



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES EN MUJERES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ARACELI GIL SÁNCHEZ

ASESORA:

DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33

MÉXICO DF, ABRIL DEL 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la
Unidad de Medicina Familiar No. 33

Dra. Mónica Enríquez Neri
Asesora y Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar de
la Unidad de Medicina Familiar No. 33

Dra. María del Carmen Morelos Cervantes
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar No. 33

Dra. Araceli Gil Sánchez
Residente del Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar No. 33

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS...

Por darme la fortaleza y la fe necesaria para superar cada obstáculo en mi vida.

A MIS PADRES...

Ángel y Lourdes, por darme la vida y estar a mi lado en todo momento, por su inmenso amor y comprensión decisivos en el logro de mis metas. Por su ejemplo de superación y su fe infinita en mí, mil gracias, los amo.

A MIS HERMANAS...

Verónica y Ángeles, porque su disciplina, responsabilidad y entrega al estudio ha sido mi inspiración para creer que siempre se puede ser mejor.

A MI HIJO ÁNGEL DANIEL...

Porque cambiaste mi vida cuando llegaste a este mundo, tu sonrisa me llena de energía para seguir adelante día a día. Eres la razón de mi existencia.

A MI ESPOSO DANIEL...

Porque contigo he pasado los mejores momentos de mi vida, a ti que has sabido esperar a pesar de las adversidades. Este logro es de los dos. TE AMO.

A MIS PROFESORES...

Dra. Mónica Neri, Dra. María del Carmen Morelos y Dr. Rodolfo Arvizu. Por su compromiso con la especialidad. Gracias por estar pendientes de mi crecimiento profesional. Con su ejemplo y profesionalismo se engrandece la Medicina Familiar.

ÍNDICE

1. TÍTULO.....	5
2. RESUMEN.....	6
3. INTRODUCCIÓN.....	7
4. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	8
4.1. Definición de Depresión.....	8
4.2. Epidemiología.....	9
4.3. Factores de Riesgo.....	11
4.4. Influencia del Aspecto Familiar en la Depresión.....	14
5. JUSTIFICACIÓN.....	18
6. OBJETIVOS.....	19
6.1. Objetivo General.....	19
6.2. Objetivos específicos.....	19
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
8. RESULTADOS.....	21
8.1. Tablas y Gráficas.....	24
9. DISCUSIÓN.....	40
10. CONCLUSIONES.....	43
11. BIBLIOGRAFÍA.....	45
12. ANEXOS.....	48
12.1. Anexo 1.....	49
12.2. Anexo 2.....	53

1. TÍTULO

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES EN
MUJERES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”**

2. RESUMEN

Gil-Sánchez A, Enríquez-Neri M. Frecuencia de Depresión y su relación con factores sociodemográficos y familiares en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Tesis de Posgrado. México DF: UMF No. 33, IMSS; 2008.

Introducción: Los trastornos mentales tienen impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Diversos artículos han mencionado la importancia de los factores psicosociales en la depresión. Objetivo: Determinar la frecuencia de Depresión y su relación con los factores sociodemográficos y familiares en las mujeres adscritas a la UMF No. 33 del IMSS. Diseño: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Materiales y Método: Mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck se identificará la frecuencia de depresión en población femenina de los 20 a 64 años, y se relacionará con factores sociodemográficos y familiares. Para el análisis de datos se usarán como pruebas estadísticas porcentajes, razón de momios, prueba χ^2 e intervalo de confianza. Resultados: Se encuestaron 127 mujeres. La frecuencia de depresión fue de 51%. La distribución por grado de depresión mostró 60% con depresión leve, 34% depresión moderada, 6% depresión grave. Los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio fueron: Edad mayor de 40 años (OR 1.82, IC 95% 0.90 – 3.69, X^2 2.85, P = 0.09). Escolaridad igual o menor a secundaria (OR 1.42, IC 95% 0.70 – 2.86, X^2 0.97, P = 0.32). Nivel socioeconómico menor al medio bajo (OR 2.14, IC 95% 0.98 – 4.66, X^2 3.76, P = 0.05). Ciclo vital de la familia de tipo centrífugo (OR 2.27, IC 95% 0.17 – 1.12, X^2 3.02, P = 0.08). Conclusiones: Los factores sociodemográficos que mostraron mayor porcentaje de riesgo para depresión fueron, edad mayor a 40 años, escolaridad menor a secundaria y nivel socioeconómico menor a medio bajo. Dentro de los factores familiares, el ciclo vital de característica centrífuga mostró mayor porcentaje de riesgo para la presencia de depresión en la mujer. Palabras clave: Depresión, factores sociodemográficos, factores psicosociales, ciclo vital de la familia.

3. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida (1). La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Salud del 2001, refiere que la depresión ocupa el cuarto lugar como discapacidad en el mundo siendo su prevalencia puntual en el mundo de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (2).

Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo (3).

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (4).

Se estima que uno de cada cinco americanos estará afectado por alguna alteración en forma de depresión durante el curso de sus vidas. La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, clase social o género, y a veces se le llama "el resfriado común" de las enfermedades mentales. Aunque hay evidencias que sugieren que la depresión ha aumentado en las últimas décadas, en un estudio con un seguimiento de 40 años descubrió que la tasa global parecía permanecer estable, aunque el pico de depresión parece estar desplazándose hacia las mujeres menores de 45 años, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos sexos, los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios de la adolescencia, ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el mantenimiento del hogar y un empleo. Así mismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres (5).

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión (6).

Como se mencionó anteriormente, las mujeres han sido diagnosticadas con problemas de salud mental más frecuentemente que los hombres. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (7).

4. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

4.1. Definición de Depresión

Todos experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de "misericordia cotidiana". Los sentimientos dolorosos que acompañan a estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios, y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria, puede indicarnos la existencia de un trastorno depresivo. La gravedad, la duración, y la presencia de otros síntomas son los factores que distinguen la tristeza normal de un síndrome depresivo (5).

Se ha llamado a la depresión con gran variedad de nombres tanto en la [literatura](#) médica como la popular durante miles de años. Los textos ingleses más antiguos hacen referencia a la "melancolía", que fue durante siglos el término genérico para [todos](#) los trastornos emocionales. La depresión (del [latín](#) depressus, que significa "abatido", "derribado") es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y así lo ven los demás, como derribado, socavado en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desplazado su eje de acción usual, desganado, [hipoérgico](#). Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana (5).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV (Diagnostic Schedule Manual-IV, DSM IV-TR) describe dentro de los Trastornos del estado de ánimo a los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes, sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo (p. Ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos (8).

Otros autores hacen referencia a la depresión como un trastorno anímico, y los subtipos primarios son la depresión mayor, la distimia (crónica y normalmente más benigna), y la depresión atípica. Otras formas importantes de depresión, según menciona la literatura, son el trastorno disfórico premenstrual (también abreviado como PDD o PMDD) y el trastorno afectivo estacional (SAD) (5).

4.2. Epidemiología

En un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad, uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres (9).

En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres (10).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar (11).

El boletín informativo mensual de Centros de Integración Juvenil de México, reporta que la depresión pasó a ser la primera causa de discapacidad en mujeres de entre 15 y 44 años de edad en 13 estados del país; la segunda en otros 13, y la novena en varones. En un informe sobre el tema, dado a conocer por la Gaceta Biomédica de la Universidad Nacional Autónoma de México, indicó que existen 2.5 mujeres deprimidas por cada hombre con el mismo padecimiento; una tercera parte de los trastornos son severos, aunque la proporción de ésta es más alta en hombres que en mujeres. No obstante, los intentos de suicidio se dan mayormente entre mujeres que entre hombres, y entre jóvenes más que entre niños y ancianos. En esta problemática, los adolescentes sufren una gran cantidad de trastornos afectivos, lo que les impide tomar decisiones laborales y vocacionales, así como desarrollar toda su potencialidad. Agregó que en la mujer la depresión está asociada a casos de violencia en la pareja, abuso sexual y otros, con un mayor estrés postraumático. El boletín informa que un problema detectado en torno de la depresión es que ésta no es causa de justificación médica, por lo que afecta los ámbitos laboral y escolar (12).

En un trabajo de Investigación realizado en la Unidad De Medicina Familiar #33, año 2005, se determinó la frecuencia de Depresión y los factores de riesgo asociados en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 encontrando que un 37% de la población encuestada presentaba datos de depresión, de este porcentaje el 44.8% presentaba la DM tipo 2 por más de 10 años . Las características sociodemográficas de dicho estudio muestran que el sexo femenino presenta mayor incidencia de Depresión, encontrando que 68% de los pacientes identificados con este trastorno son de dicho sexo y que el grupo de edad con mayor riesgo es el que se encuentra por arriba de los 61 años (13).

En la UMF 33, año 2006 se realizaron dos trabajos de Investigación relacionando la depresión y la mujer en diferentes etapas de su ciclo vital, en el primero se relaciona la depresión con el periodo posparto y el segundo con el climaterio. En el primer estudio se encontró que el 11.73% de las mujeres en el posparto presentan rasgos depresivos contra 88.26% que no lo presenta, de dichas cifras el grupo de edad con mayor incidencia de depresión fue en la edad de 30 años, madres con baja escolaridad (primaria), amas de casa y en unión libre (14). En el segundo estudio se determinó la frecuencia de Síndrome depresivo en pacientes climatéricas encontrando que el 91% de la población estudiada presenta datos de depresión contra 9% que no lo presenta, 27% catalogada como depresión leve, 36% depresión moderada, y 28% depresión grave. La mayor incidencia de edad en este estudio es de los 55 a los 64 años, estado civil casada, escolaridad secundaria y ama de casa como principal ocupación (15).

4.3. Factores de Riesgo

La descripción y explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles (biomédico, sociodemográfico, psicosocial y epidemiológico), clásicamente se han basado en el modelo biomédico, que trata de explicar las diferencias en base a factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos (16).

Nivel biomédico

Factores genéticos

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica ligada al cromosoma X. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (17).

Factores hormonales

De importancia central han sido los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres y en torno a los cuales se ha planteado la existencia de “trastornos” tales como el síndrome premenstrual, la depresión posparto o se ha considerado la menopausia como una “patología” en la mujer. Así, se asumía la causalidad hormonal en la mayoría de los problemas de salud de la mujer y los prejuicios y estereotipos sustituían a las investigaciones en la salud de las mujeres (16).

Factores anatómicos y fisiológicos

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el “desequilibrio bioquímico” de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental (17).

Nivel sociodemográfico

Sexo: Las mujeres experimentan depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres. Los factores hormonales podrían contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres, particularmente factores como cambios premenstruales, embarazo, aborto, periodo posparto, premenopausia, y menopausia. Muchas mujeres se enfrentan a estresantes adicionales, como responsabilidades en el trabajo y en el hogar, maternidad sola, y cuidar hijos y padres que envejecen.

Edad: Los ancianos tienen riesgo particularmente más alto de depresión. Además, a ellos notablemente no se les trata adecuadamente para la depresión. La depresión es un trastorno a cualquier edad y merece tratamiento serio.

Raza / Etnicidad: Las personas estadounidenses de raza negra son menos propensas que las personas de raza blanca a desarrollar depresión, pero cuando lo hacen, con frecuencia es más crónica y severa. También son menos propensas a recibir tratamiento para la depresión.

Bajo Estatus Socioeconómico : Estar en un grupo socioeconómico bajo es un factor de riesgo para depresión. Esto puede ser a causa de factores como bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, entornos estresantes, aislamiento social, y mayor estrés diario (18).

Mirowsky , en un análisis de tres estudios encontró que las diferencias de depresión entre mujeres y hombres aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan las diferencias en estatus debidas al género .Este autor informa que, pese a los cambios en la vida de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no ha encontrado indicios claros de que estén desapareciendo las diferencias de género en depresión, porque, pese a los cambios, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género (19).

Nivel Psicosocial

A nivel social se intentan analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

Aunque la mayoría de los estudios se centra en el análisis de los aspectos biológicos, hay evidencia empírica de la relevancia del nivel social en la salud. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos (Kawachi et al 1999) encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres (16).

En un estudio con la población canadiense, Denton y Walters (1999) encontraron que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleo más alta, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social, mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo (20).

El modelo psicosocial trata de explicar también las diferencias entre mujeres y hombres en base a diferencias a nivel intrapsíquico e interpersonal, analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia o en la experiencia y la información de signos y síntomas (16).

La perspectiva psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad a la depresión del género femenino deriva de las condicionantes generadas por su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de las expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. Algunos autores redefinen los valores clásicos de la “feminidad” como una variante de la indefensión aprendida. Plantean que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Así, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando un repertorio de respuestas limitado cuando están sometidas a estrés. Esas auto imágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de la feminidad es normativo, esperado y valorado (21). También se ha planteado que, debido a su menor estatus social y poder, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida, lo que puede llevarles a mayor estrés crónico y menor sentido de dominio, lo que puede conducirles a un afrontamiento de la depresión más inadecuado (22).

Nivel Epidemiológico

Desde la epidemiología se trata de buscar los factores de riesgo, es decir, las conductas y exposiciones a sustancias que puedan explicar las diferencias de género en salud (16).

4.4. Influencia del Aspecto Familiar en la Depresión

La familia es una unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura. La familia puede ser clasificada o tipificada desde una gran diversidad de puntos de vista, lo que se conoce como tipología familiar (23):

Tipología familiar en base a su estructura:

En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco, a esto se le llama estructura. La importancia de estos conceptos radica que el equipo de salud, en su práctica médica integral, debe conocer las características familiares ya que esta representa el centro de apoyo principal en todo paciente (23) y el médico familiar debe considerarlo para el tratamiento integral de mujeres con depresión.

Varios estudios han analizado la relación entre estado civil y depresión en la mujer, encontrándose resultados contradictorios. Aunque se ha planteado que tanto el matrimonio como el tener hijos representa mayor sobrecarga para la mujer que para el hombre, la asociación de ambos con la depresión de la mujer depende de complejas interacciones, tales como el nivel de ingresos, el tipo y condiciones de trabajo de la mujer, el número de hijos, la salud y edad de éstos, el tipo de relación con el esposo, y el reparto de las cargas domésticas entre ambos cónyuges (17).

En un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud en 1996 referente a todas las mujeres del mundo, las mujeres casadas con descendencia tenían un riesgo mayor de depresión que las mujeres casadas sin hijos, las solteras, y los hombres, tanto casados como solteros. Un seguimiento de mujeres en el área de Boston reportó, sin embargo, que las mujeres con edades comprendidas entre 36 y 44 años que tenían hijos eran significativamente menos propensas a estar deprimidas que las mujeres sin hijos. Además, cuantos más hijos tenían, menos deprimidas tendían a estar. Este estudio se realizó en las mujeres premenopáusicas de mayor edad. La diferencia entre este estudio y otros puede deberse a que los hijos eran más mayores, los que podrían representar una [red](#) de soporte emocional en lugar de ser unos seres dependientes (17).

Tipología familiar en base a su desarrollo:

Un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por sí solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje -en caso de no estar divorciada, viuda o separada- requirió haber realizado una negociación con su esposo. Así la familia se constituye en moderna. Los sociólogos actuales mencionan al empleo remunerado de la madre, como la característica más significativa de la familia moderna y la del futuro (24).

En cuanto al ámbito laboral, el papel que juegan el trabajo y el matrimonio en la depresión de la mujer es muy complejo. Muchas mujeres sienten que deben ser todo para todo el mundo y al mismo tiempo sienten que no son nadie. Esta auto [imagen](#) es frecuente y debe ser considerada como el mayor favorecedor de la depresión en la mayoría de las mujeres, especialmente las que trabajan y tienen niños pequeños. El estatus [bajo](#) y de aislamiento que puede acompañar al papel de la ama de casa puede tener una influencia muy importante en la depresión de la madre joven. En un estudio europeo se informó que la depresión aumentaba en los hombres y bajó en las mujeres entre 1980 y 1995, un período que coincide con la incorporación de la mujer al mundo [laboral](#) (el trabajo fuera de casa que no proporciona un soporte social, sin embargo, puede no ayudar a proteger frente a la depresión). Otros estudios americanos han informado de que las abuelas que cuidaban a sus nietos y las madres de bebés, independientemente de si trabajaban o no, tenían un riesgo de depresión muy alto (17).

Ciclo vital familiar:

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros (25). El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de la familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye, según Estrada Inda (26), un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes (27).

Geyman la clasifica en cinco etapas las cuales son (28):

Fase de Matrimonio. Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de Expansión. Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se expande.

Fase de Dispersión. Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de Independencia. Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de Retiro y Muerte. Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Considerando la clasificación de Geyman se ha descrito en la literatura la relación existente entre la etapa del ciclo vital familiar y la depresión, describiendo que antes de la etapa de adolescencia (fase de Dispersión) casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. Esto ocurre en un momento durante la adolescencia en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente. Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar

relacionados con la mayor incidencia de depresión. Hay estudios que demuestran que durante el bachillerato las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, y trastornos de desajuste emocional que los varones. Los hombres, por otro lado, presentan una tasa más alta de trastornos de comportamiento disruptivo (17).

En la fase de Expansión, las relaciones interpersonales y roles en el trabajo, el estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. No se entiende todavía del todo de que manera estos factores afectan específicamente a la mujer. Tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión grave es mayor para los separados y divorciados, y menor para los casados; pero mayor para las mujeres en ambos casos. La calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices. Acontecimientos relacionados con la sexualidad femenina Estos incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la infertilidad, la menopausia y, a veces, la decisión de no tener hijos. Estos acontecimientos causan fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres incluye la depresión.

Las fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio pueden variar desde “bajas” pasajeras del estado de ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión grave que se transforman en depresiones severas, discapacitantes y psicóticas. Hay estudios que sugieren que las mujeres que experimentan depresión grave luego del parto a menudo han tenido episodios previos de depresión, aunque éstos pueden no haber sido diagnosticados y la paciente no haber recibido tratamiento.

El *embarazo* (si es deseado) raramente es un factor contribuyente a la depresión, y el aborto no parece aumentar la incidencia de la depresión. Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva.

La *menopausia*, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos (17).

Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa (Fase de Independencia) y ellas enfrentaban el “síndrome del nido vacío”, sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos más jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez (fase de retiro y muerte de Geyman). Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida. Aproximadamente 800,000 personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año. Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales (17).

Los pacientes que tienen crisis de depresión agudas acostumbra a citar un acontecimiento de su vida como desencadenante de su enfermedad. La pérdida reciente de un ser querido es el factor precipitante con mayor frecuencia, pero todas las pérdidas, tanto las mayores como las de menor importancia producen reacción de duelo. La pérdida de la pareja tanto por divorcio como por muerte es un factor de riesgo mayor de depresión para cualquier persona en cualquier parte del mundo. La mayoría de la gente es capaz de soportar el dolor emocional y superarlo sin estar deprimidos crónicamente. Las personas que desarrollan depresión aguda o crónica tras una pérdida, pueden tener factores predisponentes, incluyendo factores genéticos y biológicos que les hacen más vulnerables. La existencia o la ausencia de unos vínculos sociales fuertes, familiares, con los amigos o con ambos, también tiene un efecto importante tanto positivo como negativo en la recuperación de la depresión (17).

Al parecer todo indica que las características familiares y ciertos factores sociales tienen un papel importante en el riesgo de depresión en la mujer. Pero, dado que la mayoría de los estudios en que se ha analizado la relevancia de dichas variables se ha hecho con muestras de otros entornos socioculturales, desconocemos la medida en que sus resultados son aplicables al nuestro.

5. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las enfermedades más comunes a las que está sometida la humanidad. Paradójicamente, es probable que sea el síntoma que pase inadvertido con mayor frecuencia, y cuando se reconoce, probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica.

La depresión es un padecimiento que ha venido aumentando en incidencia y prevalencia en la población mexicana, siendo el factor de riesgo sociodemográfico más fuerte para depresión el sexo femenino, con una edad promedio de iniciación cerca de los 40 años.

Dado que un 50% a 60% de las personas que buscan ayuda por depresión, son tratados exclusivamente en el primer nivel de atención, la detección oportuna en este entorno es importante, por lo que el médico familiar debe identificar los factores asociados o los factores de riesgo tanto biológicos como sociales que pueden llevar a una mujer hacia la aparición de dicho trastorno y así evitar consecuentemente la disminución de la productividad personal así como otras condiciones de comorbilidad por esta causa. Es necesario tener presente que mientras más pronto se identifique a una persona depresiva y reciba ayuda profesional en forma oportuna, mejores son las probabilidades de que se recupere con éxito.

Pocos son los estudios mexicanos que relacionan la aparición de depresión con el ciclo vital familiar que este cursando la mujer, hecho que debe influir en forma importante ya que se ha visto que la existencia o la ausencia de vínculos familiares y sociales tienen un efecto importante tanto positivo como negativo en la aparición y en la recuperación de la depresión.

La depresión debe ser conceptualizada como una enfermedad crónica y dada su alta prevalencia, es forzoso considerarla como un problema de Salud Pública, meritorio de prioridad dentro de los problemas de salud que requieren programas de acción implantados en el corto plazo. Con estas medidas se alcanzaría una mejor calidad de vida de la mujer y su familia, una de las prioridades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Es necesario poner énfasis en la realización de estudios que nos mantengan al tanto de la frecuencia de depresión y los factores de riesgo relacionados. Con la realización de este estudio se obtendrían beneficios directos para esta Unidad de Medicina Familiar, ya que en base a la detección oportuna de esta enfermedad se reducirían los costos ocasionados por el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Cabe mencionar que mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión.

Al parecer todo indica que las características familiares y ciertos factores sociales tienen un papel importante en el riesgo de depresión en la mujer. Pero, dado que la mayoría de los estudios en que se ha analizado la relevancia de dichas variables se ha hecho con muestras de otros entornos socioculturales, desconocemos la medida en que sus resultados son aplicables al nuestro.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de Depresión y su relación con los factores sociodemográficos y familiares en las mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

6.2. Objetivos específicos

1.-Identificar la frecuencia de la depresión en relación a la edad en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

2.-Identificar la relación entre la escolaridad y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

3.-Identificar la relación entre la ocupación y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

4.-Identificar la relación entre el estado civil y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

5.-Identificar la relación entre el nivel socioeconómico y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

6.-Identificar la relación entre la tipología familiar en base a su estructura y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

7.-Identificar la relación entre la tipología familiar en base a su desarrollo y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

8.-Identificar la relación entre la etapa del ciclo vital y la depresión en la población femenina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS, en el servicio de la consulta externa con el objetivo de determinar la frecuencia de Depresión y su relación con los factores sociodemográficos y familiares en las mujeres adscritas a dicha Unidad.

El estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual se incluyeron 129 pacientes del género femenino a partir del 1ro. de Marzo al 1ro. de Abril del 2008 en el servicio de la consulta externa, se excluyeron 2 pacientes debido a que no llenaron en forma correcta el test aplicado, quedando un total de 127.

A las usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario de 29 preguntas para recabar la información sobre: a) características sociodemográficas tales como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico; b) grado de depresión mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck el cual está integrado por 21 grupos de frases que evalúan dimensiones tales como tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto desprecio, auto acusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía; c) tipología familiar en base a su estructura; d) tipología familiar en base a su desarrollo y e) ciclo familiar actual.

Para poder analizar las características antes mencionadas se convirtieron en variables dicotómicas, a saber:

a) Edad: Mayor de 40 años / Menor de 40 años; b) Estado civil: Sin pareja / Con pareja;
c) Escolaridad: = o < de Secundaria / >de Secundaria; d) Ocupación: No Trabaja / Trabaja
e) Nivel Socioeconómico: < de Medio Bajo / = o > Medio bajo; f) Estructura Familiar: Extensa / Nuclear; g) Desarrollo familiar: Tradicional / Moderna; h) Ciclo Vital Familiar: Centrípeto / Centrípeto.

El análisis de los datos se realizó con la versión 12.0 del paquete estadístico SPSS y mediante el programa Epidat versión 3.1 para calcular estadística descriptiva, medias y porcentajes. El grado de asociación entre los posibles factores de riesgo y la presencia de depresión se determinó mediante la “*odds ratio*” (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %). Estas asociaciones fueron analizadas utilizando la prueba χ^2 para las diferentes variables. Se realizaron tablas y gráficas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las usuarias participantes.

8. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 129 mujeres de la UMF #33 con edades entre los 20 y 64 años. Se excluyeron del estudio un total de 2 mujeres, debido a que no llenaron en forma correcta el test aplicado, quedando un total de 127 (100%) de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Se obtuvo un total de 65 (51%) mujeres con depresión, de las cuales 39 (31%) mostraron datos compatibles con depresión leve, 22 (17%) depresión moderada y 4 (3%) depresión grave, el resto de la muestra 62 (49%) no presentó datos de depresión (Tabla 1 y 2) (Gráfica 1 y 2).

La distribución por edad fue 10(7.8%) de los 20 –24 años, 18(14.1%) de los 25-29 años, 21(16.5%) de los 30-34 años, 15(11.8%) de los 35-39 años, 18 (14.1%) de los 40-44 años, 14(11.0%) de los 45-49 años, 16(12.5%) de los 50-54 años, 10(7.8%) de los 55-59 años, y finalmente 5(3.9%) de los 60 a los 64 años (Tabla 3) (Gráfica 3).

En cuanto a la distribución de depresión por grupo de edad se encontró lo siguiente: 20-24 años 3(2.36%), 25-29 años 7(5.51%), 30-34 años 10(7.87%), 35-39 años 8(6.29%), 40-44 años 12(9.44%), 45-49 años 8(6.29%), 50-54 años 8(6.29%), 55-59 años 6(4.72%) y 60-64 años 3(2.36%)(Tabla 3) (Gráfica 3).

La distribución porcentual por edad en el grupo sin depresión fue el siguiente: 20-24 años 7(5.51%), 25-29 años 11(8.66%), 30-34 años 11(8.66%), 35-39 años 7 (5.51%), 40-44 años 6(4.72%), 45-49 años 6(4.72%), 50-54 años 8(6.29%), 55-59 años 4(3.14%) y 60-64 años 2(1.57%)(Tabla 3) (Gráfica 3).

En relación al estado civil se encontró la siguiente distribución: Solteras un total de 16 , 9(7.08%) con depresión y 7(5.51%) sin depresión; Casadas 79, 42(33.07%) con depresión y 37(29.13%) sin depresión; Viudas 2, con depresión 0(0%) y 2(1.57%) sin depresión; Divorciadas 13, 6(4.72%) con depresión y 7(5.51%) sin depresión; finalmente se encontraron en Unión Libre 17, 8(6.29%) con depresión y 9(7.08%) sin depresión(Tabla 4) (Gráfica 4).

Respecto a la escolaridad de las derechohabientes que participaron en el estudio se encontró en el grupo con depresión: Primaria 17(13.38%), Secundaria 17(13.38%), Preparatoria 12(9.44%), Técnico 10(7.87%),Licenciatura 9(7.08%). En el grupo sin depresión se encontró una derechohabiente sin escolaridad 1(0.78%), Primaria 9(7.08%), Secundaria 17(13.38%), Preparatoria 15(11.81%), Técnico 10(7.87%), y Licenciatura 10(7.87%)(Tabla 5) (Gráfica 5).

Referente a la ocupación se identificaron 59 amas de casa , de las cuales 28(22.04%) presentaron depresión y 31 (24.40%) no mostraron depresión; total de estudiantes 5, 1(0.78%) con depresión y 4(3.14%) sin depresión; Obreras 17, 11(8.66%) con depresión y 6(4.72%) sin depresión; Empleadas 33, 18(14.17%) con depresión y 15(11.81%) sin depresión; Profesionistas 6, 4(3.14%) con depresión y 2(1.57%) sin depresión, por último se reportaron en el apartado de Otra ocupación 7 derechohabientes, 3(2.36%) con depresión y 4(3.14%) sin depresión(Tabla 6) (Gráfica 6).

En cuanto al nivel socioeconómico se encontró en las mujeres con depresión 2(1.57%) en nivel marginal, 23(18.11%) en nivel obrero, 30(23.62%) nivel medio bajo, 10(7.87%) nivel medio alto y ninguna de nivel alto. A su vez, las mujeres sin datos de depresión mostraron la siguiente tendencia, ninguna de nivel marginal, 14(11.02%) nivel obrero, 27(21.25%) nivel medio bajo, 20(15.74%) nivel medio alto y finalmente 1 (0.78%) de nivel alto(Tabla 7) (Gráfica 7).

En relación a los factores familiares asociados a depresión se encontró que las participantes con depresión provenían de una estructura familiar nuclear en un 24.40% (31), de una familia nuclear extensa el 2.36%(3), de una familia seminuclear el 8.66%(11), de un familia extensa 15.74%(20) y ninguna de familia extensa compuesta. De las participantes que no mostraron datos de depresión se encontró que provenían de una estructura familiar nuclear en un 29.13% (37), de una familia nuclear extensa el 0.78%(1), de una familia seminuclear el 3.14%(4), de un familia extensa 15.74%(20) y ninguna de familia extensa compuesta(Tabla 8 y 11) (Gráfica 8).

En base al desarrollo familiar se encontraron 63 entrevistadas con desarrollo tipo tradicional ,30 de ellas (23.62%) con depresión, y 33 de ellas (25.99%) sin depresión. A su vez se encontraron 64 entrevistadas con desarrollo tipo moderno, 35 de ellas (27.56%) con depresión y 29 de ellas (22.83%) sin depresión(Tabla 9 y 11) (Gráfica 9).

Respecto al ciclo vital de la familia en pacientes con depresión se encontró la siguiente tendencia: en fase de matrimonio se encontraron 3 entrevistadas (2.36%), en fase de expansión 5 entrevistadas (3.93%), fase de dispersión 27(21.25%), fase de independencia 14(11.02%), y fase de retiro y muerte 16(12.59%). En cuanto a las pacientes que no mostraron datos de depresión se encontraron en fase de matrimonio 6 entrevistadas (4.72%), en fase de expansión 9 entrevistadas (7.08%), fase de dispersión 25(19.68%), fase de independencia 16(12.59%), y fase de retiro y muerte 6 pacientes(4.72%)(Tabla 10 y 11) (Gráfica 10).

La distribución porcentual entre los 2 grupos de mujeres y por factor asociado mostró lo siguiente:

En el grupo de mujeres estudiadas se encontró el antecedente de edad mayor de 40 años en 63 de ellas, 37(57.0%) del grupo con depresión y 26(42.0%) del grupo sin depresión. El antecedente de edad menor a los 40 años se encontraron 28(43.0%) con depresión y 36(58.0%) sin depresión(Tabla 14).

Con el antecedente de Estado civil ya sea soltera, viuda o divorciada (sin pareja) se encontraron 31 derechohabientes, 15(23.1%) con depresión y 16(25.8%) sin depresión. Sin antecedente de estado civil ya sea soltera, viuda o divorciada (sin pareja) se encontraron 96 derechohabientes, 50(76.9%) con depresión y 46(74.2%) sin depresión(Tabla 14).

En relación al factor asociado "escolaridad igual o menor a secundaria" se formo un grupo de 61 mujeres, 34(52.3%) con depresión, y 27(43.5%) sin depresión. Con antecedente de escolaridad mayor a secundaria se encontró un total de 66 mujeres 31(47.7%) con depresión y 35(56.5%) sin depresión(Tabla 14).

Con respecto al antecedente de ocupación en las mujeres estudiadas se encontraron 64 sin algún tipo de actividad con remuneración económica (amas de casa), 29(44.6%)con

depresión y 35(56.5%) sin depresión. Y con el antecedente de actividad económica activa se encontraron 63 mujeres, 36(55.4%) con depresión y 27(43.5%) sin depresión(Tabla 14).

En cuanto al grupo de pacientes con depresión se encontraron 25(38.4%) pacientes con el antecedente de nivel socioeconómico menor al medio bajo y 40(61.6%) con nivel socioeconómico mayor al medio bajo. En el grupo de pacientes sin depresión se encontraron 14(22.5%) pacientes con el antecedente de nivel socioeconómico menor al medio bajo y 48(77.5%) con nivel socioeconómico mayor al medio bajo(Tabla 14).

En relación a la tipología familiar se encontró que el antecedente de estructura familiar extensa fue positivo en 40 mujeres de la población estudiada, 20(30.8%) con depresión y 20(32.2%) sin depresión. A su vez fue negativo en 45 pacientes (69.2%) con depresión y 42(67.8%) sin depresión(Tabla 14).

El antecedente del desarrollo familiar tradicional en la población estudiada fue positivo en 30 pacientes (46.2%) en el grupo de depresión y 33(53.2%) en el grupo sin depresión, siendo negativo en 35 pacientes (53.8%) con depresión y 29(46.8%) sin depresión(Tabla 14).

El ciclo vital familiar centrípeto fue positivo en 23 pacientes, 8(12.3%) en el grupo con depresión y 15(24.2%) en el grupo sin depresión. Del mismo modo fue tipo centrifugo en 104 pacientes, 57(87.4%) del grupo de depresión y 47(75.8%) en el grupo sin depresión(Tabla 14).

Se calculó el riesgo observado por medio de razón de momios, para cada uno de los factores asociados, entre el grupo que presentaba depresión y el que no la presenta:

Para el antecedente de edad mayor de 40 años se calculó una OR de 1.82, con un intervalo de confianza al 95% de 0.90-3.69, $\chi^2 = 2.85$, $P = 0.09$.

Para el antecedente de estado civil sin pareja (soltera, viuda y divorciada) se calculó una OR de 0.86, con un intervalo de confianza al 95% de 0.38-1.93, $\chi^2 = 0.12$, $P = 0.72$.

En relación al antecedente de escolaridad igual o menor de secundaria se calculó una OR de 1.42, con un intervalo de confianza al 95% de 0.70-2.86, $\chi^2 = 0.97$, $P = 0.32$.

En el antecedente de ocupación (sin actividad económica activa) se calculó una OR de 0.62, con un intervalo de confianza al 95% de 0.30-1.25, $\chi^2 = 1.77$, $P = 0.18$.

El antecedente de nivel socioeconómico menor de medio bajo se calculó una OR de 2.14, con un intervalo de confianza al 95% de 0.98-4.66, $\chi^2 = 3.76$, $P = 0.05$.

En relación a la tipología familiar, el antecedente de estructura familiar extensa se calculó una OR de 0.93, con un intervalo de confianza al 95% de 0.44-1.97, $\chi^2 = 0.03$, $P = 0.85$.

En el desarrollo familiar tradicional como factor asociado se calculó una OR de 0.75, con un intervalo de confianza al 95% de 0.37-1.51, $\chi^2 = 0.63$, $P = 0.42$.

Finalmente el antecedente de ciclo vital familiar de características centrifugas se calculó una OR de 2.27, con un intervalo de confianza al 95% de 0.88 – 5.82 , $\chi^2 = 3.02$, $P = 0.08$ (Tabla 15).

8.1. Tablas y Gráficas

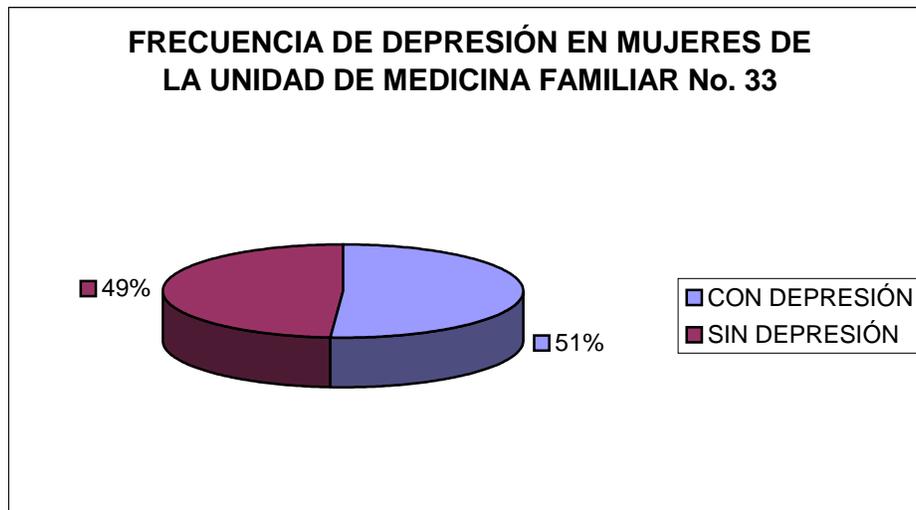
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON DEPRESIÓN	65	51%
SIN DEPRESIÓN	62	49%
TOTAL	127	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 1



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

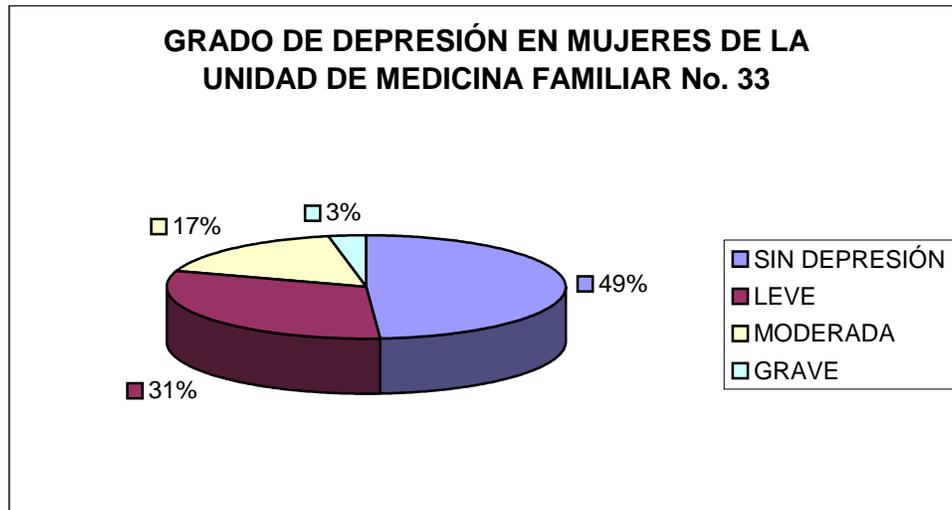
GRADO DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.2

VARIABLE	TOTAL	PORCENTAJE
SIN DEPRESIÓN	62	49%
LEVE	39	31%
MODERADA	22	17%
GRAVE	4	3%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 2



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

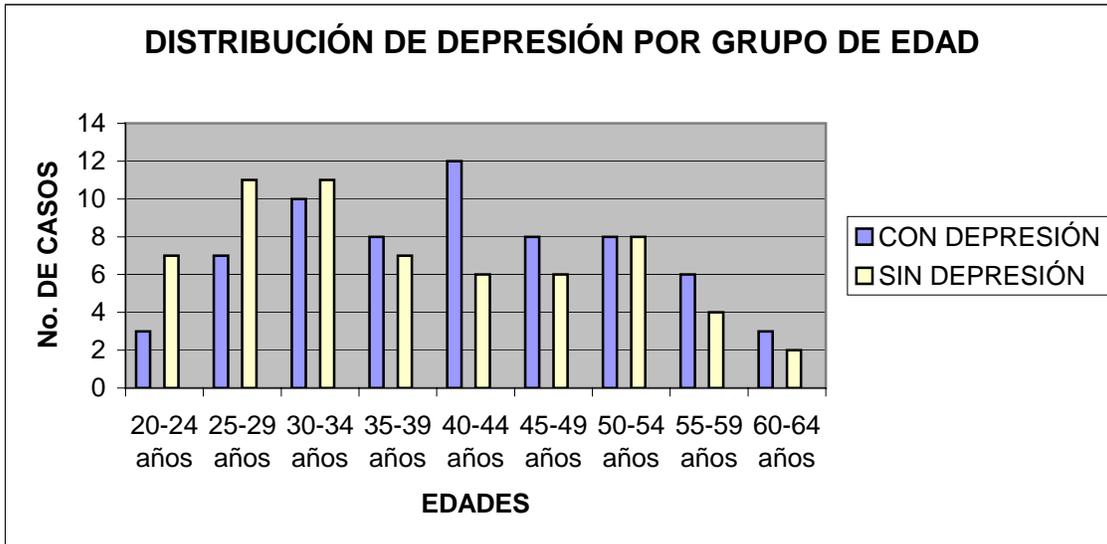
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.3

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD				
EDAD	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
20-24 años	3	2.36%	7	5.51%
25-29 años	7	5.51%	11	8.66%
30-34 años	10	7.87%	11	8.66%
35-39 años	8	6.29%	7	5.51%
40-44 años	12	9.44%	6	4.72%
45-49 años	8	6.29%	6	4.72%
50-54 años	8	6.29%	8	6.29%
55-59 años	6	4.72%	4	3.14%
60-64 años	3	2.36%	2	1.57%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 3



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

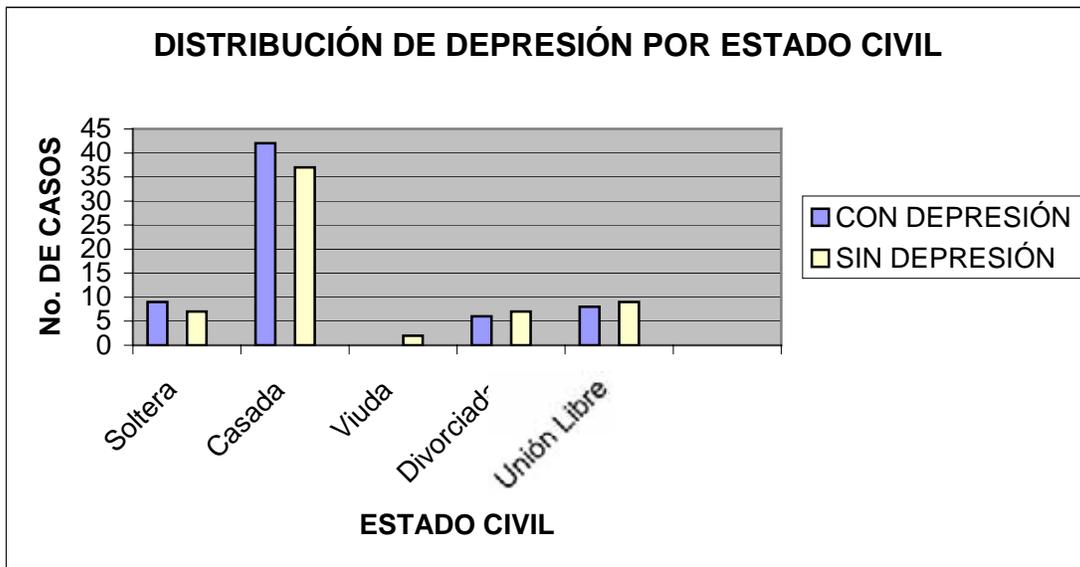
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.4

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN POR ESTADO CIVIL				
ESTADO CIVIL	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Soltera	9	7.08%	7	5.51%
Casada	42	33.07%	37	29.13%
Viuda	0	0.00%	2	1.57%
Divorciada	6	4.72%	7	5.51%
Unión Libre	8	6.29%	9	7.08%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 4



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

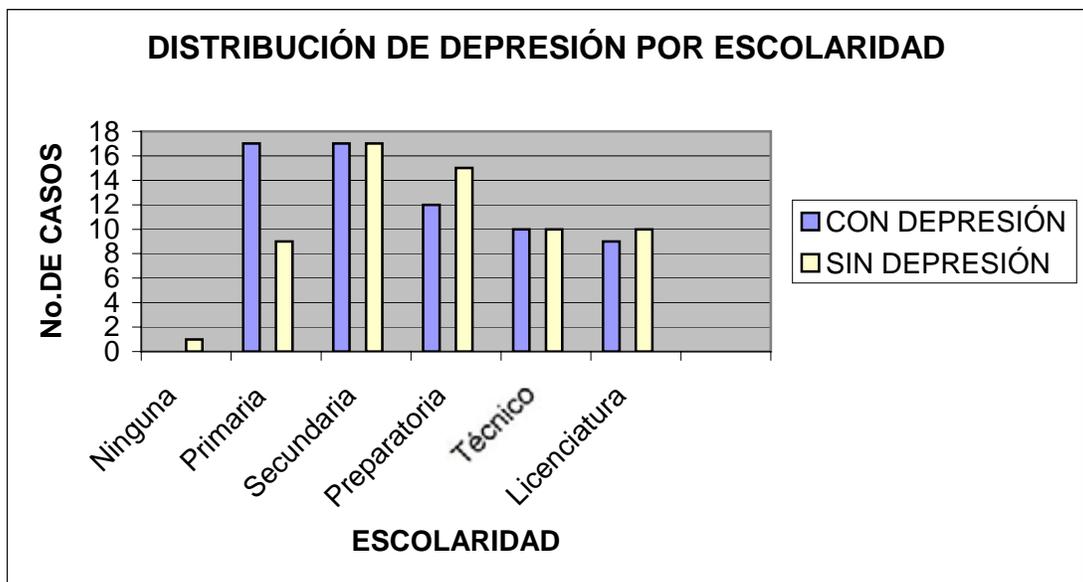
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.5

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD				
ESCOLARIDAD	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Ninguna	0	0.0%	1	0.78%
Primaria	17	13.38%	9	7.08%
Secundaria	17	13.38%	17	13.38%
Preparatoria	12	9.44%	15	11.81%
Técnico	10	7.87%	10	7.87%
Licenciatura	9	7.08%	10	7.87%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 5



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

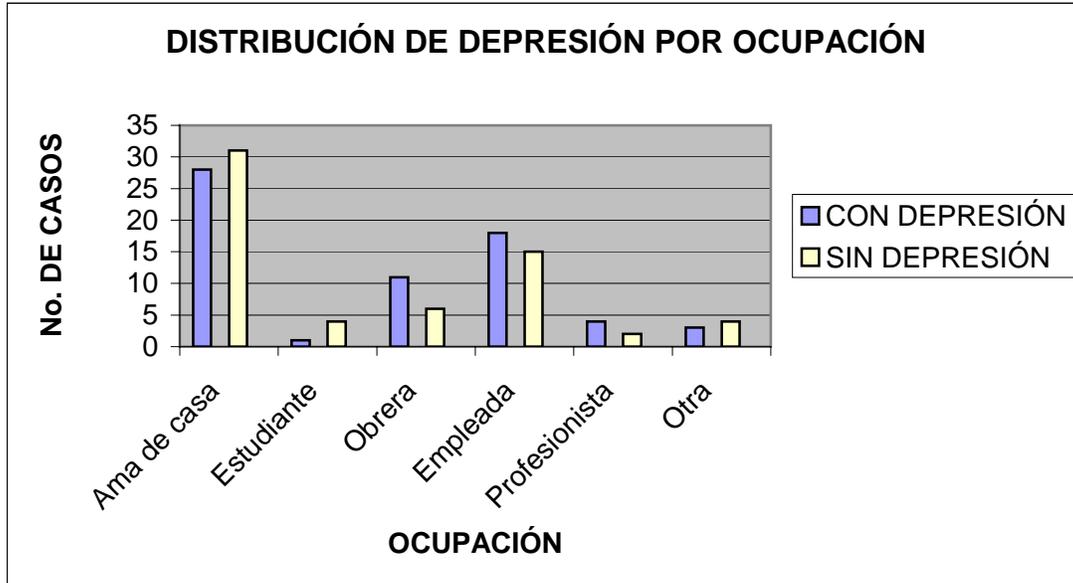
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.6

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN POR OCUPACIÓN				
OCUPACIÓN	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Ama de casa	28	22.04%	31	24.40%
Estudiante	1	0.78%	4	3.14%
Obrera	11	8.66%	6	4.72%
Empleada	18	14.17%	15	11.81%
Profesionista	4	3.14%	2	1.57%
Otra	3	2.36%	4	3.14%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 6



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

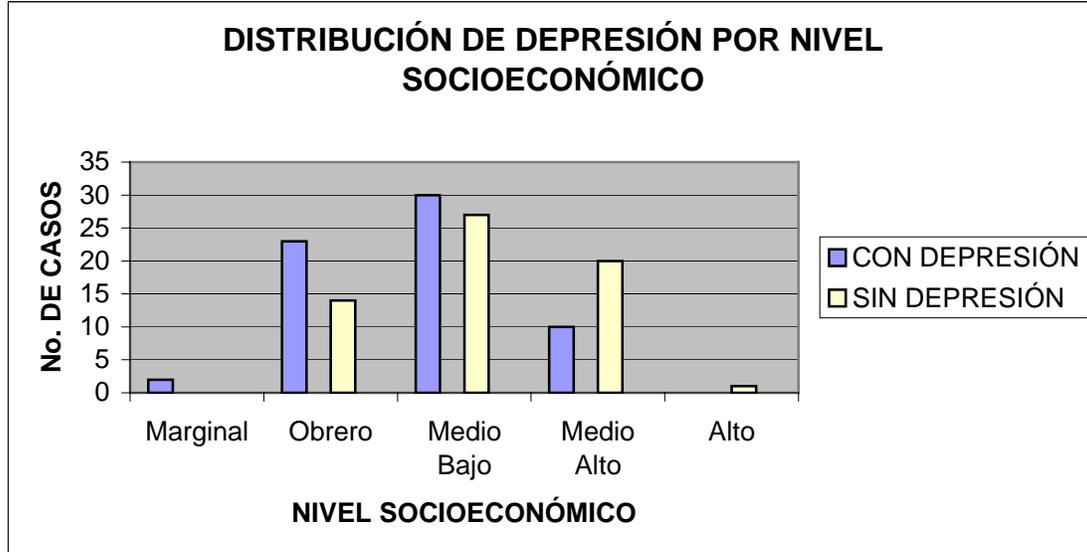
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.7

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN POR NIVEL SOCIOECONÓMICO				
NIVEL SOCIOECONÓMICO	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Marginal	2	1.57%	0	0.00%
Obrero	23	18.11%	14	11.02%
Medio Bajo	30	23.62%	27	21.25%
Medio Alto	10	7.87%	20	15.74%
Alto	0	0.00%	1	0.78%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 7



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

Tabla No.8

CARACTERÍSTICAS	CON DEPRESIÓN n = 65		SIN DEPRESIÓN n = 62	
	n	%	n	%
EDAD				
20-24 años	3	4.6	7	11.3
25-29 años	7	10.8	11	17.7
30-34 años	10	15.4	11	17.7
35-39 años	8	12.3	7	11.3
40-44 años	12	18.5	6	9.7
45-49 años	8	12.3	6	9.7
50-54 años	8	12.3	8	12.9
55-59 años	6	9.2	4	6.4
60-64 años	3	4.6	2	3.3
ESTADO CIVIL				
Soltera	9	13.8	7	11.3
Casada	42	64.6	37	59.6
Viuda	0	0.0	2	3.3
Divorciada	6	9.3	7	11.3
Unión Libre	8	12.3	9	14.5
ESCOLARIDAD				
Ninguna	0	0.0	1	1.6
Primaria	17	26.2	9	14.5
Secundaria	17	26.2	17	27.5
Preparatoria	12	18.5	15	24.2
Técnico	10	15.3	10	16.1
Licenciatura	9	13.8	10	16.1
OCUPACIÓN				
Ama de casa	28	43.1	31	50
Estudiante	1	1.5	4	6.4
Obrera	11	16.9	6	9.7
Empleada	18	27.7	15	24.2
Profesionista	4	6.2	2	3.3
Otra	3	4.6	4	6.4
NIVEL SOCIOECONÓMICO				
Marginal	2	3.1	0	0
Obrero	23	35.4	14	22.6
Medio Bajo	30	46.2	27	43.5
Medio Alto	10	15.3	20	32.3
Alto	0	0.0	1	1.6

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

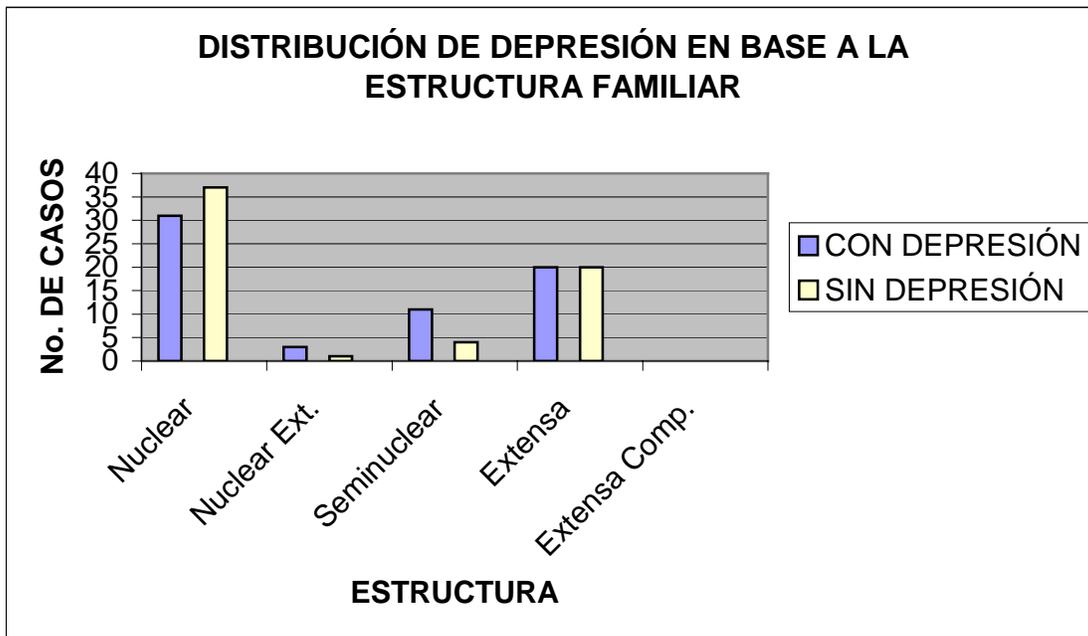
TIPOLOGÍA FAMILIAR EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.9

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN EN BASE A LA ESTRUCTURA FAMILIAR				
ESTRUCTURA	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Nuclear	31	24.40%	37	29.13%
Nuclear extensa	3	2.36%	1	0.78%
Seminuclear	11	8.66%	4	3.14%
Familia extensa	20	15.74%	20	15.74%
Familia extensa-comp	0	0.00%	0	0.00%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 9



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

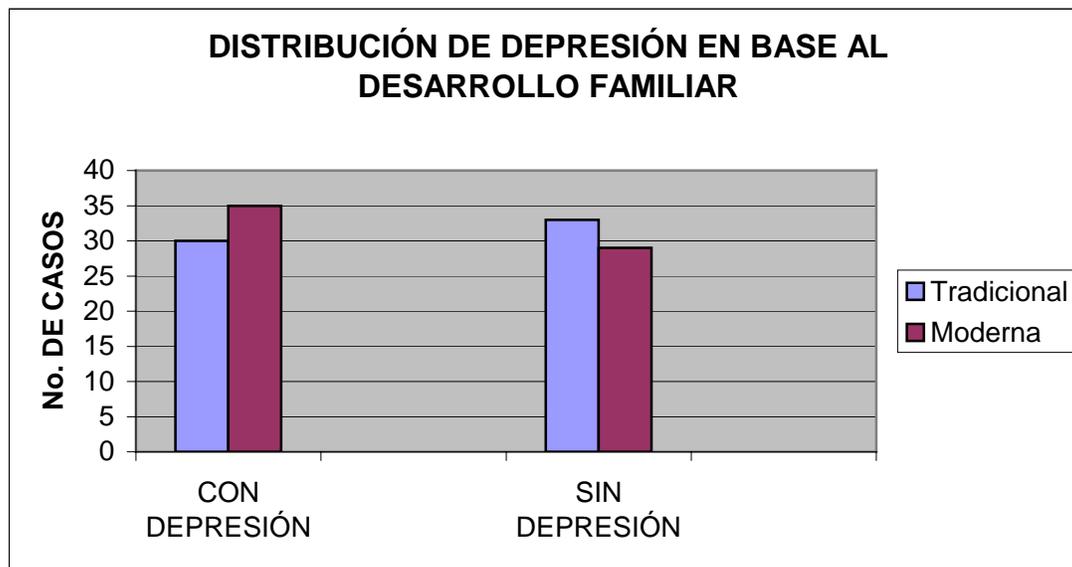
TIPOLOGÍA FAMILIAR EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.10

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN EN BASE AL DESARROLLO FAMILIAR				
DESARROLLO	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Tradicional	30	23.62%	33	25.99%
Moderna	35	27.56%	29	22.83%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 10



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

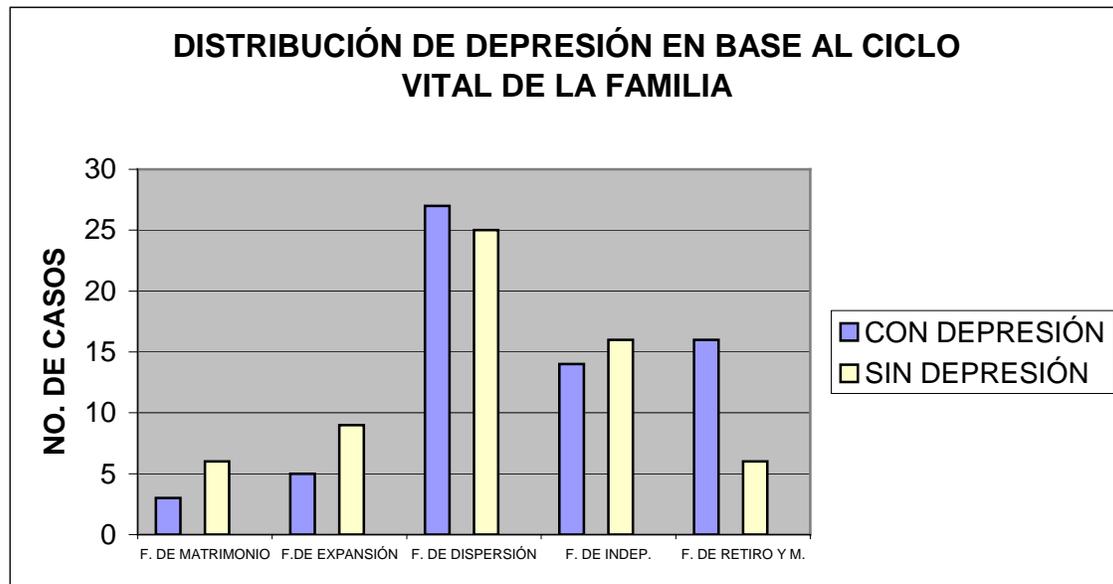
TIPOLOGÍA FAMILIAR EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33

Tabla No.11

DISTRIBUCIÓN DE DEPRESIÓN EN BASE AL CICLO VITAL DE LA FAMILIA				
FASE DEL CICLO	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Fase de Matrimonio	3	2.36%	6	4.72%
Fase de Expansión	5	3.93%	9	7.08%
Fase de Dispersión	27	21.25%	25	19.68%
Fase de Independencia	14	11.02%	16	12.59%
Fase de Retiro-Muerte	16	12.59%	6	4.72%
Totales	65	51.18%	62	48.82%

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

Gráfica 11



Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

**TIPOLOGÍA FAMILIAR EN MUJERES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 33**

Tabla No.12

CARACTERÍSTICAS	CON DEPRESIÓN n = 65		SIN DEPRESIÓN n = 62	
	n	%	n	%
EN BASE A SU ESTRUCTURA				
Nuclear	31	47.7	37	59.7
Nuclear extensa	3	4.6	1	1.6
Seminuclear	11	16.9	4	6.4
Familia extensa	20	30.8	20	32.3
Familia extensa-comp	0	0	0	0
EN BASE A SU DESARROLLO				
Tradicional	30	46.2	33	53.2
Moderna	35	53.8	29	46.8
CICLO VITAL DE LA FAM				
Fase de Matrimonio	3	4.6	6	9.7
Fase de Expansión	5	7.7	9	14.5
Fase de Dispersión	27	41.6	25	40.3
Fase de Independencia	14	21.5	16	25.8
Fase de Retiro-Muerte	16	24.6	6	9.7

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 "El Rosario".

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES CON DEPRESIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

Tabla No.13

VARIABLES	DEPRESIÓN LEVE n = 39		DEPRESIÓN MODERADA n = 22		DEPRESIÓN SEVERA n = 4	
	n	%	n	%	n	%
EDAD						
20-24 años	2	5.1	1	4.5	0	0
25-29 años	5	12.8	1	4.5	1	25
30-34 años	8	20.5	2	9.1	0	0
35-39 años	3	7.7	5	22.7	0	0
40-44 años	8	20.5	3	13.7	1	25
45-49 años	4	10.3	4	18.2	0	0
50-54 años	4	10.3	3	13.7	1	25
55-59 años	3	7.7	2	9.1	1	25
60-64 años	2	5.1	1	4.5	0	0
ESTADO CIVIL						
Soltera	7	17.9	2	9.1	0	0
Casada	24	61.6	14	63.5	4	100
Viuda	0	0	0	0	0	0
Divorciada	3	7.7	3	13.7	0	0
Unión Libre	5	12.8	3	13.7	0	0
ESCOLARIDAD						
Ninguna	0	0	0	0	0	0
Primaria	7	17.9	7	31.8	3	75
Secundaria	10	25.6	6	27.3	1	25
Preparatoria	11	28.3	1	4.5	0	0
Técnico	6	15.4	4	18.2	0	0
Licenciatura	5	12.8	4	18.2	0	0
OCUPACIÓN						
Ama de casa	16	41.0	8	36.4	4	100
Estudiante	0	0	1	4.5	0	0
Obrera	6	15.4	5	22.7	0	0
Empleada	12	30.7	6	27.3	0	0
Profesionista	4	10.3	0	0	0	0
Otra	1	2.6	2	9.1	0	0
NIVEL SOCIOECONÓMICO						
Marginal	2	5.1	0	0	0	0
Obrero	11	28.3	9	40.9	3	75
Medio Bajo	19	48.7	10	45.4	1	25
Medio Alto	7	17.9	3	13.7	0	0
Alto	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 “El Rosario”.

TIPOLOGÍA FAMILIAR EN MUJERES CON DEPRESIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

Tabla No.14

VARIABLES	DEPRESIÓN LEVE n = 39		DEPRESIÓN MODERADA n = 22		DEPRESIÓN SEVERA n = 4	
	n	%	n	%	n	%
EN BASE A ESTRUCTURA						
Nuclear	19	48.7	10	45.4	2	50
Nuclear extensa	0	0	1	4.5	2	50
Seminuclear	7	17.9	4	18.2	0	0
Familia extensa	13	33.4	7	31.8	0	0
Familia extensa-comp.	0	0	0	0	0	0
EN BASE A DESARROLLO						
Tradicional	17	43.6	9	40.9	4	100
Moderna	22	56.4	13	59.1	0	0
CICLO VITAL DE LA FAM						
Fase de Matrimonio	3	7.7	0	0	0	0
Fase de Expansión	4	10.3	1	4.5	0	0
Fase de Dispersión	14	35.9	11	50	2	50
Fase de Independencia	6	15.4	7	31.8	1	25
Fase de Retiro y Muerte	12	30.7	3	13.7	1	25

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 “El Rosario”.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN LA MUJER DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
“EL ROSARIO”**

Tabla No.15

Distribución porcentual entre los 2 grupos de mujeres y por factor asociado estudiado				
Factor Asociado	Con Depresión n=65		Sin Depresión n=62	
	SI	NO	SI	NO
EDAD: Mayor de 40 años	37(57.0%)	28(43.0%)	26(42.0%)	36(58.0%)
ESTADO CIVIL: Sin pareja	15(23.1%)	50(76.9%)	16(25.8%)	46(74.2%)
ESCOLARIDAD: = o < de Secundaria	34(52.3%)	31(47.7%)	27(43.5%)	35(56.5%)
OCUPACIÓN: Ama de casa	29(44.6%)	36(55.4%)	35(56.5%)	27(43.5%)
NIVEL SOCIOECONÓMICO: < de Medio Bajo	25(38.4%)	40(61.6%)	14(22.5%)	48(77.5%)
ESTRUCTURA FAM: Extensa	20(30.8%)	45(69.2%)	20(32.2%)	42(67.8%)
DESARROLLO FAM: Tradicional	30(46.2%)	35(53.8%)	33(53.2%)	29(46.8%)
CICLO VITAL FAM: Centrifugo	57(87.4%)	8(12.3%)	47(75.8%)	15(24.2%)

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 “El Rosario”.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN LA MUJER DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
“EL ROSARIO”**

Tabla No.16

Significancia clínica y estadística de los factores asociados para Depresión				
Factor Asociado	OR	IC del 95%	χ^2	P
EDAD: Mayor de 40 años	1.82	0.90 – 3.69	2.85	0.09
ESTADO CIVIL: Sin pareja	0.86	0.38 – 1.93	0.12	0.72
ESCOLARIDAD: = o < de Secundaria	1.42	0.70 – 2.86	0.97	0.32
OCUPACIÓN: Ama de casa	0.62	0.30 – 1.25	1.77	0.18
NIVEL SOCIOECONÓMICO: < de Medio Bajo	2.14	0.98 – 4.66	3.76	0.05
ESTRUCTURA FAM: Extensa	0.93	0.44 – 1.97	0.03	0.85
DESARROLLO FAM: Tradicional	0.75	0.37 – 1.51	0.63	0.42
CICLO VITAL FAM: Centrifugo	2.27	0.88 – 5.82	3.02	0.08

OR Razón de Momios, IC 95% Intervalo de confianza al 95%, χ^2 Ji cuadrada, P Probabilidad 0.05
Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres derechohabientes de la UMF 33 “El Rosario”.

9. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la frecuencia de depresión en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, utilizando el Inventario de Depresión de Beck como test para el diagnóstico, encontrando una frecuencia del 51% en la muestra estudiada, cifra mayor que la reportada en la propia Unidad (0.08% en el caso de las mujeres en el año 2007), así como la reportada en la literatura a nivel nacional. Al comparar los resultados con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en México en el 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, se concluyó que los trastornos depresivos se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), por lo que se corrobora el bajo reporte de este trastorno en la población de dicha unidad y la alta sintomatología presentada en las pacientes derechohabientes encuestadas. Cabe recordar que en el presente estudio se manejó a población femenina, lo que pudo haber elevado el porcentaje final en relación a los demás estudios que manejaron población mixta, ya que se considera que existen 2.5 mujeres con depresión por cada hombre con el mismo padecimiento.

De las pacientes en las cuales se encontró depresión, el 60% mostró rasgos de depresión leve, el 34% depresión moderada y el 6% datos de depresión grave. En el presente estudio se encontró un porcentaje más bajo de depresión severa en relación a la descrita por la literatura quien refiere que aproximadamente el 13% de la población con depresión muestra datos de sintomatología severa. En un informe sobre el tema, dado a conocer por la Gaceta Biomédica de la Universidad Nacional Autónoma de México, se indicó que una tercera parte de los trastornos depresivos son severos, y que la proporción de ésta es más alta en hombres que en mujeres.

Dentro del grupo de pacientes con depresión, se encontró un porcentaje más alto de este trastorno en las edades comprendidas entre los 30 y los 54 años con un punto máximo entre los 40-44 años, donde se encontró un 18%. Los extremos de edades que comprende de los 20 a los 29 años y de los 55 a los 64 años se encontraron los porcentajes más bajos. Del total de las pacientes con depresión un 57% son mayores de los 40 años a diferencia del 43% que se encontró por debajo de esta edad. En relación a la asociación existente entre el antecedente de edad mayor de 40 años con la depresión se observó que si bien se tiene un 82% de exceso de riesgo en el grupo de expuestos para presentar dicho trastorno no existe asociación (OR 1.82, IC 95% 0.90 – 3.69, X^2 2.85, $P = 0.09$). En el presente estudio la edad mayor a los 40 años no resultó ser un factor ni clínico ni estadísticamente significativo para presentar depresión.

Los resultados encontrados en el presente estudio son compatibles con la literatura la cual menciona que, a excepción de la etapa de adolescencia, es en la etapa de adulto joven cuando se puede padecer mayor depresión en la mujer ya que las relaciones interpersonales y roles en el trabajo, el estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y tener padres ancianos. Según estudios realizados, los ancianos tienen riesgo particularmente más alto de depresión, dato no reflejado en el presente estudio.

En relación al estado civil en mujeres con depresión, se encontró que el 76.9% de las mujeres entrevistadas tenían pareja (casadas y en unión libre), y que 23.1% de las pacientes no tenía pareja en el momento del estudio (solteras, Viudas y divorciadas). El factor asociado sin pareja no resultó ser, en este estudio, un factor de riesgo ni clínica ni estadísticamente significativo para la presencia de depresión (OR 0.86, IC 95% 0.38 – 1.93, χ^2 0.12, $P = 0.72$), en un informe emitido por la Organización Mundial de la Salud en 1996 referente a todas las mujeres del mundo mostró que las mujeres casadas con descendencia tenían un riesgo mayor de depresión que las mujeres casadas sin hijos, las solteras, y los hombres, tanto casados como solteros.

En cuanto a la escolaridad de las mujeres que presentaron depresión se encontró que el 52.3% presentaba escolaridad igual o menor a secundaria, y que el 47.7% presentaba escolaridad por arriba de secundaria. En relación a la asociación existente entre el antecedente de menor escolaridad (= o < de secundaria) con la depresión se observó que si bien se tiene 42% de exceso de riesgo en el grupo de expuestos para presentar depresión no existe asociación (OR 1.42, IC 95% 0.70 – 2.86, χ^2 0.97, $P = 0.32$) en relación a los que no están expuestos. La asociación entre la baja escolaridad y la depresión parece no tener significancia ni clínica ni estadística. Los resultados mencionados por la literatura reportan que se tiene mayor riesgo de depresión si se tiene baja escolaridad. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos (Kawachi et al 1999) encontraron que las mujeres presentaban mayor depresión en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres.

En el grupo de pacientes con depresión se encontró que 44.6% de las mujeres encuestadas eran amas de casa o no presentaban ningún tipo de actividad con remuneración económica, a diferencia del 55.4% que si trabajaba. En relación a la asociación existente entre ser ama de casa con la depresión se observó en este estudio que no existe significancia ni clínica ni estadística (OR 0.62, IC 95% 0.30 – 1.25, χ^2 1.77, $P = 0.18$). Tales resultados no coinciden con lo descrito en la literatura, un estudio con población canadiense, Denton y Walters (1999) encontraron que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleo más alta, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social, mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo.

Los resultados del presente estudio muestran que 38.4% de las mujeres con depresión tuvo nivel socioeconómico menor al medio bajo y que el 61.6% mostraba nivel igual o mayor al medio bajo. En el presente estudio se observó que la mujer tiene 1.14 veces más riesgo de presentar depresión si es de nivel socioeconómico bajo en relación a las que no tienen esta característica (OR 2.14, IC 95% 0.98 – 4.66, χ^2 3.76, $P = 0.05$). Si bien hay significancia clínica no lo hay estadísticamente hablando. Datos parecidos a los reportados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2000 quienes refieren que estar en un grupo socioeconómico bajo es un factor de riesgo para depresión. Esto puede ser a causa de factores como bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, entornos estresantes, aislamiento social, y mayor estrés diario.

La estructura familiar extensa no mostró en el presente estudio significancia ni clínica ni estadística para la presencia de depresión (OR 0.93, IC 95% 0.44 – 1.97, χ^2 0.03, P = 0.85). Cabe mencionar que de la muestra total estudiada (127) 4 mujeres refirieron tener una familia nuclear extensa, a su vez 3 presentaron depresión, siendo 2 de ellas catalogadas como portadoras de depresión grave. La literatura reporta que en el área de Boston, las mujeres con edades comprendidas entre 36 y 44 años que tenían hijos eran significativamente menos propensas a estar deprimidas que las mujeres sin hijos. Además, cuantos más hijos tenían, menos deprimidas tendían a estar. Este estudio se realizó en las mujeres premenopáusicas de mayor edad. La diferencia entre este estudio y otros puede deberse a que los hijos eran más mayores, los que podrían representar una red de soporte emocional en lugar de ser unos seres dependientes.

En cuanto al desarrollo familiar tipo tradicional no se mostró en este estudio significancia ni clínica ni estadística para la asociación con depresión (OR 0.75, IC 95% 0.37 – 1.51, χ^2 0.63, P = 0.42). En un estudio europeo se informó que la depresión aumentaba en los hombres y bajó en las mujeres entre 1980 y 1995, un período que coincide con la incorporación de la mujer al mundo laboral (el trabajo fuera de casa que no proporciona un soporte social, sin embargo, puede no ayudar a proteger frente a la depresión). Otros estudios americanos han informado de que las abuelas que cuidaban a sus nietos y las madres de bebés, independientemente de si trabajaban o no, tenían un riesgo de depresión muy alto.

La relación entre el ciclo vital familiar de tipo centrifugo y la depresión, mostró que las pacientes que presenten ciclo vital de la familia en Fase de Dispersión, Fase de Independencia o Fase de retiro y muerte tienen 1.27 veces más riesgo de presentar depresión que las pacientes que se encuentran en otras fases del ciclo vital. No existiendo relación ni estadísticamente ni clínicamente hablando (OR 2.27, IC 95% 0.88 – 5.82, χ^2 3.02, P = 0.08), el Instituto de Salud Mental de E.U. en el 2002 difiere en el resultado de este estudio ya que se reporta que años antes se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la depresión cuando los hijos se iban de la casa (Fase de Independencia) y ellas enfrentaban el “síndrome del nido vacío”, sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los últimos estudios reportados en dicho país no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

10. CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión en mujeres encontrada en el presente estudio fue de 51%, mayor a la reportada en la Unidad de Medicina Familiar No.33 en el año 2007, la cual fue de 0.08% , así como la reportada a nivel nacional.

La distribución por grado de depresión muestra un 60% de pacientes con depresión leve, 34% con depresión moderada y 6% con depresión grave.

Dentro del grupo de pacientes con depresión, se encontró un porcentaje más alto de este trastorno en las edades comprendidas entre los 30 y los 54 años con un punto máximo entre los 40-44 años, donde se encontró un 18% de los casos. Los extremos de edades que comprende de los 20 a los 29 años y de los 55 a los 64 años se encontraron los porcentajes más bajos.

En relación a la asociación existente entre el antecedente de edad mayor de 40 años con la depresión se observó que si bien se tiene 82% de exceso de riesgo en el grupo de expuestos para presentar dicho trastorno, en el presente estudio la edad mayor a los 40 años no resultó ser un factor ni clínica ni estadísticamente significativo para presentar depresión.

En relación al estado civil en mujeres con depresión, se encontró que el 76.9% de las mujeres entrevistadas tenían pareja (casadas y en unión libre), y que 23.1% de las pacientes no tenía pareja en el momento del estudio (solteras, Viudas y divorciadas). El factor asociado sin pareja no resultó ser, en este estudio, un factor de riesgo ni clínica ni estadísticamente significativo para la presencia de depresión.

En relación a la asociación existente entre el antecedente de menor escolaridad (= o < de secundaria) con la depresión se observó que se tiene 42% de exceso de riesgo en el grupo de expuestos para presentar depresión, en relación a los que no están expuestos. La asociación entre la baja escolaridad y la depresión parece no tener significancia ni clínica ni estadística.

En el grupo de pacientes con depresión se encontró que 44.6% de las mujeres encuestadas eran amas de casa o no presentaban ningún tipo de actividad con remuneración económica, a diferencia del 55.4% que si trabajaba. Se observó en este estudio que no existe significancia ni clínica ni estadística para relacionar el factor ama de casa con depresión.

Los resultados del presente estudio muestran que 38.4% de las mujeres con depresión tuvo nivel socioeconómico menor al medio bajo y que el 61.6% mostraba nivel igual o mayor al medio bajo. De las pacientes que no mostraron depresión 22.5% mostró nivel socioeconómico menor al medio bajo. En el presente estudio se observó que la mujer tiene 1.14 veces más riesgo de presentar depresión si es de nivel socioeconómico bajo en relación a las que no tienen esta característica (OR 2.14, IC 95% 0.98 – 4.66, X² 3.76, P = 0.05).

En relación a la tipología familiar como factor asociado a depresión se encontró que la estructura familiar extensa y el desarrollo familiar tipo tradicional no mostraron significancia ni clínica ni estadística para la asociación con depresión.

La relación entre el ciclo vital familiar de tipo centrifugo y la depresión, mostró que las pacientes que presenten ciclo vital de la familia en Fase de Dispersión, Fase de Independencia o Fase de retiro y muerte si bien tienen 1.27 veces más riesgo de presentar depresión que las pacientes que se encuentran en otras fases del ciclo vital, clínicamente y estadísticamente no es significativo.

Lo que se concluye de los resultados de nuestro estudio es que la frecuencia de depresión en nuestro medio es alta con predominio del grado leve, y que aparentemente permanece subreportada en el primer nivel de atención. Al estudiar los factores de riesgo que tiene una mujer para padecer depresión es conveniente no hacer de lado los factores psicosociales y familiares que envuelven a cada paciente, ya que son estas interacciones las que determinan en ocasiones el curso satisfactorio, o no, de la enfermedad. Encontrándose en la presente investigación que la edad mayor a los 40 años, la escolaridad menor a secundaria, el nivel socioeconómico bajo y el ciclo vital familiar con características centrifugas son factores que pueden presentarse como de riesgo para la depresión, sin mostrar por ello asociación directa. Los factores sociodemográficos y familiares característicos de cada paciente, no son necesariamente modificables por el médico de primer nivel, pero este puede detectar algún paciente con mayor riesgo de padecer depresión y comenzar una terapia temprana.

Los trastornos depresivos son afecciones comunes, persistentes y recurrentes en los pacientes del 1er nivel de atención, causan un sufrimiento considerable al enfermo y su familia, y se asocian a pérdida de la productividad personal y aun marcado incremento en el riesgo de suicidio. Además, la presencia de depresión pone a las personas en condiciones comorbidas con un riesgo mayor de enfermedad y de muerte.

Las personas con depresión gastan más tiempo con sus médicos, en sus consultas y utilizan más los servicios de salud. La importancia de identificar a los pacientes con depresión radica en la efectividad de la terapia temprana. El reconocimiento de la depresión es clave en la práctica del médico familiar, ya que si este desorden no es reconocido no puede ser tratado.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. CMAJ 2002, 167:1253-1260.
- 2.-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- 3.-Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
- 4.-Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997, 349:1498-1504.
- 5.-<http://www.mailxmail.com/curso/vida/depresion/capitulo1.htm>
- 6.-Simon G, Ormel J, Vonkorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am J Psychiatry 1995; 152: 352-357.
- 7.-Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao,S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K, S.(1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51,8-19.
- 8.-Pichot P, et al: Diagnostic Schedule Manual-IV-TR (DSM IV-TR) Washington, D.C.Masson S.A, 1995; 161-163.
- 9.-Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. An Inst Mex Psiquiatr 1992; 3:48-55.
- 10.-Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Ment 1997;20:15-23.
- 11.-Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003;26(4):1-16.
- 12.-Medina-Mora ME. La depresión es la primera causa de discapacidad en mujeres. Boletín Informativo Mensual de Centros de Integración Juvenil 2007;4(47).
- 13.-Ruiz ER. Frecuencia de Depresión y Factores de Riesgo Asociados en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No. 33 EL Rosario. Tesis de Posgrado UNAM-SSA, México. DF; 2005.
- 14.-Oliver E. Depresión Posparto en Mujeres Usuarias de la Unidad de la UMF No. 33 El Rosario del IMSS. Tesis de Posgrado UNAM-SSA, México. DF; 2006.

15.-Herrera SA. Frecuencia de Síndrome Depresivo en pacientes Climatéricas de la UMF No.33 El Rosario. Tesis de Posgrado UNAM-SSA, México. DF; 2006.

16.-Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: A view from the states. *Social Science & Medicine*, 48, 21-32.

17.-National Institute of Mental Health. Depresión. Lo que toda mujer debe saber. Information Resources and Inquiries Branch <http://www.nimh.nih.gov>

18.-American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

19.-Mirowsky, J.(1996). Age and the gender gap in depression. *Journal Of Health and Social Behavior*, 37,362-380.

20.-Denton,M. Y Walters, W. (1999). Gender differences in structural and Behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.

21.-Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.

22.-Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.

23.-Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso Salud Enfermedad. Editorial Alfil, México 2005; 47-51

24.-Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar AC. Guía de estudio. Examen de certificación en Medicina Familiar. 5ª Revisión México. 1999.

25.-Vargas P: El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. En: Ceitlin J, Gómez GT: Medicina de Familia: la clave de un modelo. Madrid, Sem FYC y CIMF, 1997: 36-48.

26.-Estrada IL: El ciclo vital de la familia. México, Posadas, 1982.

27.-Bader E, Mainets T: Strategies for working with families. *Can Fam Phys* 1991;37:377-380.

28.-Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. México: Medicina Familiar Mexicana 2006 p.171-203.

29.-Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Segunda Edición (2001).

30.-Vedelei A, Carpio C, Brandt ZB, Martins MJ, Comps: Registros médicos en los programas de Medicina Familiar en Venezuela. VIII Simposio de Medicina Familiar. México, noviembre de 1990.

31.-Jurado S: La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la Ciudad de México. Salud Mental 1998, 21:26-31.

32.-Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. La Composición de las familias. En: INEGI. Las familias Mexicanas. México; INEGI 1998 p.77-130.

33.-Irigoyen CA. Diagnóstico Familiar. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000 p.17.

34.-Solórzano L, Bandt TC, Flores O. Estudio Integral del ser humano y su familia. Caracas Venezuela; Graficas La Bodoniana, C. A ; 2001.