónico			Grado de depresión					Total
			No depresión	Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa	
Si	Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	Más bien de acuerdo			1(50,0%)		0(0,0%)	1(50,0%)
		Más bien en desacuerdo			0(0,0%)		1(50,0%)	1(50,0%)
		Total			1(50,0%)		1(50,0%)	2(100,0%)
No	Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.	Totalmente de acuerdo	6(14,0%)	4(9,3%)	2(4,7%)	2(4,7%)	0(0,0%)	14(32,6%)
		Más bien de acuerdo	8(18,6%)	3(7,0%)	0(0,0%)	1(2,3%)	1(2,3%)	13(30,2%)
		Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6(14,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	6(14,0%)
		Más bien en desacuerdo	4(9,3%)	3(7,0%)	1(2,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(18,6%)
		Totalmente en desacuerdo	1(2,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,3%)	0(0,0%)	2(4,7%)
		Total		25(58,1%)	10(23,3%)	3(7,0%)	4(9,3%)	1(2,3%)

“Es gratificante el tiempo dedicado a los pacientes deprimidos” se registró en expediente electrónico en la opción totalmente de acuerdo, para depresión muy severa 1(50.0%) y más bien en desacuerdo 1(50.0%) para depresión moderada. Pero en cuanto al no registro en expediente electrónico para algún grado depresión, 18(41.9%).

Tabla XVI. Es gratificante el tiempo que se da a pacientes deprimidos, registro en expediente electrónico.

Registro en el expediente electrónico		Grado de depresión					Total
		No depresión	Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa	
Sí.	Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.						
	Totalmente de acuerdo			0(0,0%)		1(50,0%)	1(50,0%)
	Más bien en desacuerdo			1(50,0%)		0(0,0%)	1(50,0%)
Total				1(50,0%)		1(50,0%)	2(100,0%)
No .	Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.						
	Totalmente de acuerdo	8(18,6%)	4(9,3%)	1(2,3%)	1(2,3%)	0(0,0%)	14(32,6%)
	Más bien de acuerdo	12(27,9%)	4(9,3%)	1(2,3%)	1(2,3%)	1(2,3%)	19(44,2%)
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1(2,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,3%)	0(0,0%)	2(4,7%)
	Más bien en desacuerdo	2(4,7%)	0(0,0%)	1(2,3%)	1(2,3%)	0(0,0%)	4(9,3%)
	Totalmente en desacuerdo	2(4,7%)	2(4,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4(9,3%)
Total		25(58,1%)	10(23,3%)	3(7,0%)	4(9,3%)	1(2,3%)	43(100,0%)

XIII. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en la UMF 80 que determina la actitud que tienen los médicos familiares frente a la depresión y el diagnóstico oportuno que hacen de la patología además la frecuencia de ésta en pacientes en etapa productiva de su vida laboral.

El procedimiento usado para la obtención de la muestra a partir de médicos que accedían voluntariamente a colaborar en un proyecto de investigación sobre la depresión puede haber favorecido un sesgo de selección con la participación de médicos más motivados por los temas de salud mental que los no participantes, aun cuando ni la motivación personal ni la formación previa eran requisitos para participar en el estudio.

El cuestionario DAQ es un instrumento que se ha utilizado continuamente en la investigación el cual se ha usado para investigar sobre las actitudes frente a la depresión de médicos y otros profesionales de los servicios de salud, existen algunos inconvenientes respecto a sus características psicométricas, que se han constatado en nuestros resultados.

La consistencia interna es muy buena (con un coeficiente alfa de 630). De hecho, puede objetarse que un sencillo cuestionario auto administrado es una manera probablemente incompleta de evaluar un concepto complejo como es la "actitud". Sin embargo, usar un cuestionario estándar, aun a riesgo de una excesiva simplificación, permite conocer algunos aspectos de las posturas de los médicos frente a la depresión y comparar los resultados con otros publicados previamente.

Los resultados obtenidos señalan una actitud favorable entre los médicos familiares hacia el manejo de la depresión que, en general, se asume como una competencia propia en la que la mayor parte de los médicos se sienten cómodos aun reconociendo que la consulta a los pacientes con esta patología es dura y complicada.

Diferentes estudios en médicos familiares de Reino Unido reportan actitudes similares^{33,34} aunque Botega²⁶ halló que médicos familiares brasileños consideraban que el tratamiento de la depresión debía ser dejado en manos de los psiquiatras, hecho que probablemente refleja la influencia de la organización de los servicios de salud, con una atención en el primer nivel bien establecida y estructurada en el Reino Unido y España, y un sistema de atención a la salud mental basado principalmente en el hospital en Brasil.

Como los médicos británicos³³, en la atención de medicina familiar los cuadros depresivos frecuentemente se explican cómo reacciones a circunstancias vitales desfavorables, si bien evitan estigmatizar y atribuir al paciente deprimido falta de fortaleza, y piensan que muchos casos tienden a la resolución sin medicación.

En concordancia con otros estudios³³⁻²⁶, reconocen que las depresiones más graves tienen una base biológica. Kerr et al⁶, comparando opiniones de médicos de familia y psiquiatras, hallaron que la atribución a una etiología biológica de la depresión grave era más frecuente en psiquiatras mientras que la consideración de las circunstancias vitales era más frecuente en médicos de familia, hecho que probablemente refleja las características diferentes de los pacientes deprimidos atendidos en cada nivel asistencial³⁵.

Respecto al tratamiento, los médicos familiares están de acuerdo en la utilidad de los antidepresivos, actitud que concuerda con la práctica habitual³⁶ y con la existencia de evidencia científica adecuada sobre la utilidad de los antidepresivos en atención de primer nivel³⁷.

También opinan que los abordajes psicoterapéuticos son eficaces, con una opinión dividida sobre la idoneidad en la atención por parte del médico familiar o de psiquiatría como nivel más adecuado donde realizar esta actividad, aun cuando en la práctica asistencial real esta opción terapéutica es poco accesible y escasamente utilizada en atención de primer nivel³⁶⁻³⁸.

Encuentro un consenso casi completo sobre el papel positivo que pueden desarrollar las enfermeras en la atención al paciente con depresión. Esta opinión concuerda con las tendencias que postulan una mejor atención a la depresión con un papel más activo de las enfermeras de primer contacto, de un modo semejante al papel bien establecido que tienen en el cuidado de otras enfermedades crónicas comunes (diabetes, hipertensión, etc.)³⁹⁻⁴⁰.

En cuanto a la aplicación de la escala de Hamilton anteriormente en la UMF N. 80 no se había hecho algún estudio sobre la prevalencia y diagnóstico de depresión en adultos que acuden a consulta de medicina familiar, lo más cercano que se ha realizado es que se aplicó la escala de BECK 34 madres de hijos portadores de dermatitis atópica un predominio de depresión leve de 47.1% y el 5.8% fueron portadoras de depresión moderada y en cuanto respecta a los hijos de estas en el que 16 era mujeres y 18 hombres en el cual 35.3% se encuentra sin depresión y el 64.7% lo encontramos con algún grado depresión grave el 11.8%, moderada el 17.6% y ligera con el 35.3%⁴¹.

Sin embargo las posibilidades de padecer depresión se incrementan al tener alguna patología de base en la que participaron 95 mujeres diabéticas mayores de 25 años derechohabientes de la UMF. N.80 a las cuales se les aplico la escala de BECK para depresión.

Además se les aplico APGAR familiar se encontró que la frecuencia de depresión en estas fue de 65.3% dándose una media en el incremento de esta patología entre los 40 y 49 años de edad y un pico de esta en pacientes con diabetes de entre 11 a 15 años de evolución, en el cual nos sugiere que la alteración en la dinámica familiar es la que ocasiona la depresión⁴².

Encuentro que la depresión se ha incrementado en los últimos años tal y como lo señala la encuesta nacional de psiquiatría que se realizó en el 2003¹¹ y por lo encontrado en nuestro resultados de un total de 250 pacientes tenemos que 70 (28,0%) pacientes presenta algún grado de depresión, y sin depresión tenemos 180 (72.0%) del turno matutino y vespertino. además que esto afecta en el desempeño laboral de nuestros pacientes¹².

XIV. CONCLUSIONES

1. La actitud de los médicos familiares en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta misma no fue muy consecuente ya que por una parte mencionan que se sienten cómodos al tratar y posteriormente hacer el diagnóstico de esta patología más sin embargo al tener a un paciente con algún grado de depresión no hacen el diagnóstico adecuado y no lo asientan en el expediente electrónico. Por lo cual está siendo sub-diagnosticada.
2. De un total de 250 pacientes en la UMF N. 80, la frecuencia de depresión fue de 70 pacientes con un rango de edad que abarca de los 30 a 50 años, presento algún grado de esta patología; que va desde depresión ligera, hasta depresión muy severa de acuerdo a la escala de Hamilton.
3. De acuerdo al diagnóstico de depresión que se hizo mediante la escala de Hamilton el cual incluye depresión moderada, severa a muy severa en estos tres rubros para depresión en moderada con un total de 15 pacientes, de los cuales solo 4 si se registraron en el expediente, 11 no se registraron, en el apartado de depresión severa 1 si se registró en el expediente, 9 no se registró; en cuanto a depresión muy severa 1 se registró con este diagnóstico y 3 no se realizó este informe en el expediente electrónico, pero cabe mencionar que para el apartado de depresión ligera que incluye la escala de Hamilton solo 7 si se registró y 34 no se hizo el registro en el expediente electrónico.

XV. SUGERENCIAS

1. Se sugiere a la coordinación de educación médica en salud de UMF N.80 realizar reforzamiento en la guía de práctica clínica sobre depresión haciendo énfasis en la sintomatología que presenta esta enfermedad en sus etapas tempranas.
2. Encaminar a la creación de un grupo multidisciplinario el cual este conformado por médicos, enfermeras, psicólogo y en el segundo nivel de atención por el médico psiquiatra para la detección oportuna y tratamiento así como una referencia la cual sea rápida en caso de no responder en el primer nivel de atención de los pacientes que presentan esta patología, para darles una atención más adecuada.
3. Motivar al personal de salud para que se dedique un poco más de tiempo a estos pacientes en la consulta externa, y tratar de involucrar más a las enfermeras en la atención a estos pacientes.

XVI. REFERENCIAS

1. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. "Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study" Family Practice Advance Access.2006
2. Aragonés E, Piñol J, López-Cortacans G, Hernández J, Caballero A, Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ), Aten Primaria. 2011; 43(6): 312-318.
3. Gabarron Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M, Prevalence and detection of depressive disorders in primary care, Aten Primaria 2002.15 de april.29 (6): 329-337.
4. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G, General practitioners conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. BMC Fam Pract. 2005; 6:21.
5. Haddad M, Walters P, Tylee A. District nursing staff and depression: a psychometric evaluation of Depression Attitude Questionnaire findings. Int J Nurs Stud. 2007; 44:447-56.
6. Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. Br J Gen Pract. 1995; 45:89-92.
7. Wagner F, González C, Sánchez S, García- C. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental 2012; 35:3-11.
8. Lara-Muñoz M, Robles R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina M, Estudio costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México, Salud Mental, 2010; 33:301-308.
9. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social 2009.
10. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? Perspect Biol Med. 2008; 51:238-50.
11. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003. URL:<http://www.inprf.org.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>. Consultado 14/diciembre/2011.

12. Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño (ENED) 2002-2003. URL:<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/ened2002/ENED.htm>. Consultado 14/diciembre2011 Jurgén U et al, Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting A Randomized Controlled Trial, JAMA, December 11, 2002-Vol. 288, No. 22.
13. Riveros M, Bohórquez A, Gómez-Restrepo A, Okuda M, Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de depresión, Revista Colombiana de psiquiatría, año/vol. XXXV, numero001, Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, Colombia 2006, pp.9-22
14. Minaya O, Ugalde O, Fresán A, Uso inapropiado de fármacos de prescripción: Dependencia a benzodiacepinas en adultos mayores, Salud Mental 2009; 32:405-411.
15. Restrepo C et al, Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXIV/No. 2/2005.
16. Cordero A, Ramos J.A, Gutiérrez L, Zamarro M.L, A. Un procedimiento breve y rápido para medir la intensidad de los síntomas depresivos en atención primaria, Actas Esp Psiquiatría 2011; 39(1):45-8.
17. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión, URL: www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf. Consultado 30/enero/2012.
18. Howard H. Goldman, "Psiquiatría General", editorial manual moderno, 5ª. Edición 2001, Pág. 180.
19. Major Depressive Disorders-Diagnosis and Management. Guideline & Protocols. Canadian 2007.
20. Beck A, Crain L, Solberg L, Unützer J, Glasgow R, Maciosek M, Whiterbird R, Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss, Annals of Family Medicine, VOL. 9, NO. 4 JULY/AUGUST 2011.
21. Rush J, Keller M, Bauer M, Dunner D, Frank E, Klein D, DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Trastornos del estado de ánimo, Edit. Masson 4ta. Edición 1995, Pág. 326.
22. Rollman B, Hanusa BH, Gilbert H, Lowe H, Kapoor W, Schulberg H, The Electronic Medical Record A Randomized Trial of Its Impact on Primary Care Physicians' Initial Management of Major Depression, Arch Intern Med. 2001; 161:189-197

23. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizasoain E, Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental, *Aten Primaria*.2008; 40(6):285-9
24. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predicts their clinical behaviour? *Psycho Med*. 2000; 30:413-9.
25. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): 278-296.
26. Botega NJ, Silveira GM. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 1996; 42:230-237.
27. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003; 120(18): 693-700.
28. Fernández A, Sánchez-Carracedo D, Navarro-Rubio M, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B, Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio, *Aten Primaria*.2010; 42(11): 552-558.
29. Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe De La Herac A, Payo J, Grandes G, Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas, *Aten Primaria*.2009; 41(1): 33-40.
30. Bell R, Franks P, Duberstein P, Epstein R, Feldman M, Fernandez y Garcia E, Kravitz R, Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care, *Ann Fam Med* 2011; 9:439-446. Doi: 10.1370/afm.1277.
31. Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A, Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings, *Family Practice* 2012; 29:121-130.
32. Diagnóstico situacional de la UMF N. 80, 2012, Pág: 52-53, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
33. Botega N, Mann A, Blizard R, Wilkinson G. General Practitioners and depression-first use of the Depression Attitude Questionnaire. *Int J Methods Psychiatry Res*. 1992; 2:169-80.
34. Ross S, Moffat K, McConnachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and attitude: a randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1999; 49:17-21.

35. Schwenk TL, Klinkman MS, Coyne JC. Depression in the family physician's office: what the psychiatrist needs to know: the Michigan Depression Project. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20:94-100.
36. Martín - Agueda B, López-Muñoz F, Rubio G, Guerra JA, Silva A, Alamo C. Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005; 27:305-12.
37. Mulrow CD, Williams Jr JW, Chiquette E, Aguilar C, Hitchcock- Noel P, Lee S, et al. Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients. *Am J Med*. 2000; 108:44—54.
38. Pastor Sirera J. El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Pap Psicol*. 2008; 29:271-90. Accesible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>.
39. Aragonès E, López-Cortacans G, Badía W, Caballero A, Hernández JM, Labad A. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. *Perspect Psychiatry Care*. 2008; 44:248-58.
40. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician, and practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23:138
41. Farías Arguello V. Funcionamiento familiar y depresión en madres e hijos portadores de dermatitis atópica. [Trabajo para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar]. 2013. IMSS UMF N.80. Morelia, México.
42. Valle Cortes E. Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 del sexo femenino. [Trabajo para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar]. 2000. IMSS UMF N.80. Morelia, México.

XVII. ANEXOS

ANEXO 1. Carta de consentimiento informado Para médicos familiares.

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

Morelia, Michoacán a _____ de _____ 2012.

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: **Actitud de los médicos familiares frente a la depresión y su relación con la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80.** Registrado ante el comité Local de investigación Núm. _____.

El objetivo del estudio es evaluar cuáles son las opiniones y actitudes que tienen los médicos familiares de la UMF N.80 frente a la depresión y su relación con la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: que contestaré un cuestionario que consiste en preguntas relacionadas con mi actitud y mi opinión frente a los pacientes que llegan a mi consultorio con depresión.

Declaro que se me ha informado ampliamente ACERCA DE MI PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO. Me han comunicado que no existe ningún riesgo o inconveniente sobre mi persona, ya que no se me identificara mi persona ni mi consultorio. No tengo ningún beneficio a mi persona derivado en la participación en el estudio, sin embargo servirá para conocer las actitudes y las opiniones que tenemos los médicos familiares acerca de la depresión. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los avances de la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación profesional y laboral ante el Instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante.

_____.

Testigos.

_____.

Nombre, firma y matricula del Investigador responsable.

ANEXO 2. Carta de consentimiento informado Para pacientes.

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

Morelia, Michoacán a _____ de _____ 2012.

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado:

Actitud de los médicos familiares frente a la depresión y su relación con la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N.80.

Registrado ante el comité Local de investigación Núm. _____

El objetivo del estudio es evaluar cuáles son las opiniones y actitudes que tienen los médicos familiares de la UMF. N.80 frente a la depresión y su relación con la frecuencia de depresión en pacientes de la UMF N. 80. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: que contestare un cuestionario que consiste en preguntas relacionadas con mi estado de ánimo (ansiedad y depresión).

Declaro que se me ha informado ampliamente ACERCA DE MI PARTICIPACION EN ESTE ESTUDIO. Me han comunicado que no existe ningún riesgo o inconveniente sobre mi persona, ya que no se identificara mi persona. El beneficio derivado en la participación en el estudio será que reconoceré si tengo ansiedad y depresión y el investigador responsable me canalizara con mi médico familiar con dicho diagnóstico para que mi médico familiar en caso de requerir tratamiento farmacológico me lo prescriba.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre los avances de la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mis prestaciones ante el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante.

Testigos.

Nombre, firma y matricula del Investigador responsable.

ANEXO 3.

Depression attitude questionnaire

Este cuestionario fue diseñado para medir el manejo y la actitud de la depresión por parte de los médicos familiares.

Depression attitude questionnaire. (DAQ), seleccione la opción que crea usted conveniente.

Años de antigüedad:	Turno laboral:
En los últimos 5 años he visto un incremento en el número de pacientes que presentan síntomas depresivos.	Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos.
La mayoría de las depresiones vistas por el médico familiar se deben a adversidades en la vida de los pacientes.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar.
La mayoría de los trastornos depresivos vistos por los médicos familiares mejoran sin medicación.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Deprimirse es algo natural en el envejecimiento.
La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Las enfermeras(os) pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos.
Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con trastorno depresivo que necesitan tratamiento.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura.
Es posible distinguir dos grupos principales de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Poco o más se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento por parte de los médicos familiares.
Deprimirse es una manera que tienen las personas con poca aguante/resistencia para enfrentar a las dificultades de la vida.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.	Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos.
Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida (niñez y adolescencia) que el resto de la gente.	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos.
	Totalmente de acuerdo. Más bien de acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. Más bien en desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.

Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra, que un médico de atención primaria.

Totalmente de acuerdo.
Más bien de acuerdo.
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Más bien en desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

Totalmente de acuerdo.
Más bien de acuerdo.
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Más bien en desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en Atención Primaria.

Totalmente de acuerdo.
Más bien de acuerdo.
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Más bien en desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

Si la psicoterapia fuera más accesible, sería más beneficiosa para la mayoría de los pacientes deprimidos.

Totalmente de acuerdo.
Más bien de acuerdo.
Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
Más bien en desacuerdo.
Totalmente en desacuerdo.

Anexo 3. Para Pacientes.

Cuestionario escala de Hamilton.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	disminuida)
0. Ausente	0. Palabra y pensamiento normales
1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado	1. Ligero retraso en el diálogo
2. Estas sensaciones las relatan espontáneamente	2. Evidente retraso en el diálogo
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto	3. Dificultad para expresarse
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	4. Incapacidad para expresarse
2. Sensación de culpabilidad	9. Agitación
0. Ausente	0. Ninguna
1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1. "Juega" con sus manos, cabellos, dedos
2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos
3. Siente que la enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	10. Ansiedad psíquica
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0. No hay dificultad
3. Suicidio	1. Tensión subjetiva e irritabilidad
0. Ausente	2. Preocupación por las pequeñas cosas
1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	4. Expresa sus temores sin que le pregunten
3. Ideas de suicidio o amenazas	11. Ansiedad somática. Signos físicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos), cardiovasculares (palpitaciones, cefalea), respiratorios (hiperventilación, suspiros), aumento de frecuencia urinaria y sudoración
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0. Ausente
4. Insomnio precoz	1. Ligera
0. No tiene dificultad	2. Moderada
1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño	3. Severa
2. Dificultad para dormir cada noche	4. Incapacitante
5. Insomnio intermedio	12. Síntomas somáticos gastrointestinales
0. No hay dificultad	0. Ninguno
1. El paciente se queja de estar desvelado e inquieto durante la noche	1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez de abdomen
2. Está despierto durante la noche (cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica 2, excepto por motivos de evacuar)	2. Dificultad de comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
6. Insomnio tardío	13. Síntomas somáticos generales
0. No hay dificultad	0. Ninguno
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgia. Cefalea. Algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2. Cualquier síntoma bien definido
7. Trabajo y actividades	14. Síntomas genitales, como pérdida de la libido o trastornos menstruales
0. No hay dificultad	0. Ausente
1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1. Débil
2. Pérdida de interés en su actividad, disminución en la atención, indecisión y vacilación	2. Grave
3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad	15. Hipocondría
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	0. No la hay
8. Inhibición psicomotora (lentitud del pensamiento y de la palabra, facultad de concentración disminuida; actividad motora	1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
	2. Preocupado por su salud
	3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda
	4. Ideas delirantes hipocondríacas
	16. Pérdida de peso (completar A o B)
	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)
	0. No hay pérdida de peso
	1. Probable pérdida de peso asociado con la enfermedad actual
	2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
	B. Según pesaje en valoraciones siguientes
	0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
	1. Pérdida de más de 500 g en una semana

2. Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Conciencia de sí mismo

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo

1. Se da cuenta de su enfermedad, pero lo atribuye a una mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, falta de descanso, etc.

2. Niega que esté enfermo