

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

“Análisis del proceso de atención de la depresión en el primer nivel de atención en la delegación Tlalpan de la Ciudad de México”

Proyecto de titulación para obtener el título de Maestro en Salud Pública con área de concentración en administración en salud

JULIO CÉSAR SALGADO LÓPEZ  
Generación 2015-2017

**Directora:** Doctora María Guadalupe Ruelas González

**Asesora:** Doctora María Beatriz Duarte Gómez

**Lectora:** Doctora Marcela Sánchez Estrada

Cuernavaca, Morelos, Agosto de 2017

Con todo mi amor y cariño:

a Lu, a mi Mamá, a mi Papá, hermanos, sobrinos y a Ayla

Lu, amor, te agradezco y te dedico este trabajo. Todos los besos no dados, todo el tiempo que no pudimos pasar juntos, los viajes no hechos, las salidas no realizadas, el desvelo, el levantarse temprano, las películas que no vimos, las caricias que guardamos, los sueños que esperan... por todos los sacrificios y circunstancias que pasamos para llegar a este momento, te dedico este trabajo y te digo que te amo, con todo el corazón y todas las fuerzas... todos los besos bonita.

Mamá, te dedico este trabajo y te agradezco por tu amor irrestricto, generoso, del cual no dejo de aprender. Gracias por tu fortaleza, por tu apoyo, por enseñarme tanto de la vida, por ser la esencia y fortaleza del corazón.

Papá, te agradezco por ser quien eres, por enseñarme a trabajar, a no rendirme y por ser un ejemplo de superación y perseverancia.

A Ghyna, David y Amalia, gracias hermanos por su apoyo, por sus palabras de aliento y ternura, por el amor, paciencia y fortaleza... por siempre estar cuando las cosas van mal.

A mis sobrinos: Julita, Mat, Andreco, Asami, gracias por su ternura e inocencia que hacen mágica y hermosa esta vida.

Le agradezco a mis maestros y maestras por su conocimientos, profesionalismo y esmero. Muy en especial le agradezco a la doctora Ruelas que me haya guiado en la realización de este trabajo y en mi formación profesional; Doctora de corazón gracias por su tiempo, por sus comentarios y por su paciencia. También le agradezco de corazón a la doctora María Beatriz, por su paciencia, por su apoyo, por sus comentarios, por su disposición y por ese toque tan gentil, humano y profundo que solo ella tiene.

Le agradezco mucho a la doctora Marcela su disposición, sus enseñanzas, por la formación, no solo de este trabajo sino de toda la maestría, gracias por su acompañamiento en estos dos años. También, de manera muy especial le agradezco a la doctora Jacqueline, por sus enseñanzas, por su disposición, por su honestidad y firmeza.

Gracias a todos y cada uno de ustedes, este trabajo no es individual, es colectivo, sin cada uno de ustedes el trabajo no hubiera sido el mismo.



### Lista de cuadros

Cuadro 1	Modelos de relación médico-paciente	p.15
Cuadro 2	Comparación de fases en guías de atención a la depresión en el primer nivel	p.18
Cuadro 3	Dimensión de análisis en las entrevistas a usuarias/os	p.21
Cuadro 4	Dimensión de análisis en las entrevistas a personal de salud	p.22
Cuadro 5	Datos usuarios/ usuarias entrevistados	p.25
Cuadro 6	Datos de prestadores de servicios de salud entrevistados/as	p.25
Cuadro 7	Diferencia de sexo en prestadores de servicios respecto a la frecuencia de casos de depresión	p.26
Cuadro 8	Datos sobre depresión. Usuarios Centro de Salud Topilejo	p.30
Cuadro 9	Datos sobre depresión. Usuarios Centro de Salud David Fragoso	p.31
Cuadro10	Prestadores de servicios último diagnóstico depresión, según sexo	p.32

### Lista de Figuras

Figura 1	Esquema conceptual de la atención de la depresión en el marco de la salud	p.13
Figura 2	Pirámide de Atención de Salud Mental en México	p.14
Figura 3	Fases generales de la atención a la depresión en el primer nivel de salud	p.19



## TABLA DE CONTENIDOS

Lista de cuadros .....	1
Lista de Figuras .....	1
TABLA DE CONTENIDOS.....	2
1. Resumen.....	3
2. Introducción .....	4
3. Antecedentes .....	5
4. Planteamiento del problema .....	8
5. Objetivos .....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos .....	10
6. Justificación .....	11
7. Marco Teórico .....	13
Salud.....	13
Atención Médica .....	14
Primer nivel de atención .....	15
Salud mental .....	16
Depresión.....	16
Proceso de atención a la depresión. ....	17
8. Metodología.....	20
Diseño .....	20
Muestra y muestreo.....	20
Plan de análisis.....	21
9. Criterios éticos .....	24
10. Resultados.....	25
11. Discusión .....	37
12. Conclusión .....	41
13. Recomendaciones.....	42
14. Bibliografía.....	43



## 1. Resumen

**Objetivo:** Analizar el proceso de atención de la depresión en usuarios/as que acuden a los servicios de salud del primer nivel de atención de la Delegación Tlalpan.

**Método:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo para analizar el proceso de atención a la depresión que se lleva a cabo en el primer nivel de atención. En dos centros de salud de la delegación Tlalpan de la Ciudad de México, se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a prestadores de servicios de salud y usuarios, para analizar las distintas fases que se presentan en el proceso de atención a la depresión.

**Resultados:** En el primer nivel de atención se presentan muchos casos de personas con problemas emocionales relacionados con depresión, que acuden por otro tipo de padecimiento; de la mayoría de estos casos son pocos los que reciben un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Conclusiones:** Existe una “doble barrera” en la atención a la depresión, por un lado, los usuarios no reportan sus problemas emocionales al médico ya sea porque lo desconocen o lo ocultan y, por otro parte, los prestadores de servicios de salud no hacen diagnóstico, por el escaso tiempo en consulta, la falta de conocimiento y por la falta de interés en el tema.

**Palabras clave:** Depresión, primer nivel de atención, proceso de atención, obstáculos.



## 2. Introducción

La depresión es un problema de salud pública importante, entre otras circunstancias, debido a su alta prevalencia con tendencia al aumento, la escasa atención, los altos costos económicos y sociales que representa. <sup>(1)</sup>

Existen diferentes estudios que abordan esta problemática que van desde aspectos generales como la política pública hasta aspectos más particulares como factores genéticos que se relacionan con el aumento de la prevalencia de la depresión. La presente investigación aborda el proceso de atención de la depresión en los servicios de salud del primer nivel de atención, con un enfoque cualitativo, explicando aquellos factores que intervienen en la relación médico-paciente y que pueden obstaculizar o facilitar este proceso. Las fases del proceso de atención a la depresión en las que se centra esta investigación son: la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la referencia.



### 3. Antecedentes

Se estima que, en el mundo, cerca del 25% de las personas pueden llegar a padecer uno o más trastornos mentales en el transcurso de su vida, entre los que destacan la ansiedad, las afecciones del estado ánimo y el consumo de sustancias psicoactivas, lo que representa 14% de la carga mundial de enfermedades. <sup>(2)</sup> También, son altos los porcentajes de las personas que no reciben tratamiento en salud mental; por ejemplo, en países de ingresos bajos y medios entre el 76% y 85% no reciben atención, y en países de ingresos altos entre 35% y 50%. <sup>(3)</sup>

En el caso de las afecciones del estado de ánimo se estima que hay una demora media para recibir atención de hasta 14 años y que menos de 20% de quienes presentan un trastorno de este tipo buscan algún tipo de ayuda. <sup>(4)</sup>

La depresión es el trastorno mental más frecuente en el mundo <sup>(2) (5)</sup> y “suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal”, expresado en sentimientos de tristeza como sentirse desalentado e infeliz; pero también se pueden manifestar algunos otros síntomas como sentirse muy cansado, dormir mucho tiempo, pérdida de apetito y disminución de interés en actividades usuales <sup>(6)</sup> esta condición afecta la vida diaria de las personas, causando sufrimiento y llevando en algunos casos hasta el suicidio. <sup>(2) (5) (7)</sup>

También, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, calculándose que aqueja a 350 millones de personas. <sup>(2)</sup> Para el año 2015, el porcentaje de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en el mundo (AVISA) debido a la depresión, fue 2.19% para ambos sexos, 2.82% para mujeres y 1.68% para hombres. <sup>(8)</sup> Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren depresión durante el embarazo o postparto. <sup>(2)</sup> Asimismo, la depresión es un problema que a través de los años va aumentando; por ejemplo, de 1990 a 2010 incrementó su carga mundial de AVISA en poco menos de un 40%. <sup>(9)</sup>

En respuesta a esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la 65 Asamblea Mundial de la Salud, a través de su documento “La carga mundial de



trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país”, hizo el llamado a los países para aumentar las inversiones en salud mental y a la coordinación del sector salud con el sector social, a reconocer que la promoción de la salud mental no solo se ejerce desde el sector salud, así como al reconocimiento del impacto económico y social que tienen estas enfermedades en el mundo, entre otros. <sup>(3)</sup> La OMS desarrolló la “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada”, <sup>(10)</sup> cuyo objetivo es “ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental”. <sup>(5)</sup>

En América Latina y el Caribe, la depresión presenta un crecimiento (tendencia similar al resto del mundo) lo cual la ubica actualmente como una de las 10 principales enfermedades discapacitantes con 3.8% de los AVISA, <sup>(11)</sup> presentándose en el 5% de la población adulta. <sup>(2)</sup> En cuestión de cobertura, entre el 60% y 65% de personas que padecen depresión no reciben atención. <sup>(2)</sup>

En México, 9.1% de la población general ha presentado un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 3.3% ha presentado un trastorno depresivo mayor. <sup>(12)</sup> Hay evidencia que sugiere que uno de los grupos de edad a los que más aqueja la depresión es el de los adultos mayores, presentando porcentajes por arriba del 20%. <sup>(1) (13)</sup>

El porcentaje de AVISA debido a la depresión en el país para el año 2015, fue de 2.97% para ambos sexos, 3.93% para mujeres y 2.18% para hombres. <sup>(8)</sup> En relación con los años vividos con discapacidad (AVD), para 2010, la depresión en el país ocupaba el primer lugar para mujeres con 8.3% y el segundo lugar para hombres con 5.5%. <sup>(14)</sup>

En el país, las principales variables psicosociales asociadas con la depresión son: ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, tener un bajo nivel socioeconómico,





desempleado/a, aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas y la migración. <sup>(1)</sup>

Para atender esta situación, en México existen diferentes programas como el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, <sup>(15)</sup> el cual contempla como un eje central la atención en el primer nivel, ya que la depresión es una enfermedad que puede ser diagnosticada y tratada por no especialistas en el primer nivel de atención. <sup>(16)</sup>

En cuanto a los servicios de salud mental en México hay dos instancias que cubren diferentes funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental y los Servicios de Atención Psiquiátrica. El primero se encarga básicamente de las políticas y estrategias nacionales y el segundo de la coordinación de los programas de prestación de servicios. <sup>(17)</sup>

Al respecto, es pertinente señalar algunos problemas estructurales de atención que presenta México en cuanto a la atención a la salud mental:

- Del total del presupuesto asignando a la salud, solo 2% se destina a salud mental y de este porcentaje 80% se destina a operar hospitales psiquiátricos. Existen 46 hospitales psiquiátricos, 13 de internamiento psiquiátrico y 8 establecimientos residenciales. Los hospitales psiquiátricos atienden 47 usuarios por cada 100, 000 habitantes. <sup>(17)</sup>
- De los establecimientos de primer nivel de atención que atiende problemas de salud mental, solo 30% cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento, y los cursos de actualización al personal que atiende esta problemática es menor de 15%. <sup>(17)</sup>



#### 4. Planteamiento del problema

Como se señaló, la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa, falta de interés en actividades cotidianas, autoestima baja, trastornos de sueño y falta de apetito. <sup>(18)</sup> La depresión puede ser intensa y prolongada o moderada y breve, puede ser gradual y progresiva, o bien, pueden presentarse episodios de tristeza alternados con episodios de euforia, lo que se denomina como trastorno bipolar. <sup>(6) (19)</sup>

Estas condiciones trastorno no solo afectan la vida de las personas que la padecen, sino también la de quienes se encuentran cercanos a ellos, ya que llegan ocasionar aislamiento social, gran sufrimiento, discapacidad y, aunque no es letal, en algunos casos se llega al suicidio; el cual, es importante recordar que es la segunda causa de muerte a nivel mundial en el grupo de edad de 15 a 29 años <sup>(5)</sup> y en México para este mismo grupo de edad es la tercera causa de mortalidad. <sup>(20)</sup>

Aunque la depresión es el trastorno mental más frecuente, así como la principal causa de discapacidad en el mundo y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, un alto porcentaje de personas que la padecen no son diagnosticadas ni reciben tratamiento oportuno. <sup>(3) (5)</sup>

Lo anterior, aunado a la tendencia de crecimiento que presenta la depresión, <sup>(9)</sup> a los costos económicos y sociales que representa, <sup>(1) (3)</sup> la configuran como un reto en salud pública que mantiene su tendencia de aumento.

Para atender esta situación, existen diferentes guías de intervención como la mhGAP, <sup>(10)</sup> la “Guía Clínica para el manejo de la depresión” <sup>(7)</sup> y la guía de práctica clínica (GPC) “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de Atención” <sup>(15)</sup> las cuales enfatizan la importancia del primer nivel de atención de los servicios de salud para poder ejercer acciones de impacto que contribuyan a disminuir esta problemática.



En razón de lo anterior, la pregunta que se planteó en la presente investigación fue: ¿cuáles son los procedimientos para la atención de la depresión en el primer nivel de atención? Para analizar dichos procedimientos se estudió la perspectiva de las y los usuarios y del personal de salud, indagando sobre los obstáculos y facilitadores que se presentan en la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado; tomando como referencia los servicios de primer nivel de atención de la delegación Tlalpan de la ciudad de México.



## 5. Objetivos

### **Objetivo general**

Analizar el proceso de atención de la depresión en usuarios/as que acuden a los servicios de salud del primer nivel de atención de la Delegación Tlalpan.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los conocimientos de los/as usuarios/as y del personal de salud del primer nivel de atención de la delegación Tlalpan respecto a la depresión.
- Describir los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y referencia de la depresión desde la perspectiva de las/os usuarias/os y de los prestadores de servicios de salud en el primer nivel de atención.
- Identificar los obstáculos y facilitadores en la atención de la depresión en usuarios y personal de salud del primer nivel de atención de la delegación Tlalpan.



## 6. Justificación

La salud es una condición importante para que el ser humano pueda alcanzar un mejor nivel de vida y desarrollo. <sup>(21)</sup> Un componente esencial para gozar del “grado máximo de salud que se pueda lograr”, <sup>(22)</sup> es el bienestar mental. <sup>(23)</sup>

Pero la salud mental es todo un reto para los sistemas de salud en el mundo, ya que como se ha señalado representa una carga importante de enfermedad, tiene altos costos económicos y sociales, <sup>(3)</sup> así como bajos porcentajes de atención <sup>(1)</sup> y grandes demoras para ser diagnosticada. <sup>(4)</sup> Del conjunto de trastornos, que atiende el área de la salud mental la depresión es el más frecuente.

Desde una perspectiva económica, la depresión representa una gran carga de enfermedad y discapacidad en edad productiva, ya que por ejemplo, en México en un año se llegan a perder hasta 27 días de trabajo por persona, debido a la depresión; <sup>(24)</sup> en relación a este dato, en un estudio sobre el costo de la depresión en el lugar de trabajo, se estimó que en 8 países (entre los que se encontraba México) se perdía entre el 0.1% y el 4.9% del Producto Interno Bruto debido al ausentismo y presentismo (estar más horas en el lugar de trabajo de las exigidas, principalmente por miedo a perder el trabajo, sin que esto signifique ser más productivo) laboral. <sup>(25)</sup>

También, los costos de atención son altos, ya que, las personas que padecen trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud. <sup>(24)</sup>

Asimismo, la depresión representa un problema social y cultural teniendo en cuenta que las personas que la padecen suelen ocultarla y por consiguiente no se tratan. La relación con las personas más cercanas, como la familia, comienza a deteriorarse y a agravar los posibles problemas que la detonaron, lo cual también forma parte de la relación en general con su comunidad. <sup>(26)</sup> <sup>(27)</sup>

Así pues, la depresión es un problema que tiene diferentes dimensiones y su “estudio requiere de múltiples aproximaciones”. <sup>(1)</sup> Una de las aproximaciones que interesa



resaltar en este estudio es la enfocada en los servicios primarios de atención a la salud, ya que como menciona Wagner es necesario contar con “nuevos modelos de atención que incluyan el abatimiento de las barreras, el entendimiento de los factores socioculturales y la inclusión del manejo primario de la depresión”.<sup>(24)</sup>

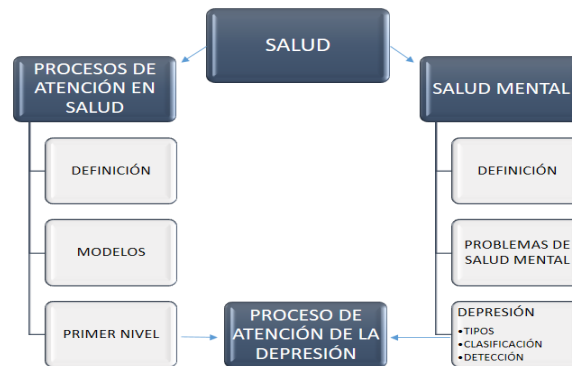
Analizar el proceso de atención de la depresión desde la perspectiva del usuario y de los prestadores de servicios de salud puede aportar información relevante sobre aquellas barreras y obstáculos que interviene en dicho proceso, ocasionando que este no se realice de manera oportuna ni adecuada. También, puede brindar información de aquellas circunstancias o factores que facilitan o contribuyen a la realización de este proceso, lo cual, finalmente podría aportar evidencia para la mejora de la atención de la depresión.

## 7. Marco Teórico

Para el desarrollo de esta investigación se parte del concepto general de “Salud”, del cual se desprenden dos temas principales que son la salud mental y el proceso de atención en salud, para converger en el proceso de atención de la depresión en el primer nivel de atención (figura 1).

Figura 1.

Esquema conceptual de la atención de la depresión en el marco de la salud



Fuente: elaboración propia

### Salud

La Salud es “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” <sup>(28)</sup> En esta definición de la OMS es importante destacar que el componente de bienestar mental ocupa un lugar esencial <sup>(23)</sup> para alcanzar una salud plena. Sin embargo, no es una prioridad de los servicios de salud, ya que, del total del presupuesto asignado a la salud en México, solamente el 2% está orientado a la salud mental, en donde, el 80% se destina al tercer nivel de atención (Figura 2). <sup>(17)</sup>



Figura 2.

Pirámide de Atención de Salud Mental en México



Fuente: Presentación Medina Mora, 2016 PASPE INSP (versión modificada)

La salud está determinada por factores biológicos y psicosociales. Uno de los determinantes sociales de la salud, es el sistema de salud, que tiene como función importante la prestación de servicios. <sup>(29)</sup> Esta prestación está organizada en niveles y redes de atención <sup>(30)</sup> <sup>(31)</sup> para garantizar la continuidad tienen como punto de partida el primer nivel de atención, en donde se llevan a cabo principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección y tratamiento de las patologías más frecuentes.

### Atención Médica

Se define al proceso de atención médica como “aquella actividad mediante la cual paciente y médico establecen una relación dirigida a la identificación y solución de uno o más problemas de salud presentes en dicho paciente.” <sup>(32)</sup> En el proceso de atención médica, el método en el que se apoya el médico es el método clínico, el cual se basa en la aplicación del método científico en la práctica médica, con la finalidad de establecer un diagnóstico y tratamiento. <sup>(33)</sup>

En el proceso de atención médica hay diferentes fases (interrogatorio, exploración, diagnóstico y tratamiento) que se pueden ver afectadas por las condiciones emocionales y cognoscitivas, así como por las circunstancias sociales y éticas que se





presentan en la relación médico paciente. <sup>(34)</sup> Al respecto, De la Fuente señala que “en la relación médico-paciente, tanto la personalidad del médico como la del enfermo y el estrato social y cultural al que uno y otro pertenecen y el escenario en el cual se da el acto, desempeñan un papel importante...Las actitudes del médico, sus acciones y sus omisiones influyen en el enfermo, y la disposición y las actitudes de este último a su vez influyen en el médico”. <sup>(34)</sup>

La relación médico-paciente puede ser de diferentes tipos: participativa, informativa, interpretativa, paternalista e instrumental (Cuadro 1). <sup>(35)</sup>

Cuadro 1  
Modelos de relación médico-paciente

MODELO	ACTIVIDAD DEL MÉDICO/A	DECISIÓN
<b>Participativo</b>	Discute y desarrolla valores con el paciente	Paciente
<b>Informativo</b>	Se brinda información y opciones, decisión del paciente	Paciente
<b>Interpretativo</b>	Se da información opciones y consecuencias, se recomienda tratamiento	Paciente
<b>Paternalista</b>	Selecciona una intervención que el médico identifica como la mejor	Personal médico

Fuente: Mojica Elizabeth, 2007. (versión modificada)

### Primer nivel de atención

El Sistema Nacional de Salud está organizado en tres niveles de atención médica, <sup>(36)</sup> esta formación permite designar recursos y determinar funciones dentro del mismo sistema. <sup>(37)</sup>

El primer nivel es el más cercano a las personas y constituye la “puerta de entrada al sistema de salud”, atiende necesidades básicas de salud y las patologías más frecuentes, y allí se implementan medidas preventivas y se detectan enfermedades comunes. <sup>(36)</sup> <sup>(37)</sup> El primer nivel de atención está conformado por los centros de



salud, unidades de Medicina Familiar y clínicas familiares de instancias federales y estatales, atendándose en este nivel casi el 80% de los padecimientos. <sup>(36)</sup>

## Salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. <sup>(28)</sup>

## Depresión

La depresión “es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. <sup>(18)</sup>

Actualmente, para la categorización de los problemas mentales existen dos sistemas generales de clasificación: el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, <sup>(6)</sup> versión 5 (DSM-V) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, decima revisión <sup>(19)</sup> (CIE-10) desarrollado por la OMS. En el DSM-V la depresión se ubica en los trastornos del estado de ánimo y para la CIE-10 en los trastornos afectivos (del humor). Ambas clasificaciones coinciden, entre otras, en la definición de una depresión intensa a la que catalogan de “mayor” o “grave”, la cual es motivo de discapacidad y es al tipo de depresión que se refieren la mayoría de las encuestas y estadísticas presentadas.

Un hecho que es importante hacer notar es que las GPC que hay en torno a la atención a la depresión en México se basan en una versión anterior al DSM-V: la versión revisada del DSM-IV. Esta versión señala que para poder diagnosticar depresión mayor se deben de tener la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo período de 2 semanas y esto representa un cambio



respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es el estado de ánimo depresivo y/o la pérdida de interés o placer (anhedonia).

- I. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- II. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- III. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- IV. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- V. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- VI. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- VII. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
- VIII. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
- IX. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico. <sup>(38)</sup>

#### Proceso de atención a la depresión.

En México existen 3 Guías oficiales para atender la depresión en el primer nivel de atención: La Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el Adulto”, <sup>(39)</sup> la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor” <sup>(40)</sup> y La guía clínica para el manejo de la depresión. <sup>(7)</sup> La primera de estas guías se enfoca en Mujeres y Hombres en edad de 18 a 59 años, la segunda en los adultos mayores de 60 años en adelante y la tercera en la población en general, pero ésta se desarrolló para ser aplicada principalmente por personal de salud mental del primer nivel de atención (aunque vale señalar que sus recomendaciones son extensivas a todos los prestadores de servicios de salud del primer nivel). Cada una



de estas guías presenta “Evidencias y Recomendaciones” en los diferentes momentos que se pueden presentar en el transcurso de la atención médica (cuadro 2).

Cuadro 2

Comparación de fases en guías de atención a la depresión en el primer nivel

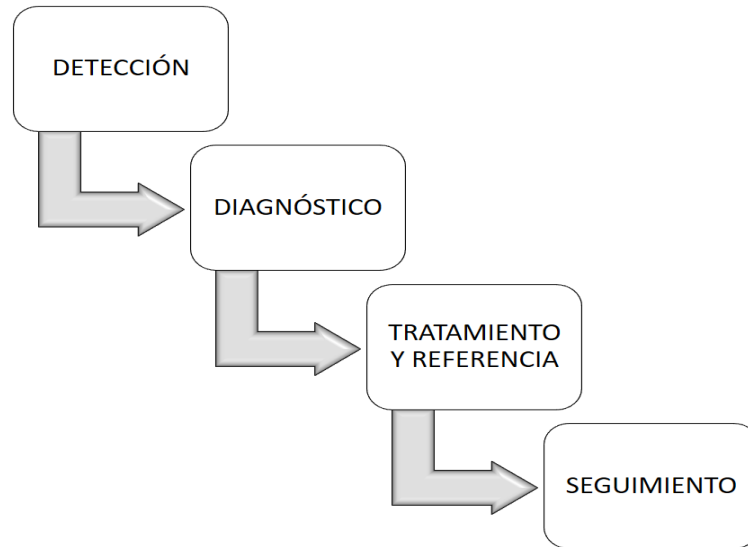
<b>GPC Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el Adulto</b>	<b>GPC Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el Adulto Mayor</b>	<b>La guía clínica para el manejo de la depresión</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnóstico</li><li>- Tratamiento farmacológico</li><li>- Tratamiento no farmacológico</li><li>- Referencia y contrarreferencia.</li><li>- Vigilancia y seguimiento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevención primaria</li><li>- Detección de factores predisponentes.</li><li>- Diagnóstico</li><li>- Identificación de depresión vascular</li><li>- Diagnóstico diferencial</li><li>- Depresión y su asociación con síntomas geriátricos</li><li>- Tratamiento de la depresión.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Detección.</li><li>- Diagnóstico,</li><li>- Identificación de la severidad del cuadro depresivo,</li><li>- Identificar posibles casos de suicidio.</li><li>- Tratamiento,</li><li>- Seguimiento</li><li>- prevención de recaídas</li></ul>

Elaboración personal. Fuente: guía clínica para el manejo de la depresión, GPC “Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el Adulto”, la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor”.

A efecto de establecer un proceso “general” de atención a la depresión en el primer nivel de atención, que permita en la presente investigación analizar sus procesos, y considerando las similitudes en los momentos que contemplan las guías mencionadas, en la presente investigación se consideró el siguiente proceso general de atención a la depresión (figura 3).

Figura 3

Fases generales de la atención a la depresión en el primer nivel de salud



Elaboración personal. Fuente: guía clínica para el manejo de la depresión, GPC "Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el Adulto", la GPC "Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor".



## 8. Metodología

### Diseño

Se efectuó un estudio cualitativo descriptivo para conocer cómo se lleva a cabo el proceso de atención a la depresión en el primer nivel de atención de salud. A través de entrevistas semiestructuradas se analizó la perspectiva del personal de salud y de los y las usuarias del primer nivel de la Delegación Tlalpan.

### Muestra y muestreo

Se eligieron dos centros de salud, uno ubicado en zona rural: Centro de Salud T-II Topilejo; el otro ubicado en zona urbana: Centro de Salud T-III Dr. David Fragoso Lizalde.

Para la perspectiva del usuario se entrevistaron a 9 personas por centro de salud que esperaban ser atendidas o que habían salido de consulta médica en cada uno de los centros de salud. Fueron 3 adultos mayores hombres, 3 adultas mayores mujeres y 3 mujeres en edad de 20 a 59 años, por centro de salud.

En el caso de adultos mayores mujeres y hombres (60 años o más), se valoró que no tuvieran problemas que les impidieran escuchar y/o hablar o algún problema de orientación; para asegurar esto último se hicieron tres preguntas: “Dígame la fecha del día de hoy”, “Dígame en qué lugar nos encontramos” y “Repita esta frase”: en un trigal había cinco perros (preguntas tomadas del instrumento Mini-mental State Examination). <sup>(41)</sup> Las tres respuestas debieron ser correctas para participar en el proyecto.

Para conocer la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, se entrevistaron cinco profesionales médicos que aceptaron participar en la investigación. Un hombre y una mujer médico por centro de salud. Se incluyó la participación de una médica que aceptó participar en la investigación.



Las entrevistas se hicieron basados en una guía de entrevista que para el caso de los usuarios contempla los siguientes rubros: Uso del servicio de salud, conocimiento acerca de lo que es la depresión, detección de síntomas de depresión, diagnóstico, tratamiento y referencia, obstáculos para la detección de la depresión, facilitadores para la atención a depresión y sugerencias.

En la guía de entrevistas para el caso de los prestadores de servicios de salud se consideraron los siguientes rubros: conocimiento acerca de lo qué es la depresión, detección de síntomas, diagnóstico, tratamiento y referencia, obstáculos, facilitadores y recomendaciones.

#### Plan de análisis

Las entrevistas fueron grabadas y se transcribieron en un documento de texto; la información recabada se organizó en las categorías generales: conocimientos sobre depresión, proceso de detección, proceso de diagnóstico, proceso de tratamiento, proceso de referencia, obstáculos en los procesos, facilitadores en los procesos y sugerencias de mejora del servicio, considerando las siguientes dimensiones de análisis: cuadros 3 y 4.

Cuadro 3

Dimensión de análisis en las entrevistas a usuarias/os

<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Categoría de análisis</b>
<b>Uso del servicio de salud</b>	Es la frecuencia con que usan el servicio de salud y el tiempo que tienen de usarlo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar la frecuencia de uso, por alguna causa que se asocie a la depresión.</li></ul>
<b>Conocimiento acerca de lo que es la depresión.</b>	Es el conocimiento que tiene la persona acerca de la depresión, mencionando algunos síntomas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocimiento general de la depresión.</li></ul>
<b>Detección de síntomas de depresión.</b>	El usuario identifica si en consulta le hicieron preguntas acerca de su estado de ánimo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de preguntas acerca del estado de ánimo.</li></ul>



<b>Diagnóstico</b>	El usuario identifica si alguna vez le han diagnosticado depresión, reconociendo quién lo diagnosticó y el tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y el diagnóstico de depresión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de realización de diagnóstico.</li> <li>• Tipo de diagnóstico.</li> <li>• Quién realizó el diagnóstico.</li> <li>• Identificación del tiempo transcurrido entre síntomas y diagnóstico.</li> </ul>
<b>Tratamiento y referencia</b>	El usuario identifica si el centro de salud ofrece tratamiento y/o referencia para la depresión o si a él (si ese fuera el caso) le ofrecieron tratamiento, si lo ha continuado, cómo ha sido y si le ha servido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de tratamiento en el centro de salud.</li> <li>• Identificación de la referencia.</li> </ul>
<b>Obstáculos para la atención a la depresión.</b>	Impedimento, dificultad o inconveniente que interviene en el proceso de atención a la depresión en el centro de salud o si ese fuera el caso, en el proceso que él vivió.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de dificultades o circunstancias que intervienen en las fases del proceso de atención a la depresión.</li> </ul>
<b>Facilitadores de la atención a la depresión</b>	Circunstancia, medio o factor que interviene en el proceso y que contribuye a su realización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de factores o circunstancias favorables que intervienen en las fases del proceso de atención a la depresión.</li> </ul>
<b>Sugerencias para mejorar la detección y el tratamiento de las personas con depresión.</b>	Ideas, consejos, comentarios basados en la experiencia de haber pasado por un proceso de atención a la depresión que tienen la finalidad de mejorar dicho proceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de comentarios, ideas, consejos que tienen la finalidad de mejorar el proceso de atención a la depresión en el primer nivel de atención.</li> </ul>

Cuadro 4

Dimensión de análisis en las entrevistas a personal de salud

<b>Dimensión</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Categoría de análisis</b>
<b>Conocimiento acerca de lo que es la depresión.</b>	Es el conocimiento general que tiene el personal médico acerca de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento general sobre la depresión, revisando cual es la frecuencia con la que llegan pacientes con depresión.</li> <li>• Identificación de síntomas y si ha recibido atención en torno a la</li> </ul>





		atención de la depresión.
<b>Detección de síntomas generales de la depresión.</b>	El personal médico conoce los síntomas de la depresión para la detección.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identificación del procedimiento de detección de la depresión.</li><li>▪ Frecuencia con la que atiende pacientes con síntomas de depresión.</li></ul>
<b>Diagnóstico de la depresión.</b>	El personal médico sigue algún procedimiento para diagnosticar la depresión.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de cómo lleva a cabo el proceso de diagnóstico de la depresión.</li><li>• Identificación de algún documento base o de apoyo para el proceso de diagnóstico.</li><li>• Conocimiento del procedimiento para elaboración del diagnóstico de depresión.</li></ul>
<b>Tratamiento y referencia</b>	El personal médico lleva a cabo algún tratamiento o referencia para la atención de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocimiento del procedimiento para brindar tratamiento a la depresión.</li><li>• Identificación de algún proceso de referencia para la atención de la depresión.</li></ul>
<b>Obstáculos, facilitadores y recomendaciones</b>	Identificación de obstáculos, facilitadores en el proceso de atención a la depresión.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de obstáculos y facilitadores en la detección, diagnóstico, tratamiento y referencia de la depresión en el primer nivel de atención.</li><li>• Sugerencias para la mejora en la referencia.</li></ul>

Posteriormente, se trianguló lo reportado por el personal médico y por las y los usuarios, contrastando la información con lo encontrado en la literatura científica respecto al tema.



## 9. Criterios éticos

Se contó con la aprobación del comité de ética del INSP y de los centros de salud. La participación en este estudio no representó ningún riesgo para las personas involucradas. Sin embargo, se solicitó la autorización de los participantes mediante una carta de consentimiento escrito, la cual incluye de manera explícita, los objetivos del estudio, el tema a tratar, la descripción y duración de las técnicas utilizadas y los datos de contacto para cualquier aclaración.

La recolección de la información de las entrevistas semiestructuradas fue a través del uso de audio grabadoras, con la previa autorización de los participantes.

El uso de la información obtenida fue para uso exclusivo de este estudio, por lo que se respeta la confidencialidad de los datos que los participantes proporcionaron.

La participación en este estudio fue de manera voluntaria y no otorgó ningún beneficio o estímulo; los participantes fueron libres de retirarse en el momento que así lo decidieron.

Los resultados de este estudio serán presentados ante las autoridades de la Secretaría de Salud el Gobierno de la Ciudad de México y de su Jurisdicción Sanitaria en Tlalpan para su consideración en la toma de decisiones futuras.



## 10. Resultados

Se realizaron las siguientes entrevistas: cuadros 5 y 6.

Cuadro 5

Datos usuarios/ usuarias entrevistados

Nombre Clave Topilejo	Edad	Escolaridad	Nombre Clave David Fragoso	Edad	Escolaridad
AMhT1	71	no tiene estudios	AMhD1	70	secundaria
AMhT2	68	primaria	AMhD2	78	2do de secundaria
AMhT3	62	primaria	AMhD3	67	primaria
AMmT1	63	primaria	AMmD1	67	no tiene estudios
AMmT2	61	segundo de primaria	AMmD2	65	analfabeta
AMmT3	77	primaria	AMmD3	73	primaria
MT1	45	secundaria	MD1	51	secundaria
MT2	58	sin estudios	MD2	59	primaria
MT3	45	secundaria	MD3	57	3ero de primaria

Nota: El nombre clave se asignó retomando la primera letra de categorizar a las personas entrevistadas según la edad y el lugar, así, por ejemplo, si era adulto mayor hombre de Topilejo se puso: AMhT, y el número 1 para el primer entrevistado.

Cuadro 6

Datos de prestadores de servicios de salud entrevistados/as

Nombre clave	Edad	Sexo	Servicio	Grado de estudios	Años de estar en la institución
MD1	29	Femenino	Atención Médica	Licenciatura	5
MD2	31	Femenino	Atención Médica	Licenciatura	12
HD	38	Masculino	Atención Médica	Maestría	12
MT	33	Femenino	Atención Médica	Licenciatura	4
HT	45	Masculino	Atención Médica	Licenciatura	15



## Conocimiento acerca de lo qué es la depresión

Prestadores/ras de servicios de salud:

Manifestaron que existe una alta frecuencia de personas que se presentan a los servicios de salud del primer nivel de atención con síntomas emocionales “... en primer nivel es muy frecuente que los pacientes vengan por más problemas emocionales que fisiológicos”, relataba MD2.

En esta categoría de análisis se observa una diferencia de sexo en la apreciación de la frecuencia con que llegan pacientes con síntomas de depresión a consulta, los hombres hablaron en términos de “semanas” y las mujeres de manera “diaria” (cuadro 7).

Cuadro 7

Diferencia de sexo en prestadores de servicios respecto a la frecuencia de casos de depresión

Médico	Médicas
<p>“Muy frecuentemente en un promedio de dos tres por semana” HD</p> <p>“...si estamos viendo alrededor de 15 pacientes por día a lo mejor uno o ... no sé 4 a la semana...” HT</p>	<p>“...es muy frecuente ... Yo veo entre 5 y 6 pacientes al día, de esos la mitad tiene problemas depresivos” MD1</p> <p>“un 85% de la población... Llegan 11 diarios” MD2</p> <p>“mmm... 35%...2 ó 1 (diarios)” MT</p>

En relación a los conocimientos se encontró que el personal de salud reconoce síntomas característicos, principalmente la tristeza, la anhedonia y el insomnio: “...lo que clínicamente nos han instruido, por ejemplo, quizás el rasgo más característico es cuando dejan de hacer lo que les gusta, la anhedonia..”, expresó HT.



Usuarios/as:

Por su parte la mayoría de los usuarios/as expresaban que no conocen “bien” qué es la depresión, cuando ocurría esto se les preguntaba si conocían a alguien que tuviera depresión y así era como expresaban los síntomas. Por ejemplo, una mujer del centro de salud de Topilejo en su entrevista manifestaba lo siguiente:

Entrevistador: *¿Usted sabe qué es la depresión?*

Usuaría: *Exactamente no.*

E: *¿Conoce a alguien que tenga depresión o que le hayan dicho que padece depresión?*

U: *Sí.*

E: *¿Qué ve en esa persona? ¿Qué tiene esa persona?*

U: *Pues me platican, pero así exactamente de verla no.*

E: *¿Y qué es lo que le platican que tiene?*

U: *Pues no sé, que se siente mal, no sé, pues es que hay momentos... que no se quiere.... no quiere salir, estar ahí nada más. MT2*

Otro testimonio, en el caso de un hombre del centro de salud de Topilejo, comentaba lo siguiente: *“Bien, bien, no...pues a donde me han platicado (es) dolor de cabeza, no pueden dormir no les da hambre, algo de eso”*. AMhT2

Un dato importante de estos dos informantes es que ambos presentan síntomas de depresión como se explicará más adelante.

Por otro lado, entre los síntomas que reconocen los usuarios/as está la tristeza, el insomnio y la falta de apetito: *“Bueno, bien, bien no, pero sé que cuando se deprime uno mucho y todo eso.... ha de estar un somnoliento... ni ganas le dan a uno de comer”*, relató AMhD1.



Otro síntoma que algunos usuarios/as mencionaron como parte de la depresión es la presión alta: *“Pues la verdad cuando me dijeron que tenían depresión pues era porque tenía la presión alta y hasta la fecha la sigo teniendo”*, comentó MD2

Al respecto AMmT3 comentaba: *“Pues porque trae alta la presión, ahí se dan cuenta que sufre uno de eso, a veces uno no sabe uno de que ... se pone uno enfermo de la presión, piensa uno cosas... cosa fácil voy a tomar esto para que se me calmé o me hice esto, como yo agarró y me pongo un trapo en el cuello mojado, para que me refresque, por si dicen que la sangre se, se altera, entonces pues yo me hago eso, me pongo el trapo, y si se me ha normalizado.”*

### **Detección de síntomas generales de la depresión.**

Prestadores de servicios de salud:

Las y los médicos empiezan a sospechar de depresión cuando hay pacientes que señalan tener algún dolor físico (frecuentemente dolor de cabeza) pero que este no tiene causa aparente: *“Por ejemplo que sienten tristeza, llanto, insomnio, apatía y la duración que algunos refieren...son pacientes que vienen que porque todo les duele. También, son pacientes que no encuentro alguna razón para un padecimiento y es cuando empiezo preguntar más...”*, MT.

*“Sí, específicamente a platicar, un poquito disfrazado de algún padecimiento... un dolor así inespecífico, una sensación de malestar, pero físicamente no se les encuentra un diagnóstico”* HT

Asimismo, para detectar la depresión y comenzar un proceso de diagnóstico las y los médicos expresan, que una vez que ubican al paciente con síntomas de depresión, pueden tomar la decisión de profundizar en los síntomas que se relacionan con la depresión o abocarse primordialmente al motivo de consulta del paciente y citar para otro día, para así poder tocar el tema de su estado de ánimo, debido a la limitación de tiempo:



*“Se hace mayor indagación; trato de llevar el CIE-10, las características todas las características que tiene, como que ir indagando a ver qué otros síntomas aparte de llanto fácil, si me dejó de comer o está comiendo de más, bajó de peso, saber cómo está durmiendo, sus actividades diarias”, MD1.*

*“Sí, regularmente tenemos 20 minutos para atenderlo a veces no nos alcanza para la historia clínica y se le solicita al paciente que regrese y nos siga hablando de lo mismo; pocos regresan, pero la intención es darle seguimiento”, HT.*

*“Normalmente no, aquí el problema es que tenemos muy poco tiempo, entonces a veces ellas son las que te empiezan a decir: “oiga es que me estoy empezando a sentir así y ¿es normal?”. Y de ahí te empiezan a preguntar, entonces uno ya empieza a preguntar o a veces, como yo veo crónicos y tengo la oportunidad de estarlos citando, le digo: “te cito en una semana, me sigues explicando qué es lo que te sucede”. O a veces dices: “¡chin!”...al final de la consulta siempre empiezan ahí: “qué cree, que hace tiempo me vengo sintiendo así”. Pero te lo dicen ya cuando ya va a terminar su consulta, entonces bueno: “a la otra consulta ya, me dices ¿no? Empezamos a ver eso, ese problema” ...”, MT.*

En este punto es importante recordar que existen dos GPC y una guía clínica para el manejo de la depresión, estas sugieren que para lograr la detección o comenzar el proceso de diagnóstico se hagan dos preguntas de escrutinio en torno a si el paciente presenta ánimo deprimido o si presenta anhedonia. En consideración de este apunte es importante señalar como resultado que ningún médico o médica refirió o evocó estas preguntas para el proceso de detección. Además, de hacer notar que en el caso de los adultos mayores la GPC recomienda que se debe de buscar de “manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno” <sup>(40)</sup>

Usuarios/as:



En relación al proceso de detección, en la entrevista semiestructurada dirigida a los y las usuarias se incluyó identificar si en la consulta, se les había preguntado sobre su estado de ánimo o si presentaban anhedonia. También se incluyó una pregunta para conocer la respuesta y así poder identificar, por un lado, si se les había detectado o diagnosticado, y por el otro, para saber si presentaban o no síntomas de depresión.

En razón de lo anterior, revisando la frecuencia de la respuesta a estas preguntas se obtuvo el dato de que, de 18 entrevistados, 13 manifestaron síntomas de depresión y de estos, 10 reportaron que no les habían preguntado sobre su estado de ánimo o posibles síntomas de anhedonia (cuadro 8 y 9).

Cuadro 8

Datos sobre depresión. Usuarios Centro de Salud Topilejo

<b>Clave</b>	<b>Preguntaron estado de ánimo</b>	<b>Presenta síntomas de depresión</b>	<b>Fue diagnosticado</b>
AMhT1	Sí	No	No
AMhT2	No	Sí	No
AMhT3	No	No	No
AMmT1	No	Sí	No
AMmT2	No	Sí	No
AMmT3	Sí	Sí	No
AmT1	No	No	No
AmT2	Sí	Sí	Sí
AmT3	Sí	Sí	No





Cuadro 9

Datos sobre depresión. Usuarios Centro de Salud David Fragoso

Clave	Preguntaron estado de ánimo	Presenta síntomas de Depresión	Fue diagnosticado
AMhE1	Sí	Sí	No
AMhE2	Sí	Sí	Sí
AMhE3	No	Sí	No
AMmE1	No	No	No
AMmE2	Sí	No	No
AMmE3	No	Sí	No
AmE1	No	Sí	No,
AmE2	Sí	Sí	Sí
AmE3	No	Sí	No

### Diagnóstico de la depresión

Prestadores de servicios:

Para realizar el diagnóstico el personal médico reporta que se basan en diferentes instrumentos como la escala de depresión geriátrica Yesavage y se apoyan en la identificación de síntomas con el CIE -10 y el DSM IV: *“el CIE-10 y Yesavage que es el que también hora sí, el de batalla”*, MD1.

Para esta categoría de análisis se les preguntó a los prestadores de servicios sobre cuándo fue la última vez que habían diagnosticado depresión, se encontró que las mujeres refieren diagnósticos más recientes y más frecuentes (cuadro 10).



Cuadro 10

Prestadores de servicios, último diagnóstico depresión, según sexo

Médicos	Médicas
<i>“hace dos semanas”</i> HD	<i>“ fue hace 3 días”</i> MD1
<i>“Hace como dos años, propiamente como depresión como dos años”</i> HT	<i>“ayer”</i> MD2
	<i>“yo creo que dos semanas”</i> MT

Usuarios/as:

Al revisar los cuadros 8 y 9, por centro de salud, en el caso de Topilejo a 5 personas no le preguntaron sobre estado de ánimo y de estos 3 presentaban síntomas. Para el caso del David Fragoso ocurrió algo similar a 5 no le preguntaron sobre estado de ánimo y 4 presentaban síntomas. También se puede identificar que en el caso del centro de salud Topilejo 6 manifestaron síntomas de depresión y solo uno tuvo diagnóstico; para el caso del David Fragoso, 7 manifestaron tener síntomas de depresión y dos tuvieron diagnóstico. La siguiente es una expresión de una mujer entrevistada que ante la pregunta de “¿ha perdido el interés o placer en las cosas o situaciones que antes o que generalmente ocasionaban placer o alegría?” Respondió: *“...si me siento así como, que luego le decía yo a mi hermana: “yo ya no quiero estar aquí, ya me quiero morir”, siempre le decía yo: “ya me quiero morir, ya para qué me sirve la vida si no tengo a nadie”, siempre así le digo, pero, ahí sigo adelante por ella, porque ella es más grande que yo y pues le tenemos que echar ganas, si no le doy ánimos yo ¿quién?.”* AMmT2

Otro dato que llama la atención es que las personas que reportaron haber sido diagnosticadas con depresión, reportan que su diagnóstico fue hecho por médicas.

### Tratamiento y referencia

Prestadores de servicios de salud:



Los médicos/as reportaron que el tratamiento consiste en recetar medicamento y/o referir con el especialista según sea el caso, procurando citar de manera mensual o dejando que la oficina de trabajo social le dé seguimiento: *“ocasionalmente (les da seguimiento) eso le corresponde a trabajo social, en realidad”* MD2.

*“Pues, frecuentemente se da tratamiento, verdad, y se cita mes con mes, hasta que se vean resultados, frecuentemente yo espero que lo valore el psiquiatra”*, HD.

Usuarios/as:

La mayoría de los usuarios reporta desconocer si hay tratamiento o atención en el centro de salud al que acuden: *“No pues nunca nos han platicado que aquí haya consulta de psicología, nada”*, dijo AMmT1. Por otro lado, un adulto mayor del David Fragoso comentó: *“La verdad no le he puesto bien atención aquí, cuando vengo a eso”* AMhD1

### **Obstáculos para el proceso de atención a la depresión**

Prestadores de servicios de Salud:

Los médicos/as reportan que los principales obstáculos para abordar el tema de la depresión de sus pacientes son el tiempo escaso de consulta, desconocimiento del tema, que el paciente oculta o tiene prejuicios en torno al tema de la depresión y falta de psicólogos o personal especializado. *“Yo creo que el tiempo... yo creo que indagar si a veces si uno le pregunta cómo se siente, es que al paciente le preguntas como se siente y se empieza a soltar... un poco más conocer los síntomas, no todos los pacientes son iguales, hay pacientes que son así como atípicos o ellos lo ven normal también, les preguntas y lleva 8 meses sintiéndome así y ellos lo ven normal”*, comentó MT.

*“Quizás... es el tiempo que nos asignan al paciente... sean una limitante... el paciente minimiza su situación, cree que puede mejorar en poco tiempo hasta que se da cuenta que lleva ya muchos meses o años con esas fluctuaciones del ánimo y la otra*



*es que quizás deberíamos hacer la detección o tener los formatos más a la mano para hacer un procedimiento exclusivo de la detección del padecimiento”, comentó HT.*

En relación con el obstáculo que representa el escaso tiempo que se tiene en consulta, algunos médicos comentaron que a veces ante la sospecha de identificar depresión en un paciente, deciden concentrarse en atender la sintomatología referida por el paciente:

*“El mayor (obstáculo) es la demanda de pacientes que tengo, no me permite dedicarle el tiempo necesario para interrogarlo o sea si a mí me dicen vengo por un dolor de pecho yo solamente descarto que no sea algún agudo y si no lo es, sinceramente lo dejo, aunque yo tenga alta sospecha de que ese dolor de pecho es más un dolor sentimental que un dolor muscular óseo o de algún problema del corazón.”* Comentó MD2.

*“...a veces de repente también saltarme el procedimiento en vez de preguntar directamente depresión agarro y me voy a los síntomas también un obstáculo mío”*  
MD1

*“...cosas que a lo mejor uno no pregunta, normalmente no preguntas...”* MT

Usuarios/as:

Por su parte los usuarios/as reportan como limitantes la falta de capacidad del personal médico para poder detectar la depresión, que las personas (pacientes) no reportan o expresan lo que tienen y que a veces el médico no indaga más por falta de interés. *“Pues yo pienso, falta de capacidad del médico... Incapacidad y preguntarle al paciente, porque tiene su obligación de preguntarle consciente de que informarle al paciente también cómo se siente, si se siente triste o si se siente bien, es una obligación del médico”,* expresó AMhD2.



*“...la capacidad, de ver como médico que la persona viene mal, la capacidad como doctor, por decir esa responsabilidad, de ver cómo viene la persona y pues también uno tiene que decirle porque hay veces que ...”, refirió AMmT1.*

### **Facilitadores del proceso de atención**

Prestadores de servicios de salud:

Lo expresado por los médicos/as señalan como un posible facilitador que existen personas que pueden apoyar en la detección, como es el caso de las enfermeras: *“A la mejor la entrevista con la enfermera, como ellos pasan primero con ella, por ejemplo la compañera pues si le pregunta también como ha estado, entonces a lo mejor ahí el paciente ya se siente con más confianza o tiene más tiempo mi compañera y entonces ya cuando pasa o al menos yo aquí escucho lo que están diciendo, entonces a veces si digo esa paciente algo trae ¿no?.”*, MT..

*“Que tenemos el formato, que tenemos personal que podría de alguna manera hacer una preselección de los pacientes que vengan y asignarles un poquito más de tiempo para que podamos contar en su diagnóstico “*, expresó HT.

Usuarios/as

Por su parte los usuarios/as en este tema expresaron como algo que facilitaría la atención que ellos como pacientes comentaran sus síntomas: *“Pues yo creo más que nada platicarle al doctor desde un principio lo que uno siente lo que uno tiene para que ellos mismos se vayan dando cuenta del problema de lo que uno tiene”*, señaló MD2.

### **Recomendaciones**

Prestadores de servicios de salud:

Sugieren contar con más personal especializado en el tema, seguir contando con los medicamentos y mayor capacitación: *“Pues una sería más capacitación, otra sería*



*más tiempo, a lo mejor para esa patología podríamos ocupar más tiempo, que estén los medicamentos en el cuadro básico, que esté surtida la farmacia y más psicólogos, más personal”, MD2.*

*“El recurso que tuvimos, verdad, de en un psiquiatra, se pueden dar el sertralina y los medicamentos ... fluoxetine yo creo que cada caso se debe de individualizar”, HD.*

Usuarios/as:

La mayoría de los usuarios recomienda que haya un consultorio especializado y/ o más psicólogos: *“Pues ahora sí que hubiera aquí algún consultorio especializado para todas esas personas que llegamos con un poco de depresión, porque hay muchas gentes que luego hacen cosas que...”*, AMhD1..

*“Pues que la Secretaría de Salud mandara gente con un psicólogo acá, yo me imagino que eso, para que pudiéramos ser atendidos y que nos solucionarían la depresión, pues para que nos orienten más que nada, qué hacer para eso”, expresó AMmT2.*



## 11. Discusión

Como se comentó, la depresión es un trastorno mental muy frecuente, que al igual que otras enfermedades mentales presenta la particularidad de ser poco diagnosticada y en consecuencia no recibir tratamiento oportuno. <sup>(1)</sup> <sup>(4)</sup> Los resultados obtenidos en la presente investigación apuntan en ese sentido; los testimonios de las y los médicos confirman cualitativamente una alta prevalencia. Pero también el testimonio de los entrevistados confirma cualitativamente el hecho de que es alto el porcentaje de personas que no son diagnosticadas y no reciben tratamiento <sup>(3)</sup> (de 13 personas que manifestaban tener síntomas de depresión, solo 3 recibieron diagnóstico).

Ante esta situación, de elevada prevalencia y deficiente atención, la evidencia encontrada en esta investigación sugiere que en las dimensiones estudiadas del proceso de atención a la depresión se presentan un conjunto de circunstancias (atribuibles al personal de salud y al paciente) que mantienen el problema de salud pública que representa la depresión.

Así, en el caso del conocimiento acerca de lo qué es la depresión, en relación a los síntomas, el principal síntoma conocido tanto por usuarios como por personal de los servicios de salud es el sentimiento de tristeza. También se reconoce la falta de apetito y el insomnio; incluso la anhedonia y pensamientos recurrentes sobre la muerte. Pero existen otros síntomas que no son reconocidos, por ejemplo: la falta de concentración, el sentimiento de culpa y la agitación o lentitud psicomotriz. <sup>(7)</sup> <sup>(19)</sup> <sup>(38)</sup>, En los adultos mayores, la GPC señala que es más frecuente encontrar irritabilidad o enojo, ansiedad, deterioro cognitivo, actitudes obsesivas y compulsivas y aislamiento social; <sup>(39)</sup> las omisiones y falta de conocimiento impactan en el diagnóstico. <sup>(34)</sup>

En el caso de usuarios/as, llama la atención que personas entrevistadas que pudieran ser diagnosticadas con depresión, comentan que no saben qué es la depresión. Este hecho se puede interpretar como una negación o resistencia a aceptar la enfermedad, ya que estas mismas personas sí identificaron los síntomas en otra persona (no en



ellos o de manera cercana). Es importante tener presente que la “negación” y la “resistencia” son expresiones de una “autoestigmatización” <sup>(42)</sup> y la estigmatización es un obstáculo para la atención de las enfermedades mentales. <sup>(43)</sup> También, es necesario señalar que la falta de conocimiento sobre la depresión y las actitudes hacia la misma obstaculizan la búsqueda de ayuda. <sup>(44)</sup> Ante la falta de evidencia en esta investigación que sostenga que estas expresiones son una “negación”, se considera importante hacer notar las expresiones, ya que puede ser considerado en futuras investigaciones.

En cuanto a la detección de síntomas generales de la depresión y el diagnóstico, ninguno de los médicos/as refirió hacer las preguntas de escrutinio básico que señalan las guías de práctica clínica, <sup>(7) (40) (39)</sup> lo cual se ratifica con el hecho de que la mayoría de los usuarios y usuarias entrevistadas reportaron que no se les hacían estas preguntas.

Al respecto, es interesante señalar que aunque el presente estudio no es de carácter cuantitativo, ni pretende que sus “muestras” sean estadísticamente significativas, el hecho de que en los dos centros de salud los números sean similares en relación a pacientes con síntomas y sin diagnóstico, de manera general contribuye a confirmar que son pocos los casos de depresión que se logran diagnosticar; <sup>(3) (5)</sup> y de manera particular vislumbra la existencia de un patrón que se puede estar repitiendo en los centros de salud de Tlalpan, sobre lo cual sería necesario efectuar una investigación más detallada al respecto.

Del tratamiento y la referencia, las expresiones de prestadores de servicios de salud y de las y los usuarios, apuntan a direcciones contrarias ya que por un lado los primeros expresan que se receta y refiere; y por el otro lado se comenta que desconocen de tratamientos.

En relación a los obstáculos, tanto médicos/as como usuarios/as coinciden en identificar: la falta de capacitación y que el paciente no habla de sus problemas emocionales. Por parte de los médicos/as el principal factor expresado es el escaso





tiempo de consulta, la falta de psicólogos o especialistas y que se enfocan en la sintomatología referida por el paciente, aun a pesar de identificar síntomas de depresión. Por su parte, los usuarios/as, también señalan la falta de interés del médico. Estos datos confirman la evidencia que señala que en el primer nivel de atención las mujeres no suelen hablar directamente de su malestar emocional, pero que tampoco lo detecta el personal de salud o que cuando lo hace le resta importancia. <sup>(45)</sup>

Otro aspecto a considerar en los obstáculos es que el no diagnosticar la depresión (incluso a veces a pesar de notarla, como lo refirieron algunos médicos) tiene un impacto en los costos de atención ya que como se mencionó anteriormente, las personas que padecen trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud. <sup>(24)</sup>

De los facilitadores, no hay coincidencia entre prestadores de servicios de salud y usuarios/as, ya que los primeros señalan que facilita la labor el apoyo de otros prestadores como las enfermeras y algunos recursos como instrumentos diagnósticos; por otro lado los usuarios reportaron que un facilitador es que ellos mismos puedan hablar de lo que sienten, aspecto que coincide con lo recomendado por la OMS como un “componente vital de la curación”. <sup>(43)</sup>

De las recomendaciones la coincidencia es que haya más personal especializado, adicionalmente los médicos/as señalaron la capacitación y medicamento. En conjunto las recomendaciones y facilitadores van en el mismo sentido con lo encontrado por la doctora Saavedra <sup>(46)</sup> quien señala que uno de los aspectos generales que favorecerían la integración de la salud mental es la capacitación de los recursos humanos. En este sentido la evidencia encontrada en esta investigación contribuye a fortalecer la recomendación de la capacitación al personal de salud en el primer nivel de atención.

En relación a las diferencias de género, los resultados de la investigación sugieren que las médicas ponen más atención a la parte emocional, en contraste con sus



colegas hombres, estos datos confirman la evidencia que indica que las mujeres brindan más asesoramiento psicosocial a sus pacientes que los hombres. <sup>(47)</sup> <sup>(48)</sup>

Finalmente, la presente investigación alcanzó el objetivo general de analizar el proceso de atención de la depresión en usuarios y usuarias que acuden a los servicios de salud del primer nivel de atención de la delegación Tlalpan, esto desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud y de los mismos usuarios.



## 12. Conclusión

La depresión es un problema de salud pública importante que mantiene una tendencia al crecimiento, presenta alta prevalencia y altos costos económicos y sociales. Su atención es escasa y tardía; en este contexto es necesario que los sistemas de salud prevengan un incremento y mejoren su atención.

En el caso de los servicios de salud de la delegación Tlalpan, el proceso de atención a la depresión incluye de forma general las fases de detección, diagnóstico, tratamiento y referencia. Este proceso de atención presenta diferentes obstáculos que inciden en que la depresión no se diagnostique de manera oportuna: por un lado, el personal de salud no sigue lo recomendado en las guías de práctica clínica, también, al identificar un posible caso de depresión, el personal de salud en consulta no profundiza en este, ya sea por falta de conocimiento para tratar el tema, por falta de tiempo o por interés. Por otro lado, los usuarios que acuden a consulta y padecen depresión no hablan del tema ya sea por falta de conocimiento acerca de esta enfermedad, porque la ocultan o el sentirse triste lo ven como algo común.

En este sentido existe una “doble barrera” en la atención a la depresión: la que se encuentra en el personal de salud y la que se encuentra en los usuarios. Esta doble barrera contribuye negativamente en la tendencia de crecimiento en la depresión, lo cual representa altos costos sociales y económicos. Para implementar mejoras en la atención a la depresión en el primer nivel de atención se debe considerar que tanto el paciente como el del médico, son entes activos que pueden facilitar u obstaculizar la detección de la depresión y por ende su tratamiento.



### 13. Recomendaciones

- Implementar intervenciones para que por parte del personal de salud haya un mayor apego a la guía de práctica clínica de atención a la depresión, considerando situaciones como el manejo de tiempo y manejo de emociones. Enfatizando la importancia de la intervención del personal de salud en la detección temprana.
- Aumentar la plantilla de personal de ayuda psicológica, especializado en depresión. Se recomienda contar con al menos un psicólogo en cada centro de salud.
- Profundizar en el conocimiento sobre las necesidades de atención en salud mental que se presentan en los servicios de primer nivel de atención. Realizando un estudio que, entre otras características, confirme el número de pacientes con problemas emocionales que llegan a consulta
- Involucrar a otro personal de servicios de salud cercana a la población (enfermería, promotores de salud, trabajo social) en la detección de síntomas de depresión.
- Considerar en las GPC el manejo de contención emocional y el manejo del tiempo.
- Actualizar las GPC conforme el DSM-V y el próximo CIE-11.



## 14. Bibliografía

1. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México [internet]. 2013 [consultado el 21 de Octubre de 2016] 55(1): 74-80 Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002796](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796)
2. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet].; 2012 [consultado el 3 de octubre de 2016] Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
3. 65 Asamblea Mundial de Salud de la Organización Mundial de Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. [internet] Orden del Día. ; 2012. Report No.: Punto 13.2 WHA65.4.[ fecha de consulta 14 de octubre de 2016]. disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_R4-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf)
4. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. AJPH [internet]. 2007 [consultado el 15 de Octubre de 2016]; 97 (9) Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2006.090985>
5. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva No 369. [Internet].; 2016 [consultado el 10 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
6. Morrison J. DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico Saavedra DJ, editor. Distrito Federal: El Manual Moderno; 2014.
7. Heinze G, Camacho PV. Guía clínica para el manejo de la depresión. Editores: S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina Mora: Instituto Nacional de Psiquiatría. (serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). Ciudad de México; 2010.



8. healthdata.org [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation.[consultado el 17 de octubre de 2016] Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
9. healthdata.org [internet] Institute for Healt Metrics and Evaluation . [consultado el 17 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.healthdata.org/infographic/percent-change-total-dalys-1990-2010>
10. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. [internet]. Ediciones de la OMS, Ginebra, Suiza; 2010. 83 p. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf)
11. Gómez H, Castro V, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodriguez J, Espinoza A, La carga de la enfermedad en países de América Latina.Salud Pública de México [Internet].2011 [consultado el 20 de octubre de 2016]; 53. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800003)
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco James J, Fleiz C, et al. Prevalence of Mental Disorders and Use of Services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental. 2003.
13. Sotelo A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar. 2012; 14(1).
14. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Medina-Mora ME et.al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública de México [internet]. 2013 [consultado el 23 de octubre de 2016] ; 55(6). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013001000007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013001000007&script=sci_arttext)
15. Secretaría de Salud. Programa de Acción específico en Salud Mental 2013-2018.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Trastornos mentales. [Internet].; 2016 [consultado el 18 de septiembre de 2016]. Disponible en:



[http://www.who.int/mental\\_health/management/es/](http://www.who.int/mental_health/management/es/)

17. Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México. 2011. [internet]. Coordinación Técnica S Berenzon, N Saavedra, ME Medina Mora. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
18. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. La depresión. [Internet].; 2016 [consultado el 10 de septiembre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.who.int/topics/depression/es/>
19. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosarios y criterios diagnósticos de investigación CIE-10:CDI-10 México: Editorial Médica Panamericana; 2000.
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la prevención del suicidio (10 de Septiembre). [Internet]. [consultado el 17 de Julio de 2017]. Disponible en:  
<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
21. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Internet].; 2016 [citado el 2 de octubre de 2016]. Disponible en:  
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
22. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Centro de prensa. [Internet].; 2015 [consultado el 3 de Octubre de 2016] . Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
23. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet].; 2016 [consultado el 2 de octubre de 2016]. Disponible en:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)



24. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. SM [internet] 2012 [consultado el 23 de octubre de 2016] 35(1): 3-11. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121b.pdf>
25. Sara Evans-Lacko MK. The London School of economics and Political Science. [Internet].; 2016 [consultado el 17 Julio de 2017]. Disponible en: <http://blogs.lse.ac.uk/healthandsocialcare/2016/11/15/cost-of-depression-in-the-workplace-across-eight-diverse-countries-collectively-us250-billion/>
26. Morales C. La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos de hablar. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet].; 2017 [consultado el 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/999/875>
27. Josué D, Torres V, Urrutia E, Moreno R, et al. Factores Psicosociales de la depresión. Scielo Revista Cubana de Medicina Militar [internet].. 2006 Julio- Septiembre; 35(3). [consultado el 6 de Octubre de 2016]Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009)
28. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. [Internet].; 2016 [consultado el 2 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
29. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [internet] Comisión sobre los Determiantes Sociales. 2009; [consultado el 3 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)
30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. [Internet].; 2000 [consultado el 15 de octubre de 2016] disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)





31. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) documento de arranque. [Internet].; 2015 [consultado el 15 de octubre de 2016]. Disponible en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Biblioteca/ModeloAtencionIntegral.pdf>
32. Corona L, Fonseca M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. Scielo MediSur [Internet]; 2010 [consultado el 9 de octubre de 2016] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200007)
33. Losada J, Hernández N, Apreciaciones acerca de la enseñanza del método clínico. [internet] Gaceta Médica Espirituana.; 2009 [consultado el 17 Julio 2017]. Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/864/757>
34. De la Fuente Ramón FÁ. Psicología Médica Ciudad de México: Fondo de cultura económica; 2015.
35. Lemus EM. Modelos de relación médico paciente y satisfacción de la atención médica en la UMF No. 20 Ciudad de México: UNAM. Tesis; 2007.
36. Burr C, Piñó A, Quiroz L, Martín E. Guía para el paciente participativo.. [Internet]Primera ed. Ciudad de México: LID editorial Mexicana; 2011. [consultado el 18 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/guia\\_paciente\\_participativo.pdf](http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/guia_paciente_participativo.pdf)
37. Vignolo J, Vacarezza M, Alvaréz C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.Prensa médica lationamericana [Internet].; 2011 [consultado el 13 de octubre de 2016].Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
38. BehaveNet. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor. [Internet].; 2017. [Consultado el 23 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://behavenet.com/node/21569>



39. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. Ciudad de México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica; 2011.
40. Secretaria de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención CENETEC , editor. Ciudad de México; 2011.
41. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state Examination". A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research Res 1975; 3:189-198
42. López M. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Scielo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet].; 2008 [consultado el 19 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004)
43. Organización Mundial de la Salud. Hablemos de Depresión. [Internet]. [Consultado el 19 Julio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
44. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento [Internet]. [consultado el 19 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)
45. Berenzon S, Galván J, Saavedra N, et al. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la ciudad de México. Un estudio cualitativo. Revista de Salud Mental. 2014;: p. Volumen 37 No.4.



46. Saavedra N, Berenzon S, Galvan J. Salud Mental y atención primaria en México. Posibilidades y reto. Atención Primaria. 2015
47. Tsugawa Y, Anupam B, Figueroa J, et al. ¿Hay diferencia en la atención médica entre profesionales mujeres y varones? IntraMed. [internet].; 7 de febrero de 2017 [consultado el 20 de Julio de 2017] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90390>
48. Delgado A, López-Fernández L. Práctica profesional y género en atención primaria. Scielo Gaceta Sanitaria. [Internet]; 2017. [consultado el 20 de Julio de 2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018)