



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 3
GUADALUPE, ZACATECAS

***“DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD Y SU
RELACION EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD, EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARIA ELENA LOPEZ GALAVIZ

ASESOR METODOLOGICO
DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA

ASESOR DE TEMA
DRA. MA. CARMEN FRAIRE GALINDO

ZACATECAS

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD Y SU
RELACION EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD, EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCION”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA ELENA LOPEZ GALAVIZ

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.1
ZACATECAS, ZACATECAS.

DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO ZACATECAS

ASESOR DE TEMA

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA I CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE ZACATECAS, ZACATECAS.

DR. JOSE ARMANDO PÉREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS

2009.

***“DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD Y SU
RELACION EN LA COHESION Y ADAPTABILIDAD, EN UNA UNIDAD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCION”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARIA ELENA LOPEZ GALAVIZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

A MI FAMILIA

Por su apoyo, cariño y tolerancia brindados en todos los aspectos.

A MI MAESTRA

Por su paciencia y dedicación, al enseñarme sus conocimientos.

ÍNDICE

1. Título	
2. Marco Teórico	1
3. Planteamiento del problema	12
4. Justificación	13
5. Objetivo de la investigación	15
5.1 Objetivo general	15
5.2 Objetivos específicos	15
6. Material y Métodos	16
6.1 Diseño	16
6.2.1 Población de estudio	16
6.2.2. Lugar de estudio	16
6.2.3 Tiempo	16
6.3 Criterios de Selección	16
6.3.1 Criterios de Inclusión	16
6.3.2 Criterios de exclusión	16
6.3.3 Criterios de eliminación	16
6.4 Diseño de la muestra:	16
6.4.1 Técnica muestral	16
6.4.2 Tamaño de la muestra	17
7. Variables de estudio	17
7-1 Tipo de variables dependiente e independientes	17
7.2 Definición Operacional de las variables	18
7.4. Procedimiento para recopilar la información	23
7.5. Consideraciones éticas	24
8. Resultados	24
9. Discusión	26
10. Conclusiones	27
11. Sugerencias	28

12. Referencias bibliográficas	29
13. Anexos	31
13.1 Anexo 1 tablas y graficas	31
13.2. Anexo 2 Instrumento de Recolección de datos	41
13.3. Anexo 3 Faces III	42
13,4 Anexo 4 Escala de Zung	43
13.5. Anexo 5 Escala de Graffar	44
34.6 Consentimiento informado	45

2. MARCO TEÓRICO

El término depresión proviene del latín depressio que significa hundimiento, y es el sentimiento en donde el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo I.

Galeno, en el siglo II, adhiriéndose a la patología humoral identifica tres formas de melancolía: la cerebral, la corporal y la del tubo digestivo. A la caída de la cultura grecolatina sobrevino una etapa de oscurantismo en la psiquiatría, de la que sin embargo se rescatan dos obras: el “Tratado de la melancolía” de Bright, en 1586 y la “Anatomía de la melancolía” de Burton, en 1624 primera descripción que se hace de la depresión.¹,

Aunque Kraepelin en la 8ª edición de su obra (1896) considera la depresión como unitaria y dentro de la psicosis maníaco-depresiva, la mayoría de los autores del siglo xx como Lange, Gillespie, Buzzard, Pollit, Van Praag, Robins, Winokur, y la escuela de New Castle en la que Roth, Kiloh, Garside, Carney y Nerr son los exponentes principales, y basándose en ellos Mezzich en nuestro país en 1971, concuerdan en una clasificación binaria o bidimensional.^{1, 2}

La teoría unitaria ó dimensional de la depresión defendida por Mapother en 1926, Lewis en 1934, Delgado en 1940 y sobre todo Kendell en 1983, se sigue compartiendo en todo los foros internacionales.

La muerte es el destino inexorable de la vida. La depresión es la muerte lenta de la vida. Después de la crisis viene la lisis con el devenir del envejecimiento hasta llegar a la muerte. La depresión es la lisis de la vida. (Muerte y/o lisis).

Estas reflexiones son hechas con el objeto de intentar demostrar que hay un "endon"(algo endógeno) en cada depresión.²

Lo endógeno viene de la taxonomía botánica, su uso médico se debe a Delasiauve y su uso psiquiátrico a Möbius en 1853, quien lo define como "lo que no es reactivo a condiciones internas y/o externas de tipo psicológico, ni es consecuencia directa de alteración corporal". Lo que sale del interior, brotando con la genética, al ser humano en lo biológico y se ubica entre lo psicológico y lo biológico con una conceptualización espiritual y en un marco social. Es un arquetipo ordenador primigenio. Es un mediador, dice Lolas, "entre lo psicológico y lo somático, cuyo valor no radica solamente en su condición de producto de la observación científica, sino fundamentalmente en su fuerza productora de futuras observaciones". Lo endógeno es un constructo que a pesar de tener más de 100 años de existencia, mantiene intacta su validez.

La "depresión vital", como la denomina Honorio Delgado, es más un trastorno instintivo-volitivo que afectivo-emocional, que paraliza al individuo en su grado extremo o lo lleva en un principio sólo a una merma de la fuerza psicobiológica, a la paresia leve, moderada o severa. Delgado también nos habla de la inhibición del devenir subjetivo, que luego Jean Sutter llama "parálisis de la anticipación" y que tiene vigencia actual. Berrios revela que la semiología de la afectividad ha sido estudiada insuficientemente en Occidente, donde lo cognoscitivo adquiere mayor importancia. Estos conceptos nos hacen meditar en la necesidad de formular algunas características de la depresión que como síntomas primarios tienen un compromiso instintivo-volitivo y de las vivencias temporales, y secundariamente un trastorno afectivo-cognoscitivo y "somático". Delgado tampoco hablaba de una tristeza patológica, como la mayoría de los autores repiten iterativamente en sus definiciones, sino de una pérdida de la energía (síntoma común en todos los países estudiados por la ONU) y luego "una propensión a la tristeza".

Para nosotros la enfermedad depresiva es única, endógena, que no admite subdivisiones, en lo que concordamos con Dörr en el libro Las psicosis endógenas. Tiene su trastorno fundamental en un compromiso vital ya mencionado y su consecuencia en un cambio de la personalidad, de las funciones biológicas y de los ritmos circadianos, y que tiene como substrato una disfunción fundamentalmente serotoninérgica en la corteza prefrontal y del eje límbico-hipotálamico-hipofisiario.

Un cambio permanente, que no se modifica realmente al estímulo ambiental y que hace decir algo tan simple al paciente o a la familia: "Ya no es el mismo de antes".

Existen tres tipos de depresión: La Depresión Severa, Distimia y Trastorno Bipolar. La Depresión Severa se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La Distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el Trastorno Bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

Criterios diagnósticos de Depresión.

Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.

Sentimientos de desesperanza y pesimismo.

Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.

Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."

Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.

Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.

Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.

Inquietud, irritabilidad.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario ó no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras ó funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica ó una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, ó cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas ó no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del

episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de stres. 8

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras ó por asumir el cuidado de padres ancianos. ,

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.¹⁰

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en

ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo 8. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza ó desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Algunas compañías ofrecen programas de salud mental para sus empleados. Estos pueden ser de gran ayuda para el hombre. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. , ,

El CIE 10 lo clasifica como F32.x-F33.x

Entre los múltiples factores que influyen en la presentación de esta patología podíamos citar: La Familia como toda organización viva tiene su inicio, desarrollo y |ocaso tradicionalmente en el campo de la medicina familiar utiliza la clasificación de Erickson quien en 1959 postula la existencia de Etapas del ciclo vital familiar sobre la base del ciclo del desarrollo individual. Clasificándola en: Lactancia, Niñez temprana, Edad del juego, Edad escolar Adolescencia, Juventud, Aduldez Vejez.

Duvall en 1971 la modifica; Recién casados (sin hijos), Nacimiento del primer hijo (hijo mayor, nacimiento a 30 mese), Familia con hijos preescolares (hijo mayor a 30 meses o 6 años), Hijos escolares (hijos mayores 6 a 15 años), Familia con adolescentes (hijo mayor de 15-20 años), Época de desprendimiento (separación del primero al último hijo), Padres nuevamente solos (separación del último hijo, jubilación), años finales (Padres retirados, muerte).

Geyman en 1980 la clasifica de la siguiente manera. Fase de Matrimonio, Fase de Expansión, Fase de Dispersión, Fase de Independencia, Fase de Retiro o Muerte. Ciclo vital familiar (Geyman): 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 y se expande. Fase de Dispersión generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos. Fase 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 criticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

La Fase de Retiro y/o Muerte: Es la fase final de una familia, comienza cuando uno de los miembros de la pareja se jubila ó muere, quedando un solo miembro de la pareja, ó cuando ambos están jubilados y dependientes.

Factores sociodemográficos: Mujeres de 59 años, Escolaridad.- primaria y Estado civil.- viudos ó sin familia (en abandono por la misma familia) Familia.- de tipo Urbano, con un sólo cónyuge ó de una sola pareja, que se encuentren en ciclo de vida familiar de retiro y muerte.

FACES III (Escala de Medición de Adaptabilidad y Cohesión Familiar)

Es un instrumento creado por Olsen y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas. Que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte FACES III¹⁸. FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento^{19,20,21} FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores ^{22, 23, 24}. La funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Es un grave error calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto a nivel individual como familiar y hecha mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares

nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. El afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

La escala proporciona un aceptable acercamiento a la evaluación de la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar; consta de 20 preguntas (ítems), los puntajes obtenidos clasifican a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas, estas últimas han mostrado mayor riesgo de disfunción. El formulario se aplica en adultos que sepan leer y escribir y que pertenezcan a una familia nuclear, es decir; estén compuestas por padre, madre e hijos. La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que, ante una evaluación extrema, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud, como de otros instrumentos. La manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que éstas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción.²⁵

Escala de Zung (Escala Autoaplicada de Depresión de Zung)

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965²⁶, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.²⁷ Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos.

Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”¹, en otras se hace referencia a “su situación actual”², o a la semana previa³.

INTERPRETACIÓN

La escala de Zung de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona²⁸, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

No depresión 50 (40 puntos)

Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)

Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)

Depresión grave > 69 (> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada⁶⁻⁷, y el de puntuación total^{2, 8-10}, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y cols² proponen los siguientes puntos de corte:²⁹

No depresión < 35 (< 28 puntos)

Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)

Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)

Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

Otros autores han utilizado categorizaciones distintas. Así, Seva-Díaz A. (1982) 8, propone la siguiente categorización:30

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa ³ 60 (> 47 puntos)

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la inespecificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6, 18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia en nuestro país en el año 2006 fue de 4.5 %; 5.8% en las mujeres, 2.5% en los hombres. La frecuencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad; en el hombre es más común en áreas rurales que en zonas urbanas.

La trascendencia es importante ya que es un padecimiento frecuente en nuestro tiempo por ser una patología multifactorial donde interactúan tanto factores genéticos, bioquímicas como psicosociales y sobre todo de personalidad, por lo que se debe hacer más énfasis en su estudio para poder ayudar a los pacientes a una mejor calidad de vida.

La susceptibilidad de corrección de esta patología es de un efecto positivo ya que si se le da la importancia debida se puede hacer más por los pacientes, canalizándolos a grupos de autoayuda, terapia grupal (Neuróticos anónimos) psicoterapia familiar, citas a psicología ó en su defecto a psiquiatría para complementación diagnóstica y un tratamiento adecuado.

La pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre depresión en pacientes adultos de 25 a 59 años de edad y la cohesión y adaptabilidad en la UMF No. 3, del IMSS, de Guadalupe, Zacatecas?

4. JUSTIFICACIÓN

Depresión.- La palabra *depresión* viene del latín *depressus*, que significa abatido o derribado.

La depresión es un trastorno que no sólo afecta el estado de ánimo de la persona, sino su comportamiento, la manera en que se ve a sí mismo, la relación con quienes le rodean y su funcionamiento orgánico y físico. La depresión no indica debilidad personal ni es una condición de la cual la persona se pueda librar voluntariamente; no es un problema de actitud, por lo que una persona deprimida no puede simplemente decir “Ya me quiero sentir bien” y empezarse a sentir bien

Es un padecimiento muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en el urbano, debido a diversos factores que cumplen un rol en la depresión, como son genéticos, bioquímicas, psicosociales, y de personalidad que además interactúan entre ellos. Quienes padecen depresión no consideran su estado de ánimo como algo patológico; culpan a circunstancias desfavorables, al trabajo o a sus relaciones de pareja de su irritabilidad y por ello no acostumbran a consultar su problema. Por lo que en raras ocasiones es motivo de consulta médica, juzgando el paciente su afección como de naturaleza física

Tiene una alta prevalencia. En Europa la prevalencia de la depresión es de 18%, y en los EE.UU. de 14%. Las cifras de la prevalencia de la depresión en América Latina son disímiles, así encontramos: 9.8% en la República Dominicana, 11.7% en el Perú, 12% en la Argentina, 15% en Brasil y 25% en Chile.⁶

En México la prevalencia en el 2006 fue de 4.5%; 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres, la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En el hombre la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas.⁷ En México, al menos 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida, asegura Irma Corlay, médico psiquiatra del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Sin embargo, las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud (Ssa) refieren que de 12 a 20 por ciento de la población de 18 a 65 años de edad -más de 10 millones de individuos- están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida. La misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad. En México, además de lo anterior, sobresale el incremento en el número de las muertes autoprovocadas. Prácticamente se duplicaron en una década, al pasar de mil 405 en 1990 a dos mil 736 en 2000. En 2003 la cifra se elevó todavía más para ubicarse en tres mil 327 casos, señala información del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)

La OMS la considera la cuarta causa de pérdida de años de vida saludable y proyecta que será la segunda causa en el 2020. ⁵

En la ciudad de Zacatecas hasta el momento no ha sido posible encontrar datos relacionados con esta patología que nos indique el estado actual en nuestra población pero se continuará investigando al respecto

Aproximadamente el 70-60% de los pacientes desarrollan un trastorno depresivo mayor. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Un costo estimado en 1990 de 44.000.000.000 dólares en EE.UU. teniendo en cuenta, el costo directo (por la asistencia) e indirecto (por las pérdidas de productividad Además produce un incremento de la mortalidad y deterioro funcional

Estos padecimientos son difícilmente abordados por el médico familiar, ya que los pacientes disfrazan el motivo de consulta, por falta de confianza con el médico o por otras situaciones adversas en la relación medico-paciente, como sobresaturación de la demanda de consulta, falta de tiempo de los médicos por la anterior causa, etc.

La atención médica en esta unidad, específicamente en estos padecimientos, se realiza en forma fragmentaria, discontinua, individual y

limitándose al área biológica, lo cual dista mucho de ser integral, razón por la cual, nos motivo a realizar una investigación sobre este tipo de problemática y así proponer alternativas de solución que beneficien a los portadores de estos problemas y mejorar el nivel de salud del núcleo familiar.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 25 a 59 años de edad y su relación en la cohesión y adaptabilidad en la UMF No. 3, del IMSS, de Guadalupe, Zacatecas,

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Describir las características sociodemográficas de la población entrevistada (edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad).

5.2.2. Describir las características familiares de la población entrevistada: (tipología familiar, ciclo vital y estructura familiar).

5.2.3 Identificar la presencia de depresión ó no, y el grado de la misma (leve, moderada, grave).

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

- ❖ **Prospectivo**
- ❖ **Transversal**
- ❖ **Observacional**

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes de 25 a 59 años de edad (7.650 individuos de ambos sexos)

6.2.1. LUGAR:

Guadalupe, Zacatecas

6.2.2 TIEMPO:

En el período de Junio a Agosto del 2008

6.3. CRITERIOS DE SELECCION:

6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes ambos sexos, con edades de 25 a 59 años de edad

Derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 3 de Guadalupe, Zacatecas, y que mediante carta de consentimiento informado acepten participar.

6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, osteoartritis ó artritis reumatoide) y aquellos que estén en tratamiento con psicofármacos.

6.3.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Cuestionarios mal llenados.

6.4.- DISEÑO DE LA MUESTRA:

6.4.1 TÉCNICA MUESTRAL

Se utilizó muestreo no probabilístico, de los pacientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalupe, Zacatecas, de Junio a Agosto del 2008.

6.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de estimación de proporción de una población infinita:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde: n = tamaño de muestra

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

p = Prevalencia de depresión en población adulta: 5 %

% = 0.05

q = Complemento de 1 – P = 0.95

d = Error permitido = 5% = 0.05

Desarrollo de fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.05)^2} =$$

$$\frac{(3.8416) (0.05) (0.95)}{(0.0025)} = \frac{0.182476}{0.0025} =$$

$$n = Z^2 p q / d^2 = (1.96)^2 (0.05) (0.95) / (0.05)^2 = 73$$

7.0 VARIABLES

7.1 Variable Dependiente:

Depresión en población de 25 a 59 años de edad

7.2.- Variable Independientes:

- ❖ Características sociodemográficas: edad, sexo, nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad.

- ❖ Características familiares de la población entrevistada: (tipología familiar, ciclo vital y estructura familiar).
- ❖ Cohesión y adaptabilidad en la población entrevistada.

7.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE: **Edad.**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido de una persona a partir del nacimiento.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Tiempo en años cumplidos que refieran las personas al momento de la encuesta.

ESCALA DE MEDICIÓN: De razón.

CATEGORÍAS: en años

NOMBRE: **Sexo.**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Características fenotípicas que distinguen a la hembra del macho.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Sexo del paciente entrevistado de acuerdo a lo socialmente aceptado.

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal dicotómica

CATEGORÍAS: Masculino, Femenino.

NOMBRE: **Estado Civil**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles

DEFINICIÓN OPERACIONAL: De acuerdo al estado civil en el momento de la encuesta

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal politómica

CATEGORÍAS: Casados, Solteros, Divorciados, Viudos,
Unión Libre

NOMBRE: **Escolaridad**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Tiempo en que un alumno asista a la escuela ó cualquier tipo de enseñanza, grado mas alto completado , dentro del nivel avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país considerando los 3 niveles y el universitario del sistema no reformado y categorización del sistema educativo reformado (Ciclo de educación básica).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Grado en que se encuentra al momento de la encuesta.

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal politómica.

CATEGORÍAS Analfabeta, Primaria, Secundaria, Profesional.

Nombre: **Nivel socioeconómico.**

Definición conceptual: Índice económico, social y cultural en el que se desenvuelve

la existencia de un ciudadano(a) medio en un país.

Definición operacional: Nivel socioeconómico familiar identificado con la

aplicación del Método de Graffar, en cual es un instrumento que consiste en 4 preguntas con 5 posibilidades de respuesta, con valores que van del 1 al 5 y que indagan la profesión del Jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, las características de la vivienda y principales fuentes de ingreso.

Estrato alto 04-06 puntos.

Medio alto 07-09 puntos.

Medio bajo 10-12 puntos.

Obrero 13-16 puntos.

Marginal 17-20 puntos.

Escala de medición: Ordinal.

Categoría: Estrato alto.

Medio alto.

Medio bajo.

Obrero.

Marginal

Nombre: **Tipo de familia.**

Definición conceptual: La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y valores fundamentales.

Definición operacional: Tipo de familia al que pertenece el adolescente en el Momento de aplicar la encuesta y de acuerdo a su Desarrollo (moderna y tradicional) a su demografía (urbana-rural), por su conformación (nuclear, seminuclear, extensa y compuesta).

Escala de medición: Nominal dicotómica

Nombre: **Ciclo vital de la familia.**

Definición conceptual: La familia como todo ser humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, siguiendo un patrón similar al hombre (Nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere).

Definición operacional: Ciclo vital de la familia de acuerdo a la Clasificación de Geyman.

Matrimonio: inicia al consolidarse el vínculo matrimonial.

Expansión: La llegada del primer hijo y la Incorporación de nuevos miembros de la familia.

Dispersión: La asistencia de uno de los hijos a la escuela.

Independencia: Formación de otra familia por parte de alguno de los hijos.

Retiro y muerte: El núcleo familiar se queda solo, ya sin hijos. Se da el llamado nido vacío. Ocurre la Muerte de uno de los cónyuges.

Escala de medición: Nominal politómica.

Categorías: Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y Muerte.

Nombre: **Cohesión.**

Definición conceptual: La familia como todo ser humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, siguiendo un patrón similar al hombre (Nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere).

Definición operacional: Grado de vinculación emocional que tienen los miembros de

los sistemas familiares entre si, grado de autonomía Individual que puede experimentar una persona dentro de la Familia.

Nombre: **Adaptabilidad.**

Definición conceptual: La familia como todo ser humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, siguiendo un patrón similar al hombre (Nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere).

Definición operacional: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de

Poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situación ó de desarrollo.

Nombre: **Depresión.**

Definición conceptual: Estado emocional anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío y desesperanza, en grado inapropiado y desproporcionado respecto a la realidad.

Definición operacional: Aplicación de la Escala de Test de Zung, el cual es un Instrumento que consiste en 20 reactivos, de tipo Lickert con 4 posibles respuestas que van de muy poco tiempo, algún tiempo, gran parte del tiempo y casi siempre con calificaciones de 1 a 4 puntos,

respectivamente y que nos permite identificar la Depresión en una escala de tipo ordinal que van de normal, a leve, moderada y grave.

Sin depresión: 40 puntos

Depresión leve: 41 a 47 puntos

Depresión moderada: 48 a 55 puntos

Depresión grave: \geq 55 puntos

7.4 DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Una vez elaborado el protocolo de investigación se sometió a revisión al Comité Local de Investigación del HGZ con MF No. 1 del IMSS para su aprobación, se efectuó una prueba piloto para adecuar el instrumento de recolección de datos, para posteriormente efectuar las encuestas de los derechohabientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalupe, Zacatecas, en el periodo ya referido y que mediante carta de consentimiento informado aceptaron participar en el estudio. Para la recolección de la información se aplicó un instrumento estructurado de 53 preguntas a fin de identificar las características sociodemográficas de la población. Para identificar el nivel socioeconómico se aplicó el Método de Graffar, en cual es un instrumento que consiste en 4 preguntas con 5 posibilidades de respuesta, con valores que van del 1 al 5 puntos y que indagan la profesión del Jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, las características de la vivienda y principales fuentes de ingreso y que nos permite clasificar esta variable en una escala de tipo ordinal. Para identificar la variable depresión se utilizó la Escala de Test de Zung, el cual es un Instrumento que consiste en 20 reactivos, de tipo Lickert con 4

posibles respuestas que van de muy poco tiempo, algún tiempo, gran parte del tiempo y casi siempre con calificaciones de 1 a 4 puntos, respectivamente y que nos permite identificar la Depresión en una escala de tipo ordinal que van de normal, a leve, moderada y grave.

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos y se capturaron los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS v. 15. Se realizó estadística descriptiva determinando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentaje para variables cualitativas. Para determinar la significancia estadística se utilizó χ^2 ó exacta de Fisher con in IC de 95 % y un valor de < 0.05

Los resultados se presentaran en cuadros y en graficas.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomaron en consideración los aspectos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Edimburgo, Escocia en el 2000. Así como las de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Se sometió el protocolo al Comité Local de Investigación del HGZ con MF No. 1 del IMSS Zacatecas. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes así mismo se guardó la confidencialidad de sus datos personales.

8. RESULTADOS

Se encuestaron a 73 pacientes de ambos sexos a fin de identificar la frecuencia de depresión y relación con la funcionalidad familiar. Predominó el sexo femenino en 51 casos que representa el 69.8% de los cuales, 42 (57.5%) presentaron algún grado de depresión. (Tabla y gráfica 1)

Estado civil casados 40 y en unión libre 4, de los cuales representa el 60.1% presentaron algún grado de depresión (Tabla y gráfica 2).

La tipología familiar predominante, en relación a su núcleo familiar, predominó la familia nuclear con 48 (65.7%) presentaron algún grado de depresión (tabla y gráfica 3).

El ciclo vital familiar predominó la fase de independencia con algún grado de depresión 28 (38.3%) y 10 sin depresión (13.6%) de los pacientes encuestados (tabla y gráfico 4).

Se encontró una depresión identificada mediante la Escala de Autoaplicación de Zung 57 pacientes (78.0%), predominando la depresión leve con 26 casos el (35.6%) (Tabla y gráfica 5).

Predominó la baja escolaridad con 8 (10.9%) primaria incompleta y primaria completa 19(26.0%) con el 36.9% con algún grado de depresión (tabla y gráfica 6).

Relativo a la funcionalidad familiar identificada mediante la Cohesión, se encontró 28(38.3%) con disfunción familiar, familias no relacionadas y aglutinadas, presentaron algún grado de depresión (tabla y gráfica 7).

Respecto a la funcionalidad familiar identificada mediante la adaptabilidad, se encontró 13 (17.8%) con disfunción familiar en familias rígidas y caóticas 9 (12.3%) de las cuales 22 (30.1%) presentaron algún grado de depresión (tabla y gráfica 8).

El nivel socioeconómico que predominó fue el obrero, con 31(42.4%) (Tabla y gráfica 9).

Relativo al análisis comparativo entre la variable dependiente depresión y variables independientes, se encontró en el sexo femenino un OR de 11.6, valor

de $p < 0.000$ (IC 4.20-31.9), alta escolaridad con OR de 12.68, valor de $p < 0.000$ (IC 4.18-38.4), núcleo familiar no integrado, OR de 2.8 valor de $p < 0.3$ (IC 0.32-24), cohesión familiar aglutinada y no relacionada OR de 2.89, valor de $p < 0.08$ (IC 0.30-2.99) así como el nivel socioeconómico bajo OR 1.4, valor de $p < 0.6$ (IC 0.26-7.53).

Identificar el nivel de depresión característica de los pacientes:

Los pacientes del sexo femenino tienen 11.6 veces más probabilidad de presentar depresión en comparación con el sexo masculino.

En cuanto a la escolaridad alta presentan 12.7 veces más probabilidad de presentar depresión en comparación con los de baja escolaridad.

Los pacientes con tipología familiar no nuclear tienen 2.8 veces más probabilidades de presentar depresión en comparación con los nucleares.

En cuanto a la cohesión las familias aglutinadas y no relacionadas tienen 2.89 veces más probabilidad de presentar depresión en comparación con las relacionadas y semirrelacionadas.

En la adaptabilidad las familias rígidas y caóticas tienen 0.9 veces más probabilidad de presentar depresión en comparación con las familias estructuradas y flexibles

El nivel socioeconómico bajo tiene 1.4 veces más probabilidades de presentar depresión en comparación con el nivel socioeconómico alto. (Tabla 10)

9. DISCUSIÓN

De acuerdo al sexo se identificó que la mayor frecuencia fue en el sexo femenino que en el masculino, que coincide con lo que se menciona en las bibliografías a nivel mundial, donde encontramos predominio franco de pacientes mujeres.

En el estado civil, se presenta un mayor porcentaje de depresión en pacientes con pareja comparado con los solteros, y llama la atención que casi en

dos tercios de pacientes, se encuentran en estado civil de casados, y en mínimo porcentaje los divorciados, lo cual pudiera tener diversas implicaciones,

De acuerdo al tipo de familia el predominio de depresión fue en la familia nuclear, en contraste con la reconstituida y monoparental, lo cual es discordante, ya que se supone, que la familia nuclear sería la menos disfuncional que las otras.

En los test aplicados se encontró una depresión del 80 % con mayor frecuencia del grado leve.

El ciclo vital familiar el predominio fue el de independencia y retiro y muerte, lo que pudiera tener relación, con el número de individuos que conforman la familia.

La variable de escolaridad encontramos que la mayor frecuencia se encuentra en relación inversamente proporcional al grado de estudio.

De acuerdo al parámetro utilizado para evaluar cohesión (Faces III), se encontró mayor porcentaje de depresión en familias no relacionadas y semirrelacionadas, lo que indica la gran problemática de este tipo de familias, que además en la variable de adaptabilidad encontramos un alto porcentaje en las familias rígidas y caóticas.

En la escala de Graffar, se encontró una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico y depresión.

En los diversos parámetros utilizados para valorar la relación entre la variable dependiente y las independientes se encontró mayor significancia estadística, en las variables de sexo, escolaridad y tipo de familia.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio, encontramos un porcentaje importante de depresión en nuestros pacientes del 80.8 %, del total del grupo con n=73, con predominio del sexo femenino. Con referencia a la muestra, es pequeña ya que UMF no es muy grande y cuenta con poca población y efectivamente se realizaron las 73 encuestas realizadas por el propio investigador. La sintomatología depresiva encontrada esta determinada por diversos factores entre los cuales destaca la personalidad propia de cada individuo, estado de salud, y en general con los factores sociodemográficos propios de su entorno. Concluimos que se requiere dar más importancia a este tipo de padecimiento y contribuir con el otorgamiento de tratamiento integral, ya sea enviarlos a grupos de autoayuda, o canalizarlos al servicio de psicología que buena falta hace en esta unidad.

11. SUGERENCIAS

Para mejorar nuestro estudio se pudiera hacer por un muestreo probabilístico. Ó realizar un estudio metodológico más riguroso probablemente de casos y controles.

Que los médicos de familia reciban material explicativo sobre este padecimiento para solicitar su ayuda en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad oportunamente.

Dar una atención integrada tanto por el médico familiar como por un equipo multidisciplinario en apoyo y atención de los pacientes.

Se necesita una importante implicación de los profesionales de Atención Primaria, ya que es en su entorno asistencial donde de manera prioritaria se diagnostica y se trata este invalidante padecimiento.

Entre otras acciones, distribuir una guía de ayuda con las dudas más frecuentes sobre la enfermedad en las clínicas a familiares y pacientes.

Que se pudiera tener en cada unidad médica grupos de autoayuda y un psicólogo, para poder canalizar y dar seguimiento adecuado a estos pacientes.

Es muy importante enfatizar que la población tenga conciencia de esta enfermedad y que dé la importancia que se debe a un padecimiento de esta índole que causa tanta discapacidad. La depresión, en casos graves, puede implicar incluso situaciones límite que pueden acabar con la vida de los individuos.

12. - REFERENCIAS

- 1.- Berrios G. The Psychopathology of Affectivity: conceptual and historical aspects Psychol Med. (1985): 15: 754-758.
- 2.- Boyd J, Eissman M, Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatry (1981): 38: 1039-1046.
3. Craig T., Van Natta P Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms: The relation of prevalence and persistence of symptom with sex, age, education, and marital status. Arch Gen Psychiatry (1979): 36: 149-154
- 4.- Delgado H., Curso de Psiquiatría, Lima (Perú), Ed Ed. UPCH, 1993. 109-464.
- 5.- La OMS y Diagnostic Schedule Manual de American Association Psychiatrist 1996. 12, 17,23
- 6.- Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Masson, 1995. 344-346
- 7.- Medina-Mora ME, Rascón M, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. En: Pérez-Rincón H, editor. Anales 3. Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: Láser SA de CV; 1992. p. 48-55.
- 8.- Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278:1186-90.
- 9.- Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. Medscape Women's Health, Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. Depression 1997; 2:3
- 10.- Feinberg SS, Halbreich U: The association between the definition and reported prevalence of treatment-resistant depression, in Psychosocial Aspects of Nonresponse to Antidepressant Drug. Edited by Halbreich U, Feinberg SS. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1986, pp 5-34 1995; 3:3-12.
- 11.- Pérez Cárdenas C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):237-40.
- 12.- McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995. Pág. 93.
- 13.- Elia J, Katz I, Simpson GM: Teratogenicity of psychotherapeutic medications. Psychopharmacol Bull 1987; 23:531-586.
- 14.- CIE 10 y Diagnostic Schedule Manual de la American Psychiatrist Association. Editorial Médica Panamericana 1999; 44, 45.
- 15.- Irigoyen Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar editor Medicina Familiar Mexicana 2004. P.186-187
- 16.- Pérez Cárdenas C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):237-40.
- 17.- Principal of Family Medicine W.B. Saunders Co. Philadelphia London Toronto 1977. P. 286 32.

- 18.- Olson DH, Gorall DM. Circumplex Model of Marital and Family Systems. Chapter 19 In: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity. Edited by Froma Walsh. 3a ed. Guilford Press. New York. 2003; **514-547**.
- 19.- Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, Fernández-Ortega MA. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. Arch Med Fam 1999; 1(3):73-79.
- 20.- Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández-Gómez A, Montesinos-Guerrero MR, Hernández-Soto MC. Análisis de la Confiabilidad de FACES III versión en español. Aten Primaria 1999; 23(8):479-484.
- 21.- Ponce Rosas ER, Gómez- Clavelina FJ, Terán Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibáñez S. Validez de Constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002; 30(10): 624-630.
- 22.- Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex Model: Systemic assessment and Treatment of families. Haworth Press. New York. 1989.
- 23.- Thomas V, Olson DH. Problem families and the Circumplex Model: observational assessment using the Clinical Rating Scale. Jour Mar Fam Ther 1993; 19:159-175.
- 24.- Olson DH. Circumplex Model of marital and family systems. Jour Fam Ther 2000; 22(2):144-167.
- 25.- PAC MF -1 Colegio Mexicano de Medicina Familiar 1997-1999 p. 31-33
- 26.- Zung WW. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 1986; 221-231. Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley, 1990; p. 27, 37.
- 27.- Hamilton M, Shapiro CM. Depression. En: Peck DF, Shapiro CM (eds). Measuring human problems. New York: Wiley, 1990; p. 27, 37.
- 28.- Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995; 122: 913-921
- 29.- Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-761
- 30.- Seva-Díaz A. La depresión y su evaluación. En: Rabassa B (ed). Estudio sociológico libro blanco la depresión en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Lederle eds., 1982; p 75-84

ANEXO 1.

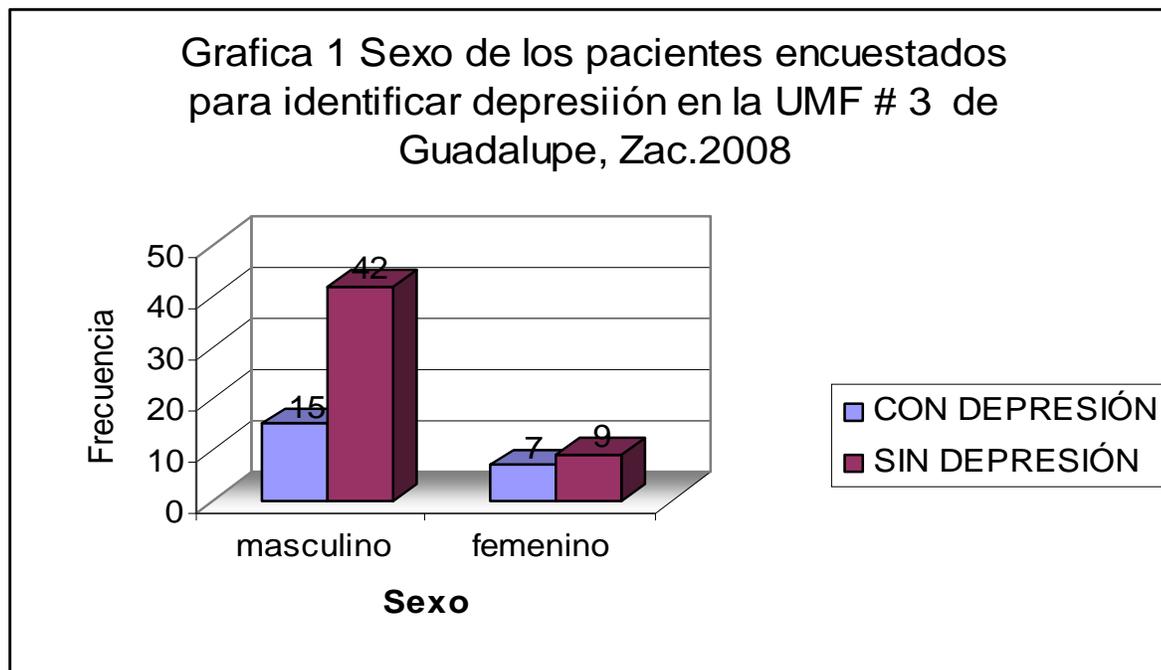
Tabla No 1 Sexo de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

Sexo	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	15	20.5	7	9.58
Femenino	42	57.5	9	12.3
Total	57	78.0	16	21.88

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: encuesta directa

Tabla No 2 Estado Civil de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

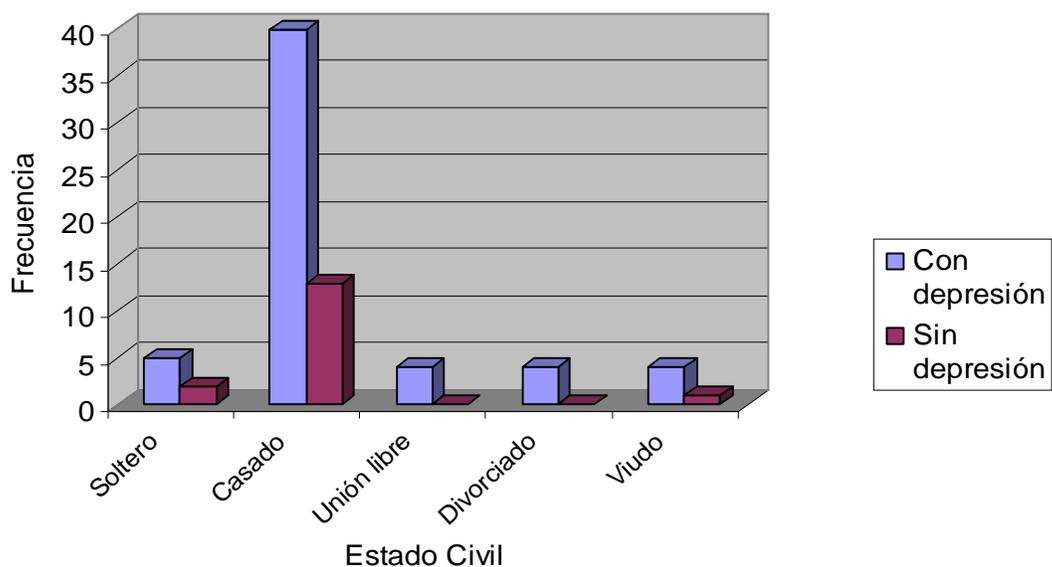
Estado Civil	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Soltero	5	6.8	2	2.7
Casado	40	54.7	13	17.8
Unión Libre	4	5.4	0	0
Divorciado	4	5.4	0	0
Viudo	4	5.4	1	1.36
Total	57	78	16	22

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje

Grafico 2 Estado Civil de los pacientes encuestados para identificar depresión en la UMF # 3 Guadalupe, Zac de Junio -Agosto del 2008



Fuente: Encuesta directa

Tabla No 3 Tipología Familiar de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

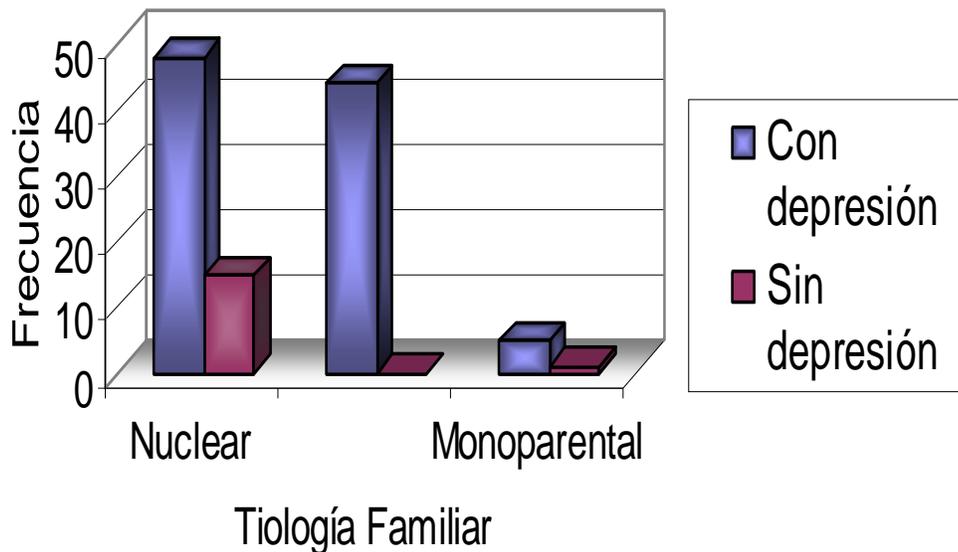
Tipología Familiar	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nuclear	48	65.7	15	20.5
Reconstituida	4	5.4	0	0
Monoparental	5	6.84	1	1.36
Total	57	78	16	22

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje

Grafico 3 Tipología Familiar de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF # 3 Guadalupe, Zac



Fuente: Encuesta directa

Tabla No 4 Ciclo Vital Familiar de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

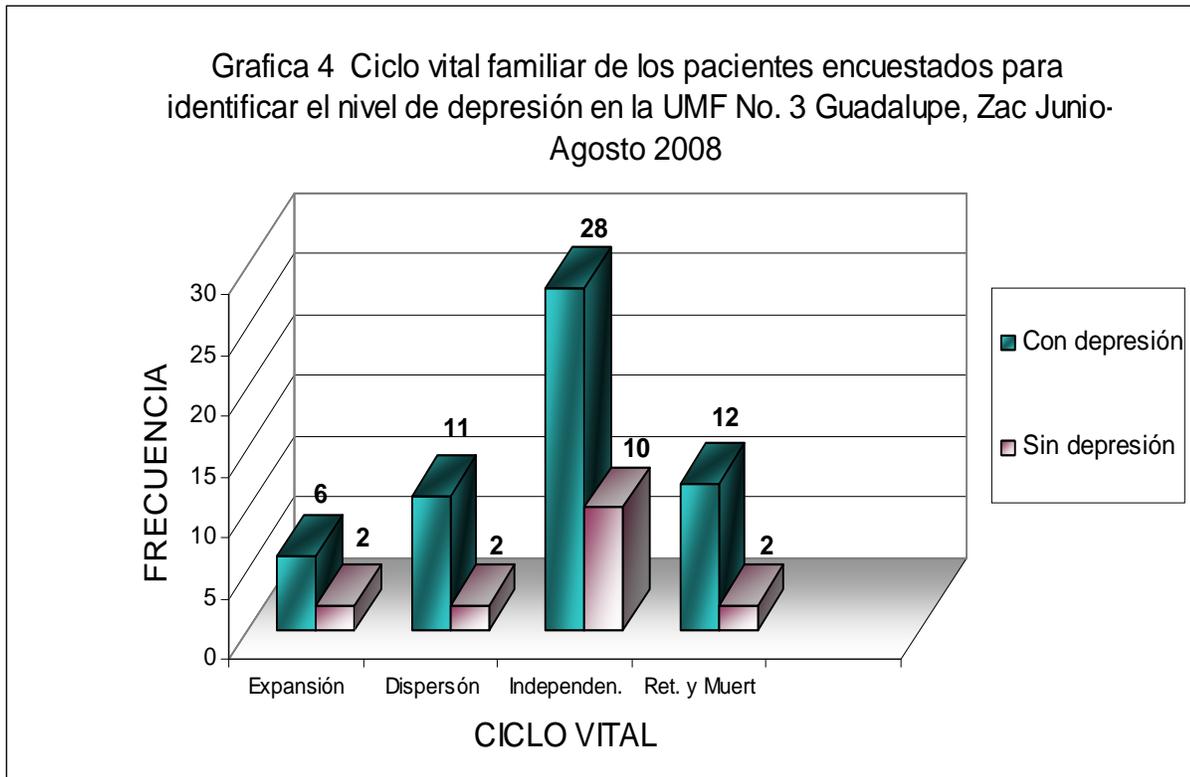
Ciclo Vital Familiar	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Expansión	6	8.21	2	2.73
Dispersión	11	15.0	2	2.73
Independencia	28	38.3	10	13.6
Retiro y Muerte	12	16.4	2	2.73

Total	57	78.0	16	21.9
-------	----	------	----	------

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa

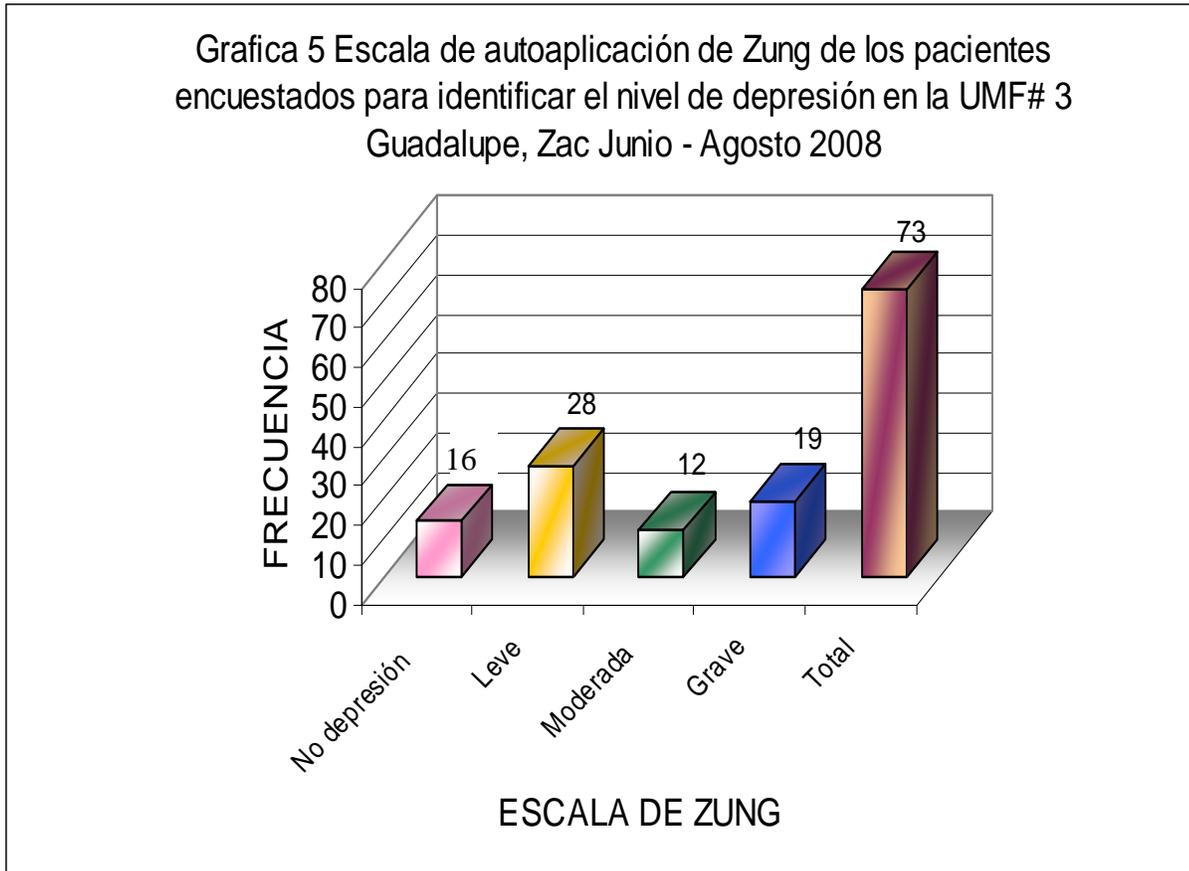
Tabla No 5 Escala de Autoaplicación de Zung de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

Escala de Zung	<i>f</i>	%
No depresión	16	22.0

Leve	26	35.6
Moderada	12	16.4
Grave	19	26.0
Total	73	100.0

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia



Fuente: Encuesta directa

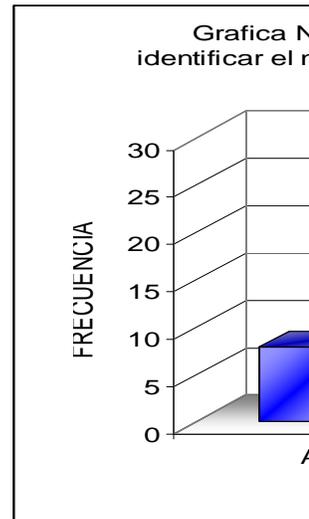
Tabla No 6 Escolaridad de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

Escolaridad	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primaria Completa	19	26.0	6	8.21
Primaria Incompleta	8	10.9	1	1.36
Secundaria	20	27.3	3	4.10
Preparatoria	0	0	2	2.73
Comercio	3	4.10	1	1.36
Profesional	3	4.10	2	2.73
Licenciatura	1	1.36	0	0
Analfabeta	2	2.73	1	1.36
Técnica	1	1.36	0	0
Total	57	22	16	78

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa

Tabla No 7. Cohesión Familiar identificada con el FACES III de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008

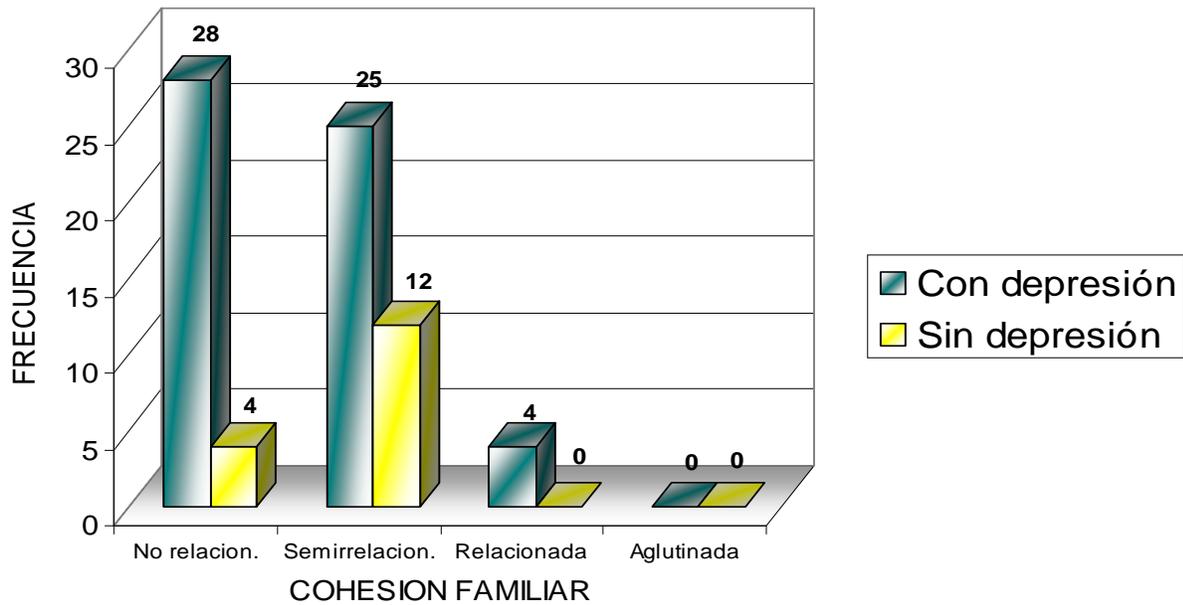
FACES III	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No Relacionada	28	38.3	4	5.47
Semirrelacionada	25	34.2	12	16.4
Relacionada	4	5.47	0	0
Total	57	78.0	16	22

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje

Grafica No. 7 7 Escala de Evaluación y Cohesión familiar (Fases III) de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008



Fuente: Encuesta directa

Tabla No 8 Escala de Evaluación Adaptabilidad y Cohesión familiar (Fases III) de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008

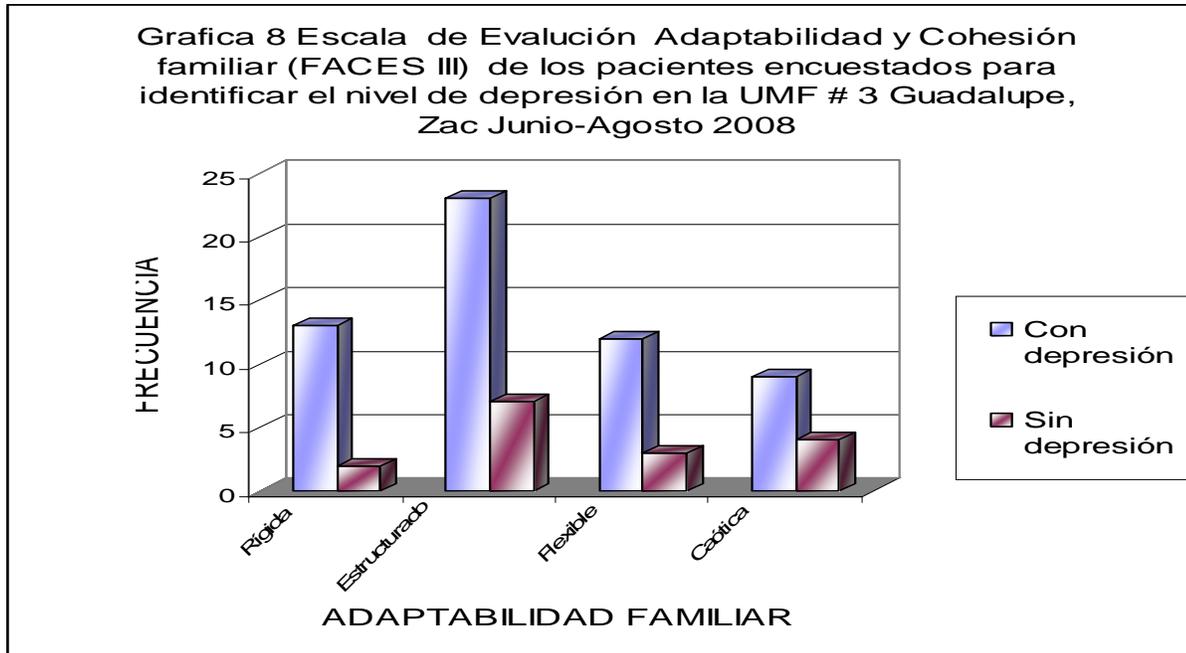
FACES III	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Rígida	13	17.8	2	2.7
Estructurada	23	31.5	7	9.5
Flexible	12	16.4	3	4.1

Caótica	9	12.3	4	5.4
Total	57	78.0	16	22

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa

Tabla No 9 Escala para calificar el estrato socioeconómico (Escala de GRAFFAR) de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008

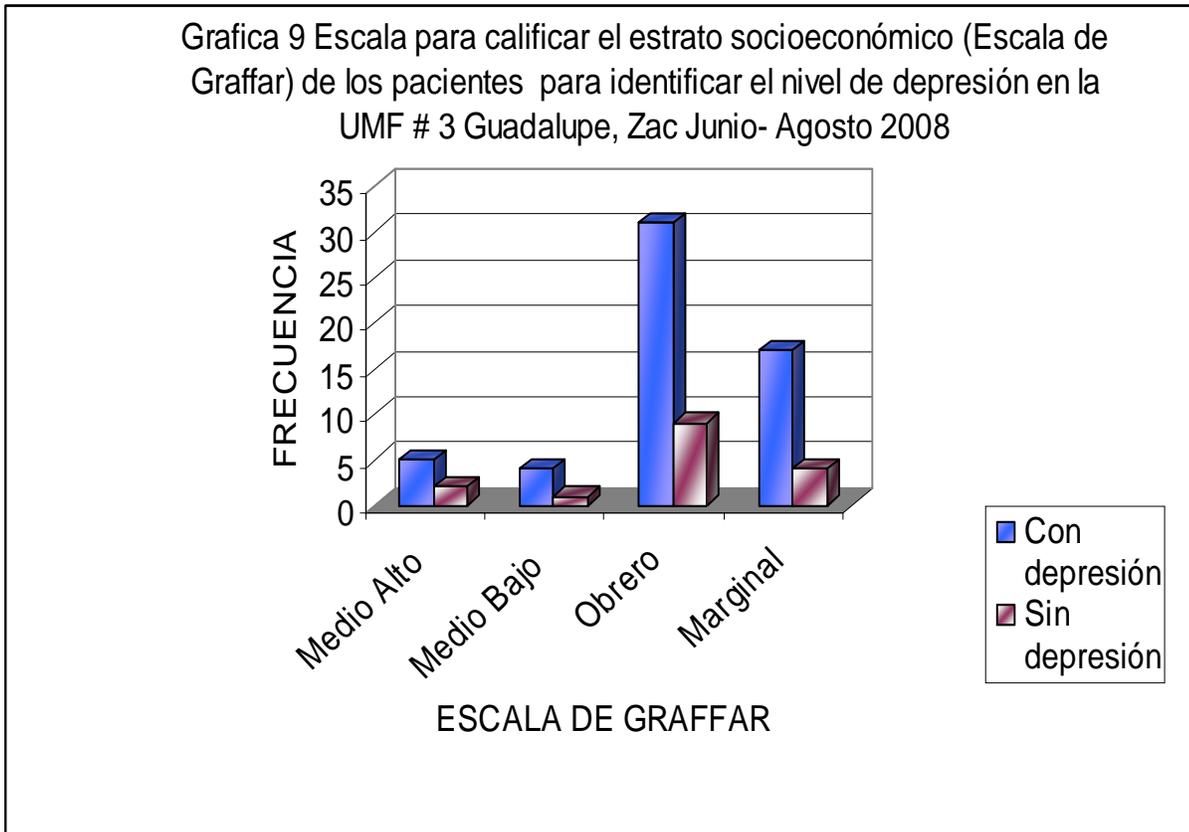
ESCALA DE GRAFFAR	Con depresión		Sin depresión	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Medio Alto	5	6.8	2	2.7
Medio Bajo	4	5.4	1	1.36
Obrero	31	42.4	9	12.3

Marginal	17	23.2	4	5.4
Total	57	78	16	22

Fuente: Encuesta directa

f = Frecuencia

% = Porcentaje



Fuente: Encuesta directa

Tabla 10. Características de los pacientes encuestados para identificar el nivel de depresión en la UMF No 3 Guadalupe; Zac. Junio - Agosto 2008.

Con depresión n= 57	Sin depresión n= 16	OR =73	P
------------------------	------------------------	-----------	---

Sexo				
Masculino	15	7		
Femenino	42	9	11.6	0.000(4.20-31.9)
Total	57	16	=73	
Escolaridad				
Baja	8	28		
Alta	29	8	12.68	0.000 (4.18-38.4)
Total	37	36	=73	
Tipología Familiar				
Nuclear	48	15		
No nuclear	9	1	2.8**	0.3 (0.32-24.0)
Total	57	16	=73	
Cohesión				
Relacionada y semirrelacionada	29	12		
Aglutinada y no relacionada	28	4	2.89**	0-08 (0.83-10.6)
Total	57	16		
Adaptabilidad				
Estructurada y Flexible	10	35		
Rígida y Caótica	6	22	0.9	0.9(0.30-2.99)
Total	16	57	=73	
Estado Civil				
Unido	44	13		
No unido	13	3	1.2	0.7 (0.3-5.18)
Total	57	16	=73	
Ciclo vital de la familia				
Expansión y dispersión	17	4		
Independencia , Retiro y muerte	40	12	0.8	0.7 80.22-2.78)
Nivel socioeconómico				
Alto	5	2		
Bajo	52	14	1.4**	0.6 (0.26-7.53)
Total	57	16	=73	

Fuente: Encuesta directa

** Prueba Exacta de Fisher

¥ Razón de Momios

IC Intervalo de confianza

p valor de p

ANEXO 2



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario consta de 53 preguntas, lea cuidadosamente cada pregunta y conteste cada una anotando o tachando la respuesta que considere correcta.

Folio _____ Fecha _____

Día Mes Año

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

No. Afiliación _____ Consultorio _____ Turno _____

Estado civil:

Soltero _____ casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____

Escolaridad:

Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____

Tipo de familia _____

Ciclo vital familiar _____

ANEXO 3



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FACES III: EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Describe a su familia: 1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

- ___ 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- ___ 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- ___ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- ___ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- ___ 5.- Nos gusta vivir solo con los familiares más cercanos
- ___ 6.- Cualquier miembros de la familia puede tomar la autoridad
- ___ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- ___ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- ___ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- ___ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- ___ 11.- Nos sentimos muy unidos
- ___ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- ___ 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente
- ___ 14.- En nuestra familia las reglas cambian
- ___ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- ___ 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- ___ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- ___ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- ___ 19.- La unión familiar es muy importante
- ___ 20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

ANEXO 4



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ESCALA DE ZUNG

Contesta las siguientes preguntas marcando uno de los casilleros correspondientes a las columnas A, B, C, y D, según los siguientes criterios:

- A: Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente
- B: Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
- C: Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente
- D: Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido (a)				
Por las mañanas me siento peor que por las tardes				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
Ahora tengo menos apetito que antes				
Me siento menos atraído (a) por el sexo opuesto				
Creo que estoy adelgazando				
Estoy estreñida (constipada)				
Tengo palpitaciones				
Me canso por cualquier cosa				
Mi cabeza no esta tan despejada como antes				
N hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento agitada e intranquilo (a) y no puedo estar quieto (a)				
Ni tengo esperanza y confianza en el futuro				
Me siento mas irritable que habitualmente				
Encuentro difícil la toma de decisiones				
No me creo útil y necesario para la gente				
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena				
Creo que seria mejor para los demás que me muriera				
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

Calcular puntaje:

No depresión < de 35 puntos

Depresión leve 36- 51 puntos

Depresión moderada 52- 67 puntos

Depresión grave > 6



ANEXO 5

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL



MÉTODO DE GRAFFAR: EVALUACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

A PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

- 1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio domestico, etc. ()

B NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA

- 1.- universitaria o su equivalente
- 2.- enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4.- educación primaria completa
- 5.- primaria incompleta, analfabeta. ()

C PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (Médicos, abogados, etc.) Deportistas profesionales.
- 3.- sueldo quincenal o mensual
- 4.- salario diario o semanal
- 5.- ingresos de origen público o privado (subsidios) ()

D CONDICIONES DE LA VIVIENDA

- 1.- vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias. ()

Nivel socioeconómico calificado por el método de Graffar

- 1 Estrato alto (4 a 6 puntos) 2 Medio Alto (7 a 9 p.) 3 Medio bajo (10 a 12 p.)
4 Obrero (13 a 16 p.) 5 Marginal (17 a 20 p.) ()

ANEXO 6



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“depresión en pacientes adultos de 25 a 59 años de edad y su relación en la cohesión y adaptabilidad, en una unidad de primer nivel de atención.”

Registrado ante el comité local de investigación Médica del H.G.Z.U.M.F. NO. 1

Folio: F-2008-3301-22

No. De registro: R-2009-3301-7

El objetivo es identificar la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 25 a 59 años de edad y su relación con la cohesión y adaptabilidad en la UMF no. 3 del IMSS de Guadalupe, Zac. Del 1ro de junio al 30 de agosto del 2008.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la institución.

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

Nombre y firma del paciente

Dra. María Elena López Galaviz
Matricula IMSS 7217749

Para cualquier duda e información, favor de comunicarse con al teléfono 045 4921432517 a cualquier hora del día con la Dra. Ma. Elena López Galaviz, o con el Dr. José Armando Pérez Ramírez, secretario del Comité Local de Investigación 33 01 en el HGZUMF NO.1 Zacatecas, Zac. De lunes a viernes de las 8:00 a 16:00 hrs. al número telefónico 492 92 63 73 extensión 4113.

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

