



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con  
depresión, Huánuco, 2008"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

**AUTOR**

Carmen Julissa CAYO MEDINA

**ASESOR**

Andrés Martín GUTIÉRREZ TORRES

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Cayo C. Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con depresión, Huánuco, 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

## **“Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con depresión, Huánuco, 2008”**

### **I.- RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con depresión.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional descriptivo prospectivo en que se evaluaron 100 historias clínicas, entre el año 2008 y 2009, pertenecientes a pacientes con diagnóstico de depresión, atendidos en el departamento de Huánuco. Se elaboró una base de datos, para luego ser analizados descriptivamente según frecuencias y proporciones; asimismo expuestos estadísticamente, según el Programa SPSS.12 en español.

**Resultados:** El 47% tiene entre 31 y 50 años de edad, 52% solteras y 25% convivientes. El 30% con primaria incompleta. El 60% tiene religión católica. El 87% tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 80 meses. El 64% proviene de familia disfuncional. El 94% niega consumo de sustancias psicoactivas. El 22% tiene también trastorno de ansiedad. El 32% refiere culpa, mientras que el 86% niega haber intentado suicidarse. Es significativamente estadístico la relación entre tiempo de enfermedad con la familia disfuncional y la presencia de pensamiento depresivo.

**Conclusiones:** La mitad del grupo de pacientes con depresión son mujeres de 31 a 50 años, solteras, con primaria incompleta y católicas. Tienen un tiempo de enfermedad de hasta 80 meses, provenientes de familia disfuncional. No consumen drogas en su mayoría. Presentan comorbilidad ansiosa y pensamientos de culpa y minusvalía. Niegan haber intentado suicidarse. No hay relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias. No se halló asociación significativa entre el género y la presencia de pensamiento depresivo. No se halló asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y comorbilidad. A más tiempo de enfermedad más probabilidad que provenga de familia disfuncional y elabore un pensamiento depresivo.

**Palabras Clave:** perfil social, demografía, clínica, psicopatología, depresión, paciente.

# INDICE

<b>I.- RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>II.- INTRODUCCION.....</b>	<b>4</b>
<b>III.- MARCO TEORICO.....</b>	<b>5</b>
<b>IV.- MATERIALES Y METODOS.....</b>	<b>14</b>
<b>V.- RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>VI.- DISCUSION.....</b>	<b>29</b>
<b>VII.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>VIII.- RECOMENDACIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>X.- ANEXOS .....</b>	<b>39</b>

## **II. INTRODUCCIÓN:**

Independientemente al género, edad o religión, las personas se ven inmersas en conflictos y situaciones estresantes a lo largo de su vida, siendo la personalidad e inteligencia factores determinantes para abordar con éxito dichas situaciones. Se aprecia que aún con estos recursos, existen hombres y mujeres que empiezan a tener un ánimo triste, falta de voluntad en sus labores, disminución de apetito o alteraciones en el sueño, llegando a tener incluso ideas de autoeliminación.

Dichas personas llegan con frecuencia a los centros de salud y hospitales especializados, después de tener largo tiempo con estos problemas. Es así que los médicos especialistas en Psiquiatría atienden diariamente a los pacientes que presentan este síndrome depresivo, para tratarlo y puedan volver a insertarse en su vida social, familiar, sentimental y académica, para beneficio de la sociedad.

El conocimiento de los trastornos depresivos es limitado a pesar de su alta incidencia en todo el mundo; por lo tanto hay necesidad de conocer las características propias de esta patología, tanto en la población general como en grupos específicos, con el fin de realizar prevención en salud mental e intervenciones terapéuticas.

El presente trabajo se hizo con la finalidad de describir las características de los pacientes depresivos, para lo cual asumí la elaboración de un marco teórico, la elaboración de objetivos, la delimitación de variables y la presentación de datos en frecuencias y proporciones. La presentación de resultados se hizo con gráficos y tablas distribuidas en frecuencias y proporciones.

## CAPITULO III: MARCO TEÓRICO

Sólo existe en el país, un estudio de depresión en la sierra peruana, hecho en Ayacucho por el Instituto Nacional de Salud Mental (Saavedra, 2003), en donde detalla que las personas de la sierra peruana manifiestan hasta en un 25%, síntomas depresivos. Es poco usual encontrar investigaciones en depresión, realizadas fuera de Lima, por lo que esta investigación tendrá impacto descriptivo científico.

En este marco, el Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Salud Mental hace referencias generales a investigaciones en población joven y adulta de varios distritos de Lima, arrojando estadísticas alarmantes: 20% de la población tiene síntomas depresivos, lo cual coincide con las estadísticas de varios autores a nivel internacional <sup>(1, 2)</sup>

La depresión es un trastorno complejo. Es un síndrome con diferentes síntomas, causado por circunstancias que afectan al sujeto, tanto por el grado de sufrimiento psíquico que lo promueve como por sus secuelas personales y sociales. El término depresión ha sido erróneamente usado para describir en forma indistinta, tanto la tristeza como las situaciones no placenteras. Se define la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento general del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social.

Es el motivo de consulta para especialistas y no especialistas médicos, presentándose como alteraciones poco definidos o somáticos. Un porcentaje muy alto (70%) no sabe que lo padece, consultando por cansancio, tristeza, etc. <sup>(3)</sup>. Sus formas clínicas pueden ir desde leve e indetectable hasta grave o psicótica, pudiendo padecer el paciente, varias formas clínicas en el curso de su vida.

Estadísticamente la población general presenta una prevalencia de 3 a 6%, siendo a posibilidad de enfermarse de 20%; es decir, de cada cinco personas, una

enfermará de depresión. De éstas, el 70% de casos tendrá más de un episodio en su vida <sup>(4)</sup>. El riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado que en aquellos que no tienen antecedentes familiares y en aquellos con una historia familiar de problemas afectivos o alcoholismo, historia de eventos traumáticos tempranos o abuso infantil.

Los pacientes deprimidos se tornan vulnerables a las enfermedades, dolor y decrece su desempeño físico, individual y social. En cuanto al estado civil, entre los divorciados se encuentran tasas más altas, mientras que en los casados se hallan las tasas más bajas. Las mujeres casadas presentan las tasas más altas <sup>(5)</sup>.

Evolutivamente se consideró que la depresión era episódica y recurrente, pero actualmente hay tendencia a la cronicidad. Cada episodio incrementa este riesgo y no existen elementos que predigan que el próximo episodio responderá de la misma manera que el actual a la terapéutica, mientras el 10% de pacientes quedan con síntomas residuales después de cada episodio.

La depresión no suele venir sola, viene con otros trastornos; como la ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de sueño. Estos son los pacientes más afectados en el desempeño social laboral. Es causa importante de mortalidad ya que ellos presentan un riesgo de hasta 30 veces más que la población general de un acto de suicidio, mientras que el 15% de internados por depresión, se suicidan <sup>(6)</sup>.

También pueden empeorar por enfermedades neurodegenerativas o trastornos cardiovasculares, Diabetes Mellitus, etc. Más del 45% de pacientes con infarto de miocardio padece depresión, siendo hasta el 22% de pacientes con enfermedad coronaria portadora de depresión.

Respecto al género, la depresión es usual en las mujeres ya que suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres <sup>(4)</sup> y se encuentran más expuestas durante épocas vulnerables, como la adolescencia, puerperio o embarazo. Existe



relación significativa entre depresión y asertividad en las mujeres solteras analfabetas mayores de 35 años de edad, que son atendidas en Chepén <sup>( 7 )</sup>.

**HISTORIA:** Etimológicamente, depresión viene del latín depressio: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia, que le impide vivir con plenitud.

La primera descripción clínica la hizo Hipócrates, quien acuñó el término melancolía, por considerar el exceso de bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. A partir de ésta, las teorías han variado en función de la época.

La fuente más importante sobre la incidencia de los desórdenes depresivos entre los Incas es Poma de Ayala, quien ofrece indicadores de que los desórdenes depresivos eran comunes en la familia de los gobernantes Incas. El cuarto de estos últimos, Mayta Cápac, es descrito como un hombre que no sólo tenía una fea apariencia y que era susceptible al frío, sino también como un hombre melancólico y de pocas luces <sup>( 8 )</sup>.

En el siglo II, Areteo de Capadocia menciona a los factores psicológicos, la manía y las relaciones interpersonales como causales de depresión. Ya en la Edad Media la etiología fue atribuida a posesión demoniaca, al castigo divino o influencia de los astros. Paracelso afirma que las enfermedades mentales tienen un origen natural y que no son causadas por espíritus. Lo hereditario y temperamental fue tomado en cuenta por Robert Burton en 1621, mientras que Kraepelin en 1880, establece un sistema nosográfico hablando de las psicosis maniaco depresivas. Ya a finales del siglo XIX y comienzos del XX, Sigmund Freud plantea hipótesis psicodinámicas como causales, al hablar de una reactualización de una traumática pérdida objetual temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores.

**MODELO NEUROBIOLOGICO:** En la década de 1960 Schildkraut enuncia la hipótesis dopaminérgica, en que la depresión era causada por una disminución de neurotransmisores cerebrales llamados noradrenalina y serotonina <sup>( 9 )</sup>. Esta

hipótesis tuvo auge y fue la base para el uso de fármacos antidepresivos. Los resultados fueron buenos pero sólo cerca de 70% de pacientes mejoraban. Investigaciones posteriores mostraron la insuficiencia de esta hipótesis. Modelos actuales como a diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky, integran factores ambientales, genéticos, y constitucionales, eventos adversos tempranos, actuales y las repercusiones a nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema CRF (Factor Liberador de Corticotrofina) y Noradrenérgico hiperactivo que responde de manera exagerada al estrés y torna vulnerable a los sujetos hacia los trastornos de ansiedad y depresión.

**CLINICA Y FORMAS DE COMIENZO:** Los síntomas que inician la depresión puede ser las mismas, aunque menos intensos, que luego serán los propios del periodo de estado. Un síntoma cardinal es la perturbación del sueño, con insomnio, despertar temprano, sueño no reparador. Continúa una tendencia a no salir del hogar, experimentado dificultad para el placer. Está abatido y no encuentra explicación a dicho estado. En casos severos se nota desrealización o despersonalización.

Las alteraciones de apetito como hiporexia o anorexia, junto a la disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, hiporgasmia se van haciendo manifiestas. La irritabilidad puede presentarse junto a vivencias paranoides. También existen manifestaciones psicosomáticas, principalmente digestivas o dolorosas en cualquier parte del organismo, las cuales se presentan como inexplicables y que no mejoran con tratamiento.

**PRESENTACION:** El rostro del paciente deprimido denota hipomimia <sup>(10)</sup> y pobreza gestual. Demarcación profunda de los surcos nasogenianos. A veces hay llanto. La postura y presencia son negligentes, indiferentes, evidenciando desgano y falta de iniciativa. Semblante pálido, mirada hacia abajo, ensimismado, hombros caídos, desaliño, desaseo. Discurso lento desvitalizado con frases cortas e intervalos prolongados con tono grave.

**CONDUCTA:** Pueden ir desde la inhibición psicomotora hasta la agitación ansiosa. Sus movimientos son retardados, pareciendo torpe. Se queja de no poder hacer nada y no disfrutar. A veces está vinculado a una actividad pero no las disfruta, incrementando su ánimo depresivo, confundiendo a los familiares al catalogarlo de holgazán.

**FUNCIONES PSIQUICAS:** El ánimo depresivo se muestra intenso. En realidad un paciente con depresión se entristece porque se deprimió, porque perdió su eutimia y padece un intenso dolor psíquico. Se trata de una perturbación que deriva, casi en forma natural, en la dificultad para pensar y actuar, ya que hundido pierde el interés por el mundo externo y hasta el interés por la vida <sup>(9)</sup>. La angustia suele ser matinal; es el momento del día en que peor se sienten y se van aliviando progresivamente hacia la noche.

El pensamiento está retardado <sup>(11)</sup>, con un contenido ideatorio prevalente, según el caso, de disminución de la autoestima, autorreproche o idea de ruina <sup>(12)</sup>. En la forma melancólica, puede realizar una especie de acopio de sucesos, situaciones penosas de las cuales se siente y se hace responsable <sup>(13)</sup>. El discurso del paciente depresivo no sólo es gramatical sino la expresión de su emoción <sup>(10)</sup>

Las expresiones somáticas son habituales, principalmente cefaleas y algias epigástricas, con perturbaciones en el aparato digestivo como constipación o diarreas. Son comunes las alteraciones de la capacidad cognoscitiva y de la memoria, con serias dificultades en la concentración <sup>(14)</sup>. Hay una astenia o fatiga precoz junto a la adinamia o falta de ganas para moverse. Sensación inespecífica de frío y se abriga exageradamente, con tendencia al consumo de dulces.

El deseo sexual se empobrece <sup>(5)</sup>, y en la mujer hay alteraciones del ciclo menstrual como hipomenorrea, amenorrea. Las ideas suicidas son un factor habitual en el curso de la depresión, pero no siempre se hacen evidentes <sup>(10)</sup>.

Aproximadamente un 15% de pacientes internados han cometido un intento suicida y el 15% de los que padecen formas graves, se encuentran en riesgo durante el primer mes. Se calcula que el 70% de los suicidas padece depresión y un porcentaje similar visitó al médico un mes antes del acto.

**DESTINOS:** Como todas las patologías psiquiátricas, la depresión puede tener diferentes destinos <sup>(15)</sup>:

- Remisión, consistente en el alivio sintomático, recuperación del desempeño social alterado y buena calidad de vida.
- Recurrencia entre el 25 a 75%.
- Cronificación o suicidio.
- Bipolarización. La depresión puede ser una forma inicial de presentación del Trastorno Bipolar hasta la presentación franca del cuadro.

**PREDICTORES DE RECURENCIA** <sup>(15)</sup>:

- Evolución: elevado numero de episodios depresivos, edad temprana de inicio, recuperación incompleta o elevado nivel de síntomas residuales.
- Comorbilidad: trastornos de ansiedad, abuso de drogas, personalidad borderline, hipotiroidismo subclínico, enfermedades degenerativas, Accidente Cerebro Vascular.
- Familiares: antecedentes familiares de recurrencia o bipolaridad, inadecuada relación conyugal, presencia de familiar discapacitado, ausencia de soporte social por parte de los familiares.
- Sociales: menor adaptación social, episodios estresantes recientes.

**DEPRESION EN EL PERU:** Sabemos que el diagnóstico de la depresión puede ser tan fácil que el propio paciente al llegar a consulta le dice al médico, que quiere que le trate su depresión, o extraordinariamente difícil, como sucede en algunos casos de "depresión enmascarada". Por otra parte muchos médicos no identifican bien el problema y por lo tanto no diagnostican <sup>(16)</sup>.

Los enfermos depresivos acuden al psiquiatra, muchas veces porque son sus familiares quienes han notado que algo anda mal. La elaboración de una cuidadosa historia clínica es el primer paso para ganar la aceptación y confianza. En el interrogatorio es importante indagar antecedentes personales y familiares, tratamientos y éxitos en él <sup>(17,18)</sup>.

**La depresión según el DSM IV-TR** consta de humor deprimido, pérdida de placer, autorreproche, variación en el apetito, sueño, movimiento, falta de energía, fatiga, inutilidad, culpa, piensa poco, poca concentración e idea de muerte <sup>(19)</sup>.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se remarca que en los episodios depresivos, se sufre un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, baja vitalidad, cansancio aumentado, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son frecuentes en la adolescencia. En algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo de alcohol, comportamiento histriónico, fobias, síntomas obsesivos y por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico del episodio depresivo leve, moderado o severo, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son graves o de comienzo brusco <sup>(20)</sup>.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:

pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos o placer. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida de apetito, de peso y de libido.

La población peruana, según su geografía y distribución presenta una población rural susceptible de enfermar. En estudios comunitarios internacionales de trastornos psiquiátricos, realizados en los últimos 20 años, aparecen como diagnósticos más frecuentes el Trastorno depresivo mayor, la dependencia alcohólica y la ansiedad <sup>(21)</sup>. Esto denota que al igual que en extranjero, nuestro país puede presentar trastornos mentales y una demanda no satisfecha en salud mental. La demanda en servicios de salud mental no registra la magnitud de la necesidad de atención en la población, sino que está subregistrado <sup>(22)</sup>

Las enfermedades mentales como la ansiedad y depresión son frecuentes <sup>(23, 24)</sup>. Los estudios epidemiológicos recientes, realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima es de 18,2%, en la sierra de 16,2% y en la Selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos, dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva, presenten intentos suicidas <sup>(25)</sup>. En diferentes partes de la sierra, mencionando Huánuco como en Ayacucho, se ha vivido más de una década de violencia social, que puede reflejarse en algunos niños y adolescentes con trastornos tipo conducta disocial, depresión, trastornos de ansiedad y repercusión en la integración familiar, escolar y laboral <sup>(26)</sup>.

En 1993, se realiza una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural de Huaral y se encuentra una prevalencia de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad, seguido por los trastornos depresivos (8%).

No existe información epidemiológica nacional sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población; sin embargo, el estudio de Cecilia Sogui (1997) -focalizado en un solo distrito limeño- resalta la prevalencia de un 32.6% de depresión, explicando que afectaría fundamentalmente a las mujeres en el periodo del climaterio y a la masculina, en la juventud.

Estudios más recientes del Instituto Especializado en Salud Mental en la sierra peruana <sup>( 27 )</sup>, en el 2003, muestra el panorama de la salud mental de la población de tres ciudades de la sierra del Perú: Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. Así se estudió las poblaciones de Huanta, evaluando el impacto de la violencia política social en la población. Los resultados mostraron 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post-traumático en la población mayor de 14 años.

## **IV.- MATERIALES Y METODOS:**

### **4.1.- Objetivos de la Investigación:**

#### **4.1.1.-Objetivo General:**

Determinar características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con depresión.

#### **4.1.2.-Objetivos Específicos:**

- Determinar cual es la edad, sexo, religión y estado civil
- Determinar cual es el grado de instrucción de los pacientes
- Describir si la familia del paciente es funcional o disfuncional.
- Determinar el tiempo de enfermedad
- Determinar si consumen drogas y cuales son ellas.
- Determinar cual es la comorbilidad.
- Describir el pensamiento depresivo más frecuente
- Determinar si han tenido intento suicida.
- Determinar cual es la relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias.
- Determinar cual es la relación entre el género y el pensamiento depresivo.
- Determinar cual es la relación entre el tiempo de enfermedad y comorbilidad.
- Determinar cual es la relación entre el tiempo de enfermedad y tipo de familia.
- Determinar cual es la relación entre el tiempo de enfermedad y el pensamiento depresivo.

### **4.2.- Tipo de Estudio:**

Dado que la presente investigación no ha sido abordada antes y que la revisión de la literatura reveló únicamente investigaciones hechas en depresivos de la costa y de otros países; es así que con el fin de conocer a los pacientes de la sierra, se hará una investigación observacional descriptiva prospectiva.

### **4.3.- Diseño de Investigación:**

El diseño está basado en el método descriptivo y método analítico. Descriptivo porque se investigará historias clínicas de pacientes depresivos. Prospectivo, porque fueron elaboradas y diagnosticados en el año 2008, obteniendo datos ó características que se relacionan con el problema planteado, objetivos y marco teórico.



#### **4.4.- Muestra de estudio:**

La población objeto de estudio comprendió a todos los pacientes nuevos atendidos en los Centros de Salud Perú Corea, Chavinillo, Obas, Baños, Rondos y Castillo Grande, cuyas historias clínicas en número de 750, se encuentran archivados en los Centros de Salud.

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística y por conveniencia, comprendiendo 100 historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron: varones o mujeres, mayores de 18 años y menores de 60 años, nacidos en Huánuco, que fueron diagnosticados de depresión, los atendidos por lo menos una vez, durante los años 2008, 2009, en los Centros de Salud. No fueron incluidos en el estudio, aquellos que tuvieron historia clínica incompleta.

#### **4.5.- Variables de estudio y operacionalización:**

##### **Definición de variables**

##### **a) Tiempo de enfermedad**

Definición constitutiva: periodo en el cual el síntoma está presente desde su aparición hasta el momento de la consulta.

Definición operacional: cuantificada en meses

##### **b) Sexo**

Definición constitutiva: expresa la diferencia anatómica y de género entre hombre y mujer.

Definición operacional: varón y mujer

##### **c) Religión**

Definición constitutiva: fe o creencia en un ser superior, normada por grupos.

Definición operacional: católico y no católico (ateo, mormón, testigo de Jehová, cristiano, otro)

##### **d) Funcionalidad familiar**

Definición constitutiva: relaciones normales entre los miembros de una familia.

Definición operacional: funcional y disfuncional

##### **e) Síntomas psicóticos.**

Definición constitutiva: psicopatología que hace a la persona desconectarse de la realidad.

Definición operacional: ausencia y presencia

##### **f) Pensamiento suicida**

Definición constitutiva: idea de autoeliminación.

Definición operacional: ausencia y presencia

**g) Abuso de sustancias**

Definición constitutiva: consumo perjudicial de sustancias que actúan en el sistema nervioso.

Definición operacional: consumo o no consumo

**h) Comorbilidad.**

Definición constitutiva: presencia de dos ó más enfermedades.

Definición operacional: otra enfermedad

**i) Psicopatología.**

Definición constitutiva: patología en la función psíquica.

Definición operacional: alteraciones de las funciones psíquicas.

**j) Síntomas depresivos.**

Definición constitutiva: síntomas que refiere el paciente depresivo.

Definición operacional: criterios CIE-10

**4.6.-Técnica y Método de Trabajo:**

**4.6.1.- Técnica de recolección de datos:**

Método de observación documental.

**4.6.2.- Instrumentos:**

Lista de cotejo para pacientes y tabla de recolección de datos. Estos instrumentos fueron revisados por el Dr. Andrés Gutiérrez Torres, médico Psiquiatra y Nelson Rodas, Licenciado en Estadística.

**4.6.3.- Método:**

Se usó el Programa estadístico SPSS-12 y el Programa Microsoft Excel 2003:

Con el consentimiento de la DISA Huánuco, la muestra fue extraída de la población en forma no probabilística intencionada, para realizar un análisis univariado y divariado, cualitativo y cuantitativo, en frecuencias, proporciones y relaciones. Reuniendo todas las características que tenga la población con síndrome depresivo en el periodo ya mencionado.

- a) Se tendrá una lista de pacientes con depresión y una tabla en Excel 2003; la lista será sometida al método de observación y análisis. La tabla es estructurada para recolectar los datos de las Historias Clínicas de los Centros de Salud mencionados. Ésta se anexan al proyecto.
- b) La investigación está dirigida a obtener información sociodemográfica y clínica de 100 pacientes con depresión que cumplen con los criterios de inclusión ya expuestos.
- c) Según el objetivo general y objetivos específicos, la información que se recoja determinará el perfil sociodemográfico y clínico.
- d) Las variables categóricas nominales serán analizadas mediante Chi cuadrado de Pearson ( $X^2$ ) con corrección de McNemar y Coeficiente de Krammer (fuerza de asociación). Asimismo, el establecimiento de diferencia de medias entre una variable cuantitativa y una variable categórica nominal, se determinará mediante la U de Mann Whitney y el T de Student para muestras independientes.
- e) Aplicación definitiva del instrumento de recolección de datos bajo supervisión, a través de la observación de entrevistas clínicas.

#### **4.7.- Procesamiento y análisis de datos:**

La información obtenida de la observación de las historias, fue vertida a la tabla diseñada en SPSS-12, la cual toma en cuenta los parámetros de la historia clínica original del Centro de Salud. La cuantificación de la información será analizada en gráficos y cuadros estadísticos según programa SPSS-12, en español. Estos incluirán las variables señaladas con anterioridad.

## V.- RESULTADOS:

**\*Edad:** en la tabla N° 1 se aprecia que el 47% de pacientes tiene un rango de edad que va de 31 a 50 años, seguidos por un 28%, que tiene entre 18 a 30 años de edad.

**Tabla N° 1.-** Edad de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
18-30 años	28	28,0
31-50 años	47	47,0
51-90 años	25	25,0
Total	100	100,0

**\*Sexo:** el 86 % de los paciente atendidos por depresión, pertenecen al sexo femenino, según consta en la tabla, correspondiendo a 86 mujeres en frecuencia.

**Tabla N° 2.-** Sexo de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

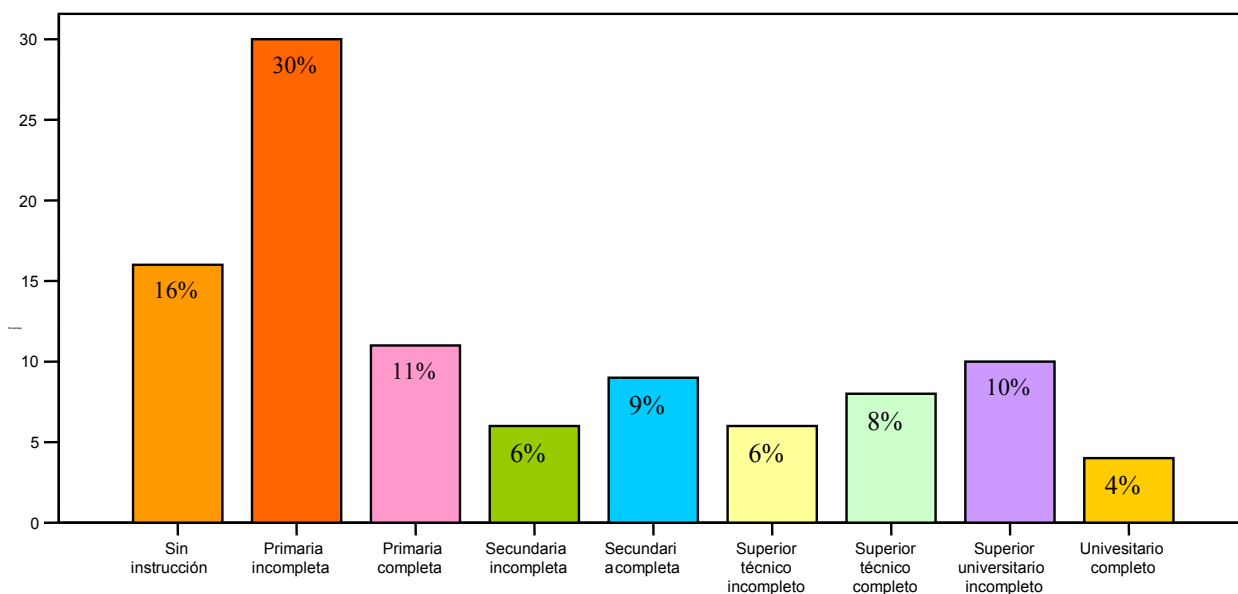
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hombre	14	14,0
Mujer	86	86,0
Total	100	100,0

**\*Estado civil:** en la tabla N° 3 apreciamos que el 52% de los pacientes que fueron evaluados, son solteros, mientras que el 23% son casados y un 25% son convivientes.

**Tabla N°3 .-** Estado civil de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

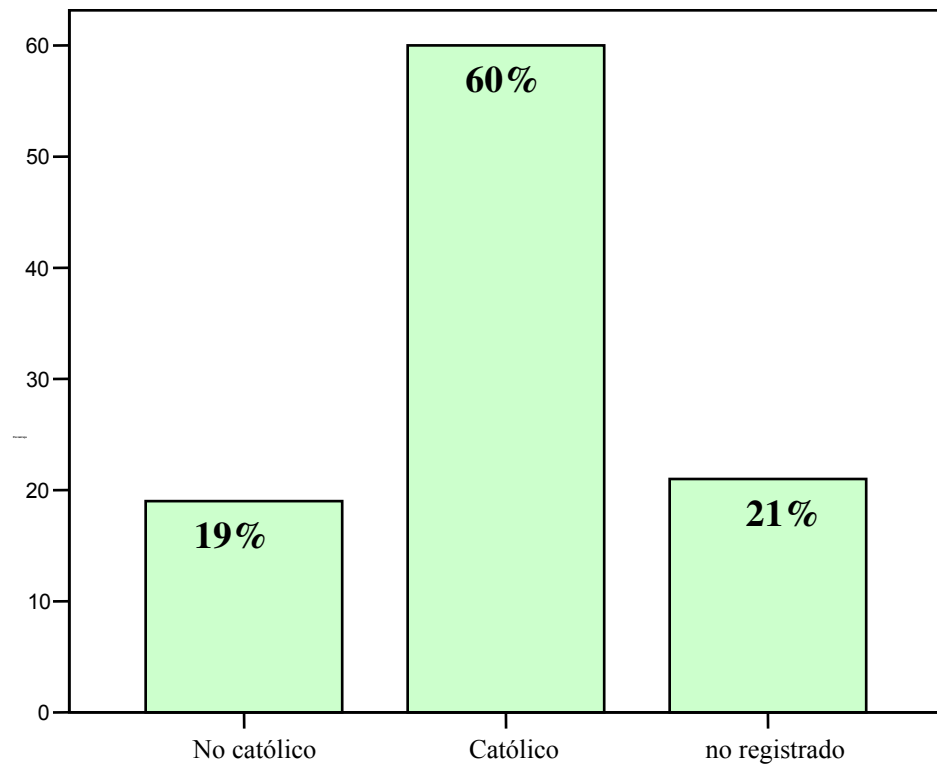
<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	52	52,0
Casado	23	23,0
Conviviente	25	25,0
Total	100	100,0

**\*Grado de instrucción:** en le presente gráfico, el 30% de pacientes atendidos, tienen primaria incompleta. El 16%, no tiene instrucción; el 11% tiene primaria completa. El 10% presenta educación superior incompleta. El 9% de pacientes tiene educación secundaria completa, y el 6%, secundaria incompleta.



**Gráfico N° 1.-** Grado de instrucción de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

**\*Religión:** en cuanto a la religión de los pacientes atendidos en los centros de salud de Huanuco, se observa en el gráfico siguiente, que aproximadamente el 60% (60 pacientes), son católicos, mientras que el 19% (19 pacientes) tiene religión distinta. Se aprecia también que 21 historias clínicas no registraron el tipo de religión.



**Gráfico N° 2.-** Religión de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

**\*Tiempo de enfermedad:** en la siguiente tabla se nota que el 87% de los pacientes atendidos, tienen un tiempo de enfermedad que fluctúa entre uno y ochenta meses.

**Tabla N° 4.-** Tiempo de enfermedad de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

<b>Categoría: meses</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-80	87	87,0
81-160	9	9,0
161-270	4	4,0
Total	100	100,0

**\*Funcionabilidad familiar:** en la tabla siguiente se aprecia que el 64% de pacientes evidencia disfunción familiar, no detallándose cual es la disfunción porque no está dentro de los objetivos del trabajo de investigación.

**Tabla N° 5 .-** Funcionabilidad familiar en los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Disfuncional	64	64,0
Funcional	36	36,0
Total	100	100,0

**\*Abusos de sustancias:** en la tabla N° 6 el 94% de pacientes atendidos por depresión, niega el consumo de sustancias, mientras que el 3%, acepta ser consumidor de alcohol. Sólo 1% consume cocaína y 2% acepta consumir ansiolíticos.

**Tabla N° 6 .-** Abusos de sustancias en los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No consumo	94	94,0
Consumo de alcohol	3	3,0
Consumo de cocaína	1	1,0
Abuso de Ansiolíticos	2	2,0
Total	100	100,0

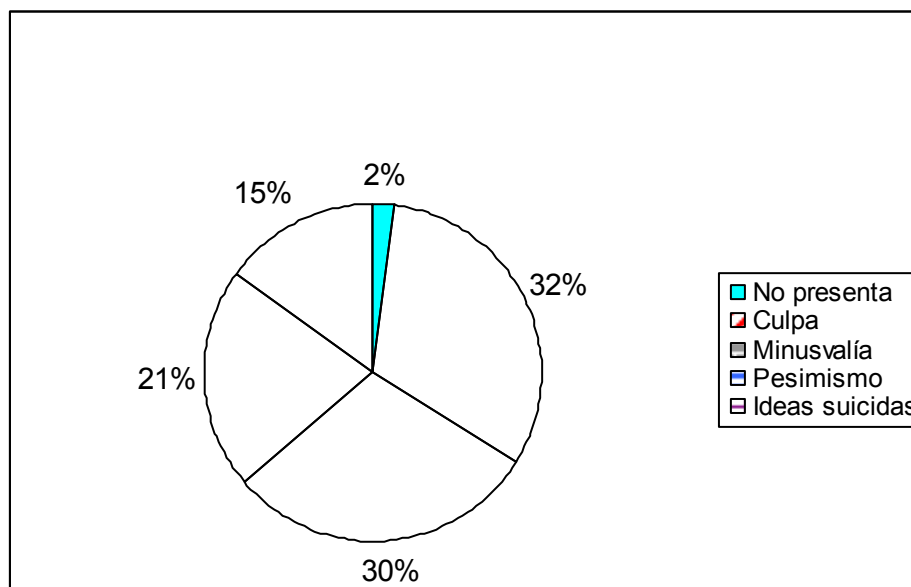
**\*Comorbilidad:** el 52% (52 en frecuencia) de pacientes no presenta síntomas y signos de otra enfermedad. Mientras que el 22% tiene sintomatología de ansiedad. El 8% tiene trastorno de personalidad; no detallándose las personalidades por no ser motivo de investigación. También vemos 10 pacientes que evidencian enfermedades no psiquiátricas, no especificándose por no ser motivo de la investigación. Ver la tabla siguiente:

**Tabla N° 7 .-** Comorbilidad en los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No presenta	52	52,0
Trastornos de ansiedad	22	22,0
Trastorno de personalidad	8	8,0
Demencia	1	1,0
Psicosis	7	7,0
Enfermedades no psiquiátricas	10	10,0
Total	100	100,0



**\*Pensamiento depresivo:** en el gráfico siguiente, podemos apreciar que el pensamiento relacionado a culpa (32%) y minusvalía (30%), son los más frecuentes en los pacientes depresivos. Seguidos por los pensamientos pesimistas (21%) y también ideas suicidas (15%).



**Gráfico N° 3.-** Pensamiento depresivo en los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

**\*Intento suicida:** en la tabla siguiente apreciamos que el 86% de pacientes atendidos en los centros de salud de Huanuco, no ha intentado suicidarse, pero al menos una vez, el 14%.

**Tabla N° 8 .-** Intento suicida de los pacientes en Huánuco, 2008.

<b>Intento suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	86	86,0
Al menos una vez	14	14,0
Total	100	100,0

**\*Relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias:** en la relación presentada, 3 mujeres consumen sustancias psicoactivas y 3 hombres también. De los 14 hombres, tres consumen alcohol, cocaína y ansiolíticos, mientras que dos mujeres consumen alcohol y una, ansiolíticos.

**Tabla N° 9 .-** Relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias, Huánuco, 2008

		Abuso de sustancias				Total
		<b>No consumo</b>	<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Consumo de cocaína</b>	<b>Abuso de Ansiolíticos</b>	
Sexo	Hombre	11	1	1	1	14
	Mujer	83	2	0	1	86
Total		94	3	1	2	100

### Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,639(a)	3	,022

### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,310	,022
	V de Cramer	,310	,022

**\*Relación entre el género y el pensamiento depresivo:** 52 mujeres presentan pensamientos de tipo culpa y minusvalía, mientras que sólo 10 de los hombres los presenta. Estos datos a simple observación, nos hacen concluir que las mujeres tienen más psicopatología cognitiva que los varones. El Chi cuadrado arroja una significancia de 0.807; es decir, mayor a 0.05. Lo que no indica relación significativa entre la variable género y pensamiento depresivo.

**Tabla N° 10 .-** Relación entre el género y el pensamiento depresivo, Huánuco, 2008

		Pensamiento depresivo					Total
		No presenta	culpa	minusvalía	pesimismo	idea suicida	
Sexo	Hombre	0	6	4	3	1	14
	Mujer	2	26	26	18	14	86
Total		2	32	30	21	15	100

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,608(a)	4	,807

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y comorbilidad de los pacientes:** 18 pacientes evidencian síntomas de ansiedad, el cual se relaciona con un tiempo de enfermedad de hasta 80 meses. Siete trastornos de personalidad se relacionan con un tiempo de enfermedad de hasta 80 meses. La mayoría de enfermedades acompañantes de la depresión, es evidenciada por el paciente desde los primeros meses de enfermedad psiquiátrica. La significancia entre estas dos variables es de 0.410.

**Tabla N° 11 .-** Relación entre tiempo de enfermedad y comorbilidad en los pacientes atendidos en Huanuco, 2008

Tiempo de enfermedad en meses	Comorbilidad						Total
	No presenta	Trastornos de ansiedad	Trastorno de personalidad	Demencia	Psicosis	Enfermedades no psiquiátricas presentes	
1-80	48	18	7	1	6	7	87
81-160	2	4	1	0	0	2	9
161-270	2	0	0	0	1	1	4
Total	52	22	8	1	7	10	100

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,353(a)	10	,410
Razón de verosimilitud	10,908	10	,365
Asociación lineal por lineal	2,859	1	,091

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y tipo de familia:** se ha encontrado que 64 familias son disfuncionales, con una media de 38 meses de enfermedad en ellas. Mientras que relacionándolos al tiempo de enfermedad expresado en varianzas, arroja una significancia de 0.037. Las 36 familias restantes o funcionales, se relacionan con un tiempo de 29.58 meses de enfermedad.

**Tabla N° 12 .-** Relación entre tiempo de enfermedad y tipo de familia en los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

Funcionalidad familiar	N	Media del tiempo de enfermedad en meses
Disfuncional	64	38,19
Funcional	36	29,58

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
Tiempo de enfermedad	Se han asumido varianzas iguales	4,454	,037

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y pensamiento depresivo:** el pensamiento depresivo de culpa, se relaciona con un promedio de 45 meses de tiempo de enfermedad. Luego el pensamiento de minusvalía de 30 pacientes tiene un promedio de 61 meses como tiempo de enfermedad. El nivel de significación es 0.016; es decir, menor a 0,05.

**Tabla N° 13 .-** Relación entre tiempo de enfermedad y pensamiento depresivo de los pacientes atendidos en Huánuco, 2008

Pensamiento depresivo	N	Rango promedio de tiempo de enfermedad en meses
No presente	2	78,00
Culpa	32	45,58
Minusvalía	30	61,22
Pesimismo	21	52,19
Idea suicida	15	33,53
Total	100	

**Estadísticos de contraste**

	Tiempo de enfermedad
Chi-cuadrado	12,164
gl	4
Sig. asintót.	,016

## VI.- DISCUSION

**\*Edad:** el hecho de que el 47% de pacientes tenga una edad adulta, coincide con la literatura revisada a nivel internacional y nacional (Castro, 2008; Hasin, 2005; Benites, 2000). Remarcándose que esta psicopatología empieza frecuentemente en la etapa adulta o de joven.

**\*Sexo:** las mujeres son las que acudieron con más frecuencia a los centros de salud por esta enfermedad. Estos datos coinciden con referencias internacionales y nacionales (Sogui, 1997; Coral, 1977) en torno al género.

**\*Estado civil:** Montejo (1986) menciona a los divorciados o solteros, como las personas que con más frecuencia padecen de depresión. La soltería o no tener una relación estable de pareja o la soledad, predisponen a que una persona exprese síntomas depresivos. En los pacientes de los centros de salud, apreciamos la condición civil de solteros, lo cual es coincidente con las referentes a nivel internacional citadas.

**\*Grado de instrucción:** no existen reportes acerca del grado de instrucción en las personas depresivas, ni su relación como factor asociado a su aparición. La mayoría de pacientes estudiados, presentan educación primaria incompleta, lo que nos permite plantear una futura investigación, para determinar si la carencia educativa, sola o sumada a otros factores psicosociales, es un factor predisponente a la aparición de psicopatología depresiva.

**\*Religión:** no hay referencias bibliográficas acerca de que si la religión católica se relaciona con los pacientes depresivos, más quedaría como una variable descriptiva de mi investigación, o de plantearse una nueva investigación, al conocer si influye los esquemas cognitivos de las personas con religión, en la aparición de psicopatología depresiva. Se recomienda completar los registros e historias clínicas en este rubro ya que existe un 21% de ausencia de datos.

**\*Tiempo de enfermedad:** la mayoría de pacientes tiene un tiempo de enfermedad que fluctúa entre uno a ochenta meses, determinando que esta enfermedad depresiva es crónica, lo cual también coincide con las referencias bibliográficas (Rojtenberg, 2006). Notamos que a pesar de que es un departamento de la sierra peruana, las características de cronicidad son similares como en poblaciones de la costa.

**\*Funcionabilidad familiar:** la mayoría de pacientes provienen de familias disfuncionales, lo cual corrobora que los factores sociales y de relaciones interpersonales, son factores importantes, más no los únicos en la aparición de síntomas y signos depresivos.

**\*Abusos de sustancias:** el 94% refiere no consumir sustancias psicoactivas, mientras que el 6% sí los consume, entre alcohol y cocaína. Son datos que no podemos considerar como reales, ya que los pacientes en su primera consulta, son difíciles de entablar una relación de sinceridad con el médico, al margen de que el tema de consumo de sustancias trae muchos prejuicios en las personas y en la zona de Huánuco, caracterizado por una economía basada en productos vegetales y drogas.



**\*Comorbilidad:** usualmente los síntomas depresivos van acompañados de síntomas ansiosos. En el estudio, es evidente la presencia de síntomas de ansiedad, lo cual concuerda con la literatura. No se describe en el marco teórico, por el hecho de no haber estudios al respecto, de la presencia de trastornos de personalidad, aunque en el presente trabajo de investigación hallamos un porcentaje a considerar en futuras investigaciones, sobre todo, de cual es el tipo de trastorno.

**\*Pensamiento depresivo:** entre las psicopatologías que presenta la persona depresiva, afectiva como motora, la del pensamiento es importante. Coincide el presente trabajo de investigación, con los referentes teóricos (Delgado, 1969; Vidal, 1989) en que se detalla un pensamiento de auto culpa, minusvalía, ideas suicidas, auto reproches, pesimismo. Se hace notar que los pacientes de Huánuco no se diferencian de los referentes extranjeros en torno al tipo de pensamiento. Dentro de las personas que fueron atendidas por Violencia Política que no ha sido detallado en este estudio reportaron sentimientos de minusvalía, resentimiento y frustración.

**\*Intento suicida:** como parte del contenido de pensamiento depresivo, está la idea suicida, o a su vez, el intento suicida. Se aprecia en la investigación que un pequeño porcentaje ha intentado hacerlo. Si bien un factor preventivo de las ideas suicidas o los intentos suicidas, es la contención o presencia de familiares, es probable que las características de la población huanuqueña, como grupo social de la sierra, con carácter de grupo cohesionado, no facilite la soledad o el aislamiento de los depresivos. A diferencia de los grupos familiares de la costa, en que a edades tempranas, las personas se independizan y se van o aíslan del hogar, lo cual dificultaría llevar los síntomas depresivos hacia un tratamiento.

**\*Relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias:** Esta relación es significativa en el Chi-cuadrado de Pearson, ya que tiene un valor de 0.022, es decir, menor a 0.05. Pero al contrastar la significancia con la intensidad de asociación de variables, arroja también un valor de 0.022, el cual no tiene fuerte asociación la variable sexo con el consumo de sustancias. Esto significa que si bien existen 86 mujeres, tres que consuman sustancia psicoactivas, no hace significar que el sexo es un factor predisponente para dicho consumo, existiendo otros factores que inducen a dicho acto y que no es motivo de nuestra investigación.

**\*Relación entre el género y el pensamiento depresivo:** no está estudiado cual es el tipo de pensamiento depresivo que presentan los pacientes con depresión, sólo se mencionan las variedades del contenido del pensamiento. Si bien las mujeres son las más afectadas a nivel nacional e internacional por la depresión, apreciamos una significancia de 0.807, que es no significativo entre la variable género y pensamiento depresivo. Esto se explica mejor al mencionar que para la estructuración de un contenido depresivo del pensamiento, no se necesita ser del género femenino, porque factores psicosociales, como la pobreza, las infidelidades, los duelos, abandonos, crisis familiar, etc.; son factores que solos o en conjunto, colaboran con la aparición de pensamiento depresivo (Coral, 1977).

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y comorbilidad:** es probable que la presencia de otros síntomas como la ansiedad, compliquen las actividades diarias de los pacientes, motivando que no esperen largos periodos de tiempo para acudir a un centro de salud. Al relacionar las variables tiempo y comorbilidad, tiene una significancia de 0.410; es decir,

mayor a 0.05, lo que se interpreta como variables independientes o que no existe relación entre ellas.

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y tipo de familia:** La varianza arroja una significancia de 0.037, es decir, menor a 0.05, lo que es significativo; es decir, que a mayor tiempo de enfermedad, mayor es la probabilidad de que provenga de una familia disfuncional.

**\*Relación entre tiempo de enfermedad y pensamiento depresivo:** Dado que el nivel de significación es 0.016; es decir, menor a 0.05, aceptamos la hipótesis alternativa de que hay relación entre las variables de tiempo de enfermedad y presencia de pensamiento depresivo. Al aceptar la hipótesis alternativa, vemos que el tiempo de enfermedad varía según el tipo y la intensidad de los pensamientos depresivos que acompañan el proceso.

## **VII.- CONCLUSIONES:**

- 7.1.- Cerca de la mitad de los pacientes con depresión son mujeres cuya edad está entre los 31 y 50 años, teniendo principalmente por estado civil ser soltera y conviviente.
- 7.2.- Más de la mitad de pacientes tienen como grado de instrucción: la educación básica, destacando la primaria incompleta. Mientras que manifiestan ser de religión católica.
- 7.3.- Los pacientes depresivos tienen un tiempo de enfermedad de hasta 80 meses, confirmando que dicha enfermedad es crónica y el tiempo que han esperado para llegar a tratamiento.
- 7.4.- La mayoría de familias en los pacientes depresivos es disfuncional.
- 7.5.- Los pacientes depresivos en su mayoría (94%) niegan el consumo de sustancias psicoactivas.
- 7.6.- En una quinta parte de ellos la principal comorbilidad que se encontró fue trastornos de ansiedad. Mientras que los principales pensamientos depresivos fueron los de culpa y minusvalía. La mayoría niega haber intentado suicidarse y sólo 14 de ellos lo intentaron una vez.
- 7.7.- No hay relación entre el sexo de los pacientes y el abuso de sustancias

7.8.- No hay relación entre el género y el pensamiento depresivo

7.9.- No hay relación entre el tiempo de enfermedad y comorbilidad

7.10.- Sí hay relación entre el tiempo de enfermedad y tipo de familia; es decir, a más tiempo de enfermedad, mayor es la probabilidad de que provenga de una familia disfuncional.

7.11.- Sí hay relación entre el tiempo de enfermedad y pensamiento depresivo, lo que indica que a más tiempo de enfermedad más elaboración de pensamientos depresivos.

## **VIII.- RECOMENDACIONES:**

- 8.1.- Las acciones preventivas promocionales de salud mental en Huánuco, para la depresión, tienen que ser dirigidas a los grupos humanos más jóvenes y a los que no tienen una relación estable de pareja.
- 8.2.- Las instituciones educativas de nivel básico, tienen que coordinar con las de nivel superior para fortalecer la prevención en los jóvenes estudiantes, además de impartir cómo se lleva estilos de vida saludables.
- 8.3.- Capacitar a los profesionales en los niveles de atención primaria, como detectar los síntomas iniciales de esta enfermedad crónica, evitando que los pacientes permanezcan sin aliviar su sufrimiento por mas tiempo; así mismo identificar cuales son los factores predisponentes y la comorbilidad más frecuente.
- 8.4.- Se plantea realizar investigaciones que tengan por objetivo determinar los motivos de disfunción familiar u otros estresores psicosociales, así como la relación de la depresión con los conflictos sociales, político militares vividos en la región Huánuco.

## **IX- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

- 1.- Castro E, Dewey M, Banerjee S, Huppert F, Mendonça C, Bula C, et al. Prevalencia de síntomas y trastornos depresivos al final de la vida, en diez países europeos. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191 (5) (acceso el 10 setiembre 2008) Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/34440/>
- 2.- Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant F. Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of general psychiatry* 2005; 62 (10):1097 1106, (acceso el 11 de agosto. 2008). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/epidemiologia/23939/>.
- 3.- Mendela Joseph. *La Depresión*. España: Editorial Herder; 1989
- 4.- Coral Pajuelo J. *La Depresión en adultos de nivel económico bajo (Tesis para Bachiller)*. Lima, UNMSM; 1977.
- 5.- Montejo Carrasco P. *La Depresión y otros estados afectivos*. España: Ediciones Quercems; 1986.
- 6.- Rosenbluth M, Kennedy S, Bagby M. *Depresión y personalidad*. España: Editorial Elsevier Masson; 2007
- 7.- Benítez Villegas E, Solís Solís P. *Depresión y asertividad en un grupo de mujeres de 18 a 50 años que sufren violencia familiar, atendidas en la Asociación de Desarrollo Social Lestonnac de la ciudad de Chepen (Tesis para Bachiller)*. Trujillo, UCV; 2000.
- 8.- Elferink R, Jan G. *Desórdenes mentales entre los incas del antiguo Perú*. *Rev Neuro-Psiquiatría*. 2000; Vol 63 (1-2)
- 9.- Calderón Narváez G. *Depresión, causas, manifestaciones y tratamientos*. México: Editorial Trillas; 1990.
- 10.- Rojas Montes E. *Psicopatología de la Depresión*. España: Salvat editores S.A.; 1981.
- 11.- Vidal G. *Psiquiatría*. Argentina: Editorial Panamericana; 1986
- 12.- Delgado H. *Curso de psiquiatría*. 5º ed. España; Editorial científico Médica, 1969.
- 13.- Kaplan H, Sadock B. *Sinopsis de Psiquiatría*. 8º ed. Ed Panamericana, España, 1999.
- 14.- Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. España: 4º ed. Ed Masson; 1998.

- 15.- Rojtenberg, S, compilador. Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires: Editorial Polemos S.A.; 2006.
- 16.- Calderón G. Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. Rev de Neuropsiquiatría. Perú. 1997; 60 (2)
- 17.- Calderón G, Colin R. La relación médico paciente en los trastornos depresivos, Rev Neuropsiquiatría. Perú. 2003; 66 (4): 329-334
- 18.- Riveros Quiroz M. Características sociodemográficas y niveles de Depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM a través de la escala CES-D (Tesis para Maestría). Lima, UNMSM; 2004.
- 19.- American Psychiatric Association, DSM – IV TR : Diagnostic and statistical : manual of mental disorders.4° ed, Masson Elsevier, 2004.
- 20.- Organización Mundial de la Salud, Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, Ed. Meditor, España; 1992.
- 21.- Vásquez Barquero, J. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- 22.- Rivera F. Demanda y necesidad de atención en salud mental en el Perú, Rev Psiquiatría Per. 2002; 7(1): 30-33
- 23.- Alarcón Napurí R, Psicología, pobreza y subdesarrollo. 2° ed. Perú: Editora Educativa;1988.
- 24.- Oliver Paredes E. La enfermedad mental: aspectos psicopatológicos. Perú: Ediciones Libro Amigo, 1999.
- 25.- Rondon M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú, Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006; vol 23(4): 237-238.
- 26.- Cano B. Patología psiquiátrica en niños y adolescentes que habitan en zonas con antecedentes de violencia social en el Perú, Rev Diagnóstico. 2006; Vol 45 (4): 32-36.
- 27.- Saavedra Castillo J. coordinador. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana, Informe General. Anales de Salud Mental 2003; Vol.19 (1-2).



## **X.- ANEXOS**

**X.- ANEXOS:**

**10.1.- Ficha de reconocimiento de datos ( Historia Clínica):**

**HISTORIA CLINICA**

**I.- FILIACIÓN:**

Nombres:..... Apellidos:.....  
Edad:..... Sexo:..... Grado de Instrucción:.....  
Ocupación:..... Estado Civil:..... Religión:.....  
Dirección:..... Teléfono:.....  
Dirección:..... Fecha:.....  
Informante:.....

**II.- ENFERMEDAD ACTUAL:**

**Signos y síntomas principales:**

Conducta suicida ( ) Agresividad ( ) Agitación psicomotriz ( )  
Tristeza ( ) Ansiedad o angustia ( ) Alucinaciones/delusiones( )  
Abuso de sustancias:..... Especifique:.....  
Otros síntomas.....Especifique:.....  
Relato de motivo de consulta:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Relato cronológico de paciente o familiar sobre signos y síntomas. Anotar textualmente lo referido. Evitar interpretaciones.**

<b>Funciones biológicas:</b>	Normal	Alterado	Especificar
-Sueño:	( )	( )	.....
-Apetito	( )	( )	.....

**III.- ANTECEDENTES:**

**Antecedentes personales:**

-Psiquiátricos:  
-Datos de importancia: FUR, alergias, antecedentes patológicos, lactancia.

**Antecedentes familiares:**

-Psiquiátricos:  
-Datos de importancia: (alergias, antecedentes patológicos)

#### IV. EXAMEN MENTAL:

4.1.- Describir **apariencia** general durante la entrevista:.....

4.2.- **Conciencia:**

Lúcido: si ( ) no ( ) Mantiene atención si ( ) no ( ) Coherente si ( ) no ( )

4.3.- **Lenguaje:**

Velocidad: aumentada ( ) disminuida ( ) normal ( )

Relación entre el curso y los temas u objetivos, distraibilidad:

1. Responde directamente a las preguntas ( )
2. Da muchos rodeos antes de dar respuestas ( )
- 3.-Habla, pero no responde la pregunta ( )
- 4.-No responde ( )

4.4.-**Animó:** lo que dice sentir el paciente

Normal ( ) triste ( ) ansioso ( ) irritable ( ) alegre ( )

4.5.-**Afecto:** lo que observa el evaluador:

Normal ( ) triste ( ) ansioso ( ) irritable ( ) alegre ( )

4.6.- **Pensamiento:**

- a. Pesimismo ( ) culpa ( ) minusvalía ( ) desesperanza ( )
- b. Pensamiento suicida si ( ) no. ( ) Plan suicida.....
- c. Pensamientos paranoides (de daño, persecución, referencial)  
Si ( ) No ( )
- d. Deseos intensos o frecuentes de beber alcohol: si ( ) no ( )

4.7.-**Percepción:**

Alucinaciones: Sí ( ) No ( ) Especificar:.....

4.8.-**Memoria, capacidad intelectual:**

Memoria remota:

Memoria reciente:

Retención y memoria inmediata:

4.9.-**Conciencia de enfermedad:** Si ( ) No ( ) Parcial ( )

#### V.- DIAGNOSTICO: ( CIE-10 )