



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON MÓDULOS DE ENFERMERÍA NO. 66,  
APODACA NUEVO LEÓN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE  
HIPERTENSO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NÚMERO 20

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA PATRICIA MUÑÍZ GONZÁLEZ  
REGISTRO NÚMERO R- 2012-1912-4

APODACA, NUEVO LEÓN

FEBRERO 2014



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.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE HIPERTENSO  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

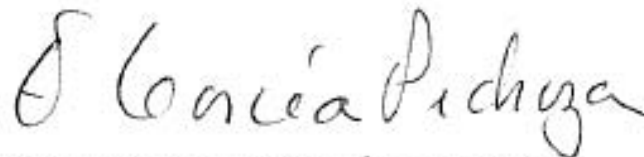
**PRESENTA**

**DRA. CLAUDIA PATRICIA MUÑÍZ GONZÁLEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR


**PRESENTA**

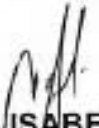
**DRA. CLAUDIA PATRICIA MUÑIZ GONZÁLEZ**

**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. MARTHA ELISA HERNÁNDEZ RAMÍREZ**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66  
APODACA, NUEVO LEÓN

  
**DRA. DELIA VERÓNICA PADILLA SALINAS**  
ASESOR TEMÁTICO  
CORDINADORA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66  
APODACA, NUEVO LEÓN

  
**DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES**  
ASESOR METODOLOGICO  
MÉDICO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66  
APODACA, NUEVO LEÓN

  
**DRA. MARÍA ISABEL CRUZ**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
EN  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66  
APODACA, NUEVO LEÓN

  
**DR. EDUARDO ENRIQUE GONZÁLEZ GUAJARDO**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE  
INSTITUCIONAL

## RESUMEN

**Título:** Frecuencia de Depresión en el paciente hipertenso en la Unidad de Medicina Familiar número 20.

**Introducción:** Es sabido que existe relación entre las enfermedades físicas y psíquicas. La depresión es prevalente en sujetos con hipertensión arterial y los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden presentar síntomas depresivos. El problema se agrava cuando las personas que deciden ir a consultar a un médico, no son correctamente diagnosticadas en un alto porcentaje y por lo tanto no tratadas. Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos, se retrasa debido a pacientes que rehúsan informar síntomas depresivos o a enfrentar el estigma diagnóstico. La depresión a pesar de ser un trastorno médico grave, es curable, se trata a menudo de una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es una causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene una gran influencia en los costos de salud.

**Objetivo general:** Identificar la presencia de depresión en pacientes con hipertensión Arterial en la Unidad de Medicina Familiar Numero 20 Juárez, Nuevo León.

**Material y métodos:** se realizó un estudio trasversal, descriptivo, observacional, prospectivo. En el muestreo probabilístico con población finita, con una muestra de 231 participantes los cuáles fueron de ambos géneros, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.20, calculado con la fórmula para población finita. Se les aplicó le escala de depresión de Beck, el cuál es un cuestionario auto aplicado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Además se aplicó la escala de Relaciones Intrafamiliares versión intermedia compuesto de 37 ítems con sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

**Conclusiones:** se encontró depresión en un 23% de la población total, además de encontrarse más depresión en mujeres, que corresponde al 62.3%; en mujeres de entre 40-49 años de edad que corresponde a un 30.2%.

Frecuencia de Depresión en el paciente hipertenso en la Unidad de Medicina Familiar número 20.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**INDICE**

Marco teórico	1
Planteamiento del problema	8
Justificación	9
Objetivos: general y específicos	10
Hipótesis	11
Metodología	12
- Diseño de estudio	12
- Tipo de estudio	12
- Criterios de inclusión, exclusión de eliminación	12
- Variables	13
- Aspectos éticos	16
Resultados	17
- Gráficas	19
Discusión	24
Conclusiones	25
Referencias Bibliográficas	27
Anexos	30

## Marco teórico

La Depresión es una enfermedad mental, no es defecto de carácter, caracterizada por ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales.<sup>1</sup>

La Depresión se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen sentimientos de culpa, incluso en las formas leves, es el padecimiento psiquiátrico que más frecuentemente el médico de atención primaria se enfrenta, sin embargo, cerca del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es subdiagnosticada.<sup>2</sup>

La Depresión es difícil de diagnosticar ya que tiene a confundirse con otros padecimientos, algunos autores mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres, además que se describe como un grave problema de salud pública, entre las principales razones de que exista dificultad en el diagnóstico de depresión son enfermedades, trastornos psiquiátricos concomitantes, múltiples quejas somáticas, la presencia de otras enfermedades médicas, la falta de colaboración de los pacientes, el hecho que no tienen conciencia de la enfermedad, o la atribuyen a etapas de la vida.<sup>3</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Depresión es la principal causa de discapacidad, actualmente existen 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando, esta organización que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, este número aumentará si ocurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés, a nivel



mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres.<sup>4</sup>

También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes, son los que corren mayor riesgo ya que muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo e incluso si la desarrollan corren más riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia de drogas. <sup>5</sup>

Se estima que la carga de trastornos mentales aumentará de forma significativa en los próximos 20 años y que la depresión se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020 y de ausentismo laboral, más de 150 millones de personas en el mundo sufren depresión en algún momento de su vida, en el año 2001 la prevalencia de la depresión en el mundo fue de 5.8% para los hombres y de 9.5% en las mujeres, la depresión para el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, en España, la prevalencia de la depresión es del 10% de la población en Estados Unidos de América se estima que cada año, el 10% de la población adulta lo padece, en México la prevalencia de población en general es de 6-12% a lo largo de la vida.<sup>6</sup>

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México, datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en el 2003 señalan: una persona de cada 5 presenta al menos un trastorno mental en su vida.<sup>7</sup>

La Depresión tiende a ser crónica y recurrente y cerca del 80% de los pacientes responden al tratamiento, únicamente 50% consigue una remisión total del cuadro, entre los pacientes que se recuperan, se estima que cerca de 50% recae los dos años posteriores.<sup>8</sup>

Su reconocimiento puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales subyacentes, estudios actuales revelan

que hasta el 76% de los pacientes reportan síntomas físicos dolorosos como: cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa.<sup>9</sup>

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo(cerebro) el ánimo y la manera de pensar, es una condición que ya fue reconocida clínicamente por los antiguos griegos, aunque fue hasta mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre neurotransmisores involucrados, es una de las formas más comunes de enfermedad mental en la población general.<sup>10</sup>

Para diagnosticarla existen criterios diagnósticos generales en el que debe durar al menos dos semanas, no atribuirse a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico con síndromes somáticos como pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada de apetito, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes y notable disminución del interés sexual.<sup>11</sup>

Entre las variables que aumentan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos.<sup>12</sup>

Si bien existen teorías explicativas dispares para la depresión, se asume que ésta psicopatología se deriva, en gran medida, de la carencia e inadecuación de las estrategias de las personas para hacer frente a los problemas de la vida.<sup>13</sup>

La Depresión se considera hoy un trastorno crónico muy prevalente en la población mundial, que cursa con tasa de recaídas muy altas y que conlleva una morbilidad y deterioro en la calidad de vida comparable o mayor al de las de otras enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial o la diabetes.<sup>14</sup>

La Depresión mayor es uno de los problemas de salud mental de más alta prevalencia en nuestro país, además de factor de riesgo cardiovascular en el adulto y existe ahora el hallazgo recientemente documentado de que pacientes con depresión co-mórbida y varios desórdenes cardiovasculares tienen pronóstico mucho peor que aquéllos que no presentan co morbilidad de depresión.<sup>15</sup>

La detección precoz de personas con comorbilidad entre depresión mayor e hipertensión arterial permite dar una respuesta terapéutica que disminuye el riesgo de infarto al miocardio y síndromes coronarios agudo, por lo que es relevante su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en pro de mejorar la calidad de vida, disminuir el riesgo cardiovascular en la Atención Primaria de Salud.<sup>16</sup>

Debemos considerar a la depresión como un estado comórbide frecuente en pacientes con enfermedad crónica degenerativas, además de reflexionar sobre el efecto negativo que ésta patología puede tener en el funcionamiento global del paciente, debe ser necesario integrar a la práctica clínica diaria, el concepto biopsicosocial de la medicina, ya que el manejo integral de éstos pacientes no es sólo una necesidad, sino un deber de parte de los médicos encargados de su atención, para garantizar la preservación del bienestar física y psicológica.<sup>17</sup>

Los pacientes deprimidos presentan múltiples defectos en la cascada de coagulación plaquetaria, resultando en un mayor riesgo de la probabilidad de formación de trombos y la posibilidad de un próximo evento de infarto del miocardio y accidente cerebrovascular.<sup>18</sup>

Respecto a la asociación entre ambos cuadros se ha postulado diversos mecanismos entre ellos la relativa actividad simpática adrenérgica y procesos inflamatorios crónicos y la relación de depresión con estilo de vida poco saludables asociado a una dieta pobre, tabaquismo, aumento del consumo de alcohol, sedentarismo, baja adherencia al tratamiento antihipertensivo todos factores que aumentan riesgo para enfermedad cardiovascular, en la atención primaria, 75% de las personas con depresión consultan por primera vez con una tasa de reconocimiento inferior a 60% y menos de 30% de las personas recibe tratamiento; de las que lo reciben, menos de 20% lo prolonga por el tiempo recomendado, la depresión mayor es la segunda causa de pérdida de años de vida saludable y la primera causa de discapacidad en las mujeres.<sup>19</sup>

La Depresión es una patología muy frecuente, a la que el médico de atención primaria se enfrenta cada día, por lo que se hace indispensable un correcto diagnóstico para poder tratarla, entre los problemas que dificultan el correcto diagnóstico de la depresión sería la falta de tiempo del médico de atención

primaria, exceso de medicación, falta de adherencia terapéutica, o por parte del paciente abandono del tratamiento, falta de confianza del paciente, ausencia de información y conciencia de la enfermedad.<sup>20</sup>

La Hipertensión Arterial reviste gran importancia, no sólo por constituir las principales causas de morbimortalidad si no las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y prevenir múltiples complicaciones, se puede afirmar que tiene gran relación con estrés psicosocial, citado como reflejo de problemas en el trabajo, familiares y sociales que repercuten en las funciones básicas del organismo alterando el equilibrio, traduciéndose en enfermedades agudas. <sup>21</sup>.

La Hipertensión Arterial se define como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales, además incide sobre las paredes de las arterias alterando su funcionalidad. <sup>22</sup>

Según la OMS es la elevación crónica de la presión arterial sistólica (PAS) diastólica (PAD) o de ambas por encima de los valores considerados como normales, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. (12) Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg Hipertensión arterial: Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm. <sup>23</sup>

El estrés psicosocial crónico fue propuesto como factor de riesgo cardiovascular y para el desarrollo de hipertensión arterial.<sup>24</sup>

A la fecha, no existen estudios que determinen de manera certera la prevalencia de depresión en la población mexicana, para lograrlo, es necesario el desarrollo de instrumentos válidos y confiables en la detección de esa enfermedad, y si bien en la práctica es casi imposible que una medición sea perfecta, generalmente se busca que el grado de error se mantenga lo más posible reducido.<sup>25</sup>

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. <sup>26</sup>

El impacto que los trastornos mentales y de comportamiento ejercen sobre las personas, las familias y las comunidades es algo incuestionable. La persona que lo porta sufre, no sólo a causa de los de síntomas inherentes a su enfermedad, además también las familias de éstas personas se ven obligadas a proporcionar apoyo físico, psicológico, económico entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del estigma y la discriminación. Se puede afirmar que lo que se desconoce sobre depresión, incluye no apenas la enfermedad en números sino, también, las vivencias de los portadores y sus familias con la enfermedad y los aspectos psicosociales y culturales que involucran el problema.<sup>27</sup>

Existen varios instrumentos para la depresión como el test de Hamilton compuesto por 17 ítems para valorar la gravedad de los síntomas.<sup>28</sup>

Escala de depresión de Yesavage para depresión geriátrica compuesto por 15 ítems, proporciona una información con sensibilidad 80% y especificidad 90%, validada y fiable acerca de la sintomatología, depresión en los adultos mayores de 60 años.<sup>29</sup>

Además de la escala de Depresión de Zung, compuesto de 20 ítems que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el trascurso de las dos últimas décadas.<sup>30</sup>

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada, esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país.<sup>31</sup>

Desde que Beck desarrollo el Inventario de Depresión de Beck en 1961, se ha constituido una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la sintomatología depresiva, dadas las propiedades psicométricas que ha demostrado, la primera versión de 1961 fue seguida por la aún más difundida versión desarrollada en 1979 conocida tanto por

el acrónimo BDI a secas como BDI-IA, que a su vez sufrió leves modificaciones en el tiempo, hasta ser revisadas de modo sustantivo al elaborarse BDI-II, las principales modificaciones del BDI-II tiene relación con el esfuerzo de hacerlo más compatible con las conceptualizaciones actuales de los trastornos depresivos, especialmente con la propuesta por el DSM-IV, su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72 y valor predictivo negativo 1 (punto de corte  $\geq 13$ ).<sup>32</sup>

La Escala de Relaciones Intrafamiliares, Se trata de una escala autoaplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos. Además de la versión original de 56 reactivos (versión larga) con una confiabilidad de .92, se desarrollaron dos versiones más, una de 37 reactivos (versión intermedia) con una confiabilidad del .90 y otra de 12 reactivos (versión breve) con una confiabilidad de .81, contando con niveles altos de confiabilidad en cada una de ellas.<sup>33</sup>

## Planteamiento del Problema de la Investigación.

En la experiencia de mi consulta diaria, existe un incremento en las enfermedades crónico degenerativas, por el aumento de la esperanza de vida de la población adulta. Es difícil el diagnóstico de depresión, a causa del paciente, al manifestar otros síntomas somáticos lo que nos lleva falta de diagnóstico adecuado, y el consultorio el poco tiempo para el abordaje, motivo principal para el avance de la depresión en nuestro país, lo que me llevó a considerar un instrumento, que es autoaplicable, fácil de entender para el paciente, confiable y validado para identificar depresión en el paciente hipertenso.

Dado que se espera que la depresión sea la segunda causa de incapacidad en los mexicanos, es necesario identificarla, para dar un tratamiento adecuado, evitando así la polifarmacia, y el envío al especialista para evaluar las alternativas terapéuticas individuales de cada paciente, y su manejo. Con esto mejoramos la calidad de vida del paciente desde un punto de vista integral.

La principal demanda en la consulta externa de atención primaria es por problemas crónicos degenerativos, por lo que el interés de diagnosticar depresión en pacientes hipertensos nos lleva a realizarnos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes hipertensos?

## Justificación.

La depresión y la hipertensión arterial son unas de las patologías frecuentes a nivel nacional y en la zona, con un índice de hasta 20% de depresión en pacientes hipertensos, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional, por lo que surge una necesidad el conocer la frecuencia de depresión en pacientes hipertensos en la consulta externa de medicina familiar, con la escala de depresión de Beck, el cuál es un instrumento confiable y validado, no ayudará detectarla. El diagnóstico oportuno de la depresión nos proporcionará una pauta para asesorar a los pacientes desde un punto de vista biopsicosocial, identificar los factores de riesgo en una etapa precoz, además de evitar complicaciones, permite integrar a éstos pacientes de forma completa a su núcleo familiar y social.

Por sí sólo la enfermedad tiene la capacidad de desorganizar el sistema familiar. Considerando que dentro de las funciones del médico ésta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con esto además mejoramos la homeostasis familiar.



## Objetivos

### Objetivo General

Determinar la presencia de depresión en pacientes con Hipertensión Arterial en la Unidad de Medicina Familiar Numero 20 Juárez, Nuevo León.

### Objetivos Específicos.

Identificar la Frecuencia de Depresión en pacientes Hipertensos

Determinar el grado de depresión en pacientes hipertensos..

Establecer las variables socio demográficas del paciente (edad, sexo, escolaridad, ocupación laboral, estado civil)

Identificar tipo de familia del paciente

Establecer la percepción de las relaciones intrafamiliares en pacientes hipertensos

Conocer sobre la función del desarrollo socioeconómico

Hipótesis de la Investigación.

Por ser un estudio descriptivo, no requiere hipótesis.

## Metodología

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, prospectivo en pacientes con hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 que acudan a la consulta externa del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en la ciudad de Benito Juárez, Nuevo León. Se tomó una proporción representativa en base a muestreo probabilístico con la fórmula de población finita. Se capacitaron trabajadora social y a la asistente médica para la aplicación del cuestionario que incluía los datos socio demográficos, escala de Depresión de Beck y la Escala de Relaciones Intrafamiliares, al momento que el paciente acuda a los grupos específicos o en su caso a la consulta externa y se aplicó en los meses de Julio a Septiembre del 2012, como criterios de inclusión fueron: Tener hipertensión arterial, que acepten participar y firmar el consentimiento informado, tener edad de entre 18-65 años de edad. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con antecedentes personales de enfermedades neurológicas, Pacientes con historial psiquiátrico y neurológico. Pacientes que han consumido neurolépticos en los últimos 6 meses y los Criterios de eliminación: Cuestionario con datos incompletos.

Se analizaron los datos obtenidos utilizando estadística descriptiva, con medidas de tendencia central. Utilizando el paquete estadístico de Excel.

Variables del estudio.

Nombre	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	El número de años actual que exprese el encuestado en los cuestionarios	Cuantitativa Ordinal Años	Encuesta
Sexo	Expresión fenotípica genotípica de una persona	Son características físicas que diferencian a un género en hombre y mujer.	cualitativa Nominal 1.-Masculino 2.-femenino	Encuesta
Hipertensión Arterial Variable independiente	Enfermedad Crónica Degenerativa con cifras de tensión Arterial arriba de 140/90	Tensión Arterial sistólica y diastólica en mmHg después de 30 min de reposo	cuantitativa Ordinal Pacientes controlados: Presión arterial hasta 139/89 Pacientes no controlados: Hipertensión arterial arriba de 139/89	Expediente electrónico

Depresión Variable dependiente	Disminución del tono afectivo y autoestima, tristeza, fatigabilidad, inhibición e insomnio.	leve: 10-18 puntos Depresión moderada: 19-29 puntos Depresión grave: > 30 puntos	cuantitativa Ordinal 1.-Leve 2.-Moderada 3.-Grave	Inventario de Depresión de Beck
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Estado civil al momento de la encuesta	cualitativa Nominal. 1.- Casado. 2.- soltero 3.- unión libre 4.- otro	Encuesta
Labor	Acción y efecto de trabajar	Actividad laboral al momento de la encuesta	cualitativa Nominal 1.-profesionista 2.- empleado 3.-obrero 4.- hogar	Encuesta
Relaciones intrafamiliares Control	son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia	la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar proble-	Cuantitativa ordinal Expresión Alto 110-94 Medio alto 93-77 Medio 76-56 Medio bajo 55-39 Bajo 38-22 Dificultades Alto 115-98 Medio alto 97-80	Escala de relaciones intrafamiliares

		mas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.	Medio 79-59 Medio bajo 58-41 Bajo 40-23 Unión Alto 55-47 Medio alto 46-38 Medio 37-29 Medio bajo 28-20 Bajo 19-11	
Escolaridad	Grado de estudios alcanzado por las personas, en el transcurso de su vida	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el momento de la encuesta	cuantitativa Ordinal 1.analfabeta 2.primaria incompleta 3.primaria 4.secundaria 5. preparatoria 6. técnica 7.-profesional	Encuesta
Tipo de familia	Grupo social organizado como sistema abierto constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar	Características de sus integrantes con o sin grado de consanguinidad	Cualitativa Nominal  1.Nuclear 2.Extensa 3.Extensa compuesta 4.Monoparental	Encuesta
Desarrollo de la familia Variable dicotómica	Función de cómo la familia ha evolucionado en la situación socioeconómica	Especificidad de las funciones de la familia.	Cualitativa nominal 1.- tradicional 2.- moderna	Encuesta

## ASPECTOS ÉTICOS

Declaración de Helsinki:<sup>34</sup>

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki 1964), revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) y la XLI Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1988). Es la misión de los Médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia, dedicados para lograr esta misión.

El progreso Médico esta basado en la investigación que debe estar sustentada parcialmente en la experimentación, involucrando seres humanos. El campo de la investigación Médica debe llevarse a cabo con objeto diagnóstico y terapéutico básicamente y no con la finalidad científica en forma pura.

El propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico de los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En el presente estudio se investigará si identificará la frecuencia de depresión en el paciente hipertenso, ya que el diagnóstico precoz nos evita las complicaciones y un mejor control.

El presente estudio contó con la aprobación del Comité Local de Investigación en salud del IMSS.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo a 223(100%) pacientes hipertensos, con el objetivo de buscar la frecuencia de depresión en población hipertensa; los cuales correspondían a 123(53%) hombres y 110 mujeres (47%) fig 1, que cumplieron los criterios de selección, que acudieron a consultar a la unidad de medicina familiar número 20 en Juárez, Nuevo León, durante los meses de julio y agosto del 2012, en cuanto al estado civil el 73% está casado, 14% otro, 7% soltero, 6% unión libre fig.2; de escolaridad el 40% tiene primaria, 34% secundaria, 9% analfabeta, preparatoria 6%, 6% técnica, 3% primaria incompleta, 2% profesional fig.3; por ocupación el 33% se encuentra en el hogar, 33% es obrero, 21% es empleado, 11% otro, 2% profesionista; en relación al tipo de familia 79% es nuclear, 13% extensa, 6% monoparental, 2% extensa compuesta; con promedio de edad de 49.9 por rango de edad 29% pertenece a 60 años o más, 28% es de 40 a 49 años, 23% de 50 a 59 años, 12% de 30 a 39 años, 7% de 20 a 29 años, 1% menor de 20 años fig.4; por la casa donde habita el 86% es propia, 7% prestada, 4% es de renta, 2% hipotecada, 1% otro; por ocupación el 81% es tradicional, 19% moderna.

Los resultados obtenidos en la escala de Depresión de Beck encuesta autoaplicable que consta de 21 ítems el 77.3% de los pacientes reportaron no depresión, 23% presentaron depresión fig.5, 15% tienen depresión leve, 6.9% depresión moderada, 0.9% depresión grave fig.6. En los pacientes con depresión se encontró más incidencia en mujeres, de entre 40 a 49 años de edad 30.2%, 62.3% de ocupación en el hogar 43.4% de escolaridad primaria completa 41.5% tipo de familia nuclear 77.4% familias con casa propia 77.4% y tradicional 69.8%

Los resultados de la escala de relaciones intrafamiliares encuesta autoaplicable versión intermedia de 37 ítems que valoran unión y apoyo, expresión y dificultades; se observó en relación a unión y apoyo del total de los pacientes el puntaje fue el siguiente: 71.2% medio, 25.3% medio bajo, 3.4% bajo fig.7, en



relación al puntaje medio se encontraron más casados 75.9% , por sexo en igual porcentaje 50%, con un mayor porcentaje dedicada al hogar 36.1 %, primaria completa 39.2%, familia nuclear 78.9%, 85.5% casa propia, familia tradicional 81.4%.

En expresión con puntaje medio 73% fue el más alto, más alta incidencia en casados 77.1%, mujeres 71.2%, dedicadas al hogar 37.2%, de escolaridad primaria completa 39.4%, familia nuclear 80%, de edad promedio de 60 años o más 30.6%, que habitan en casa propia 85.3%, de familia tradicional 78.2%.fig.8

En dificultades el puntaje más alto fue de bajo 64.8%, casados 72.2%, hombres 55.6%, obrera 37.1%, escolaridad primaria completa 39.7%, familia nuclear 78.1%, de edad de 40-49 años 28.5%, casa propia 86.8%, familia tradicional 76.8%, fig.9

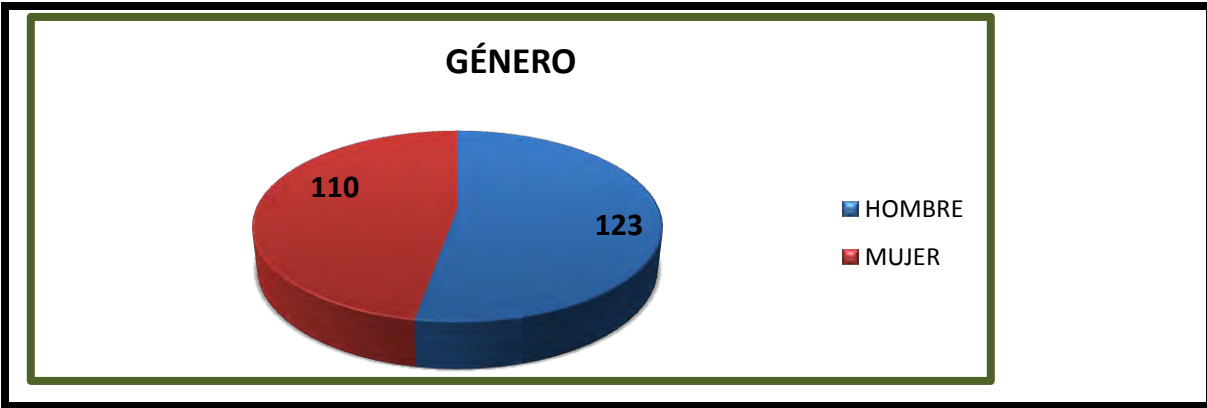


Fig.1 Gráfica por género de la población total

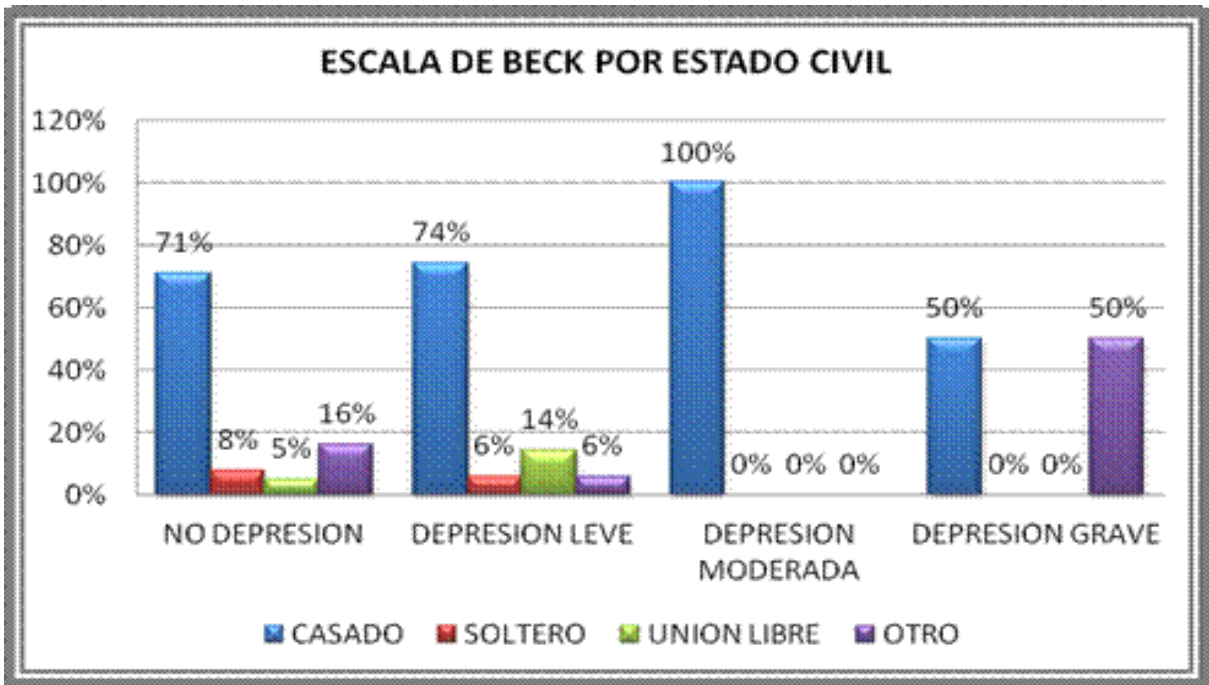


Fig. 2 Gráfica resultados de escala de Beck por estado civil

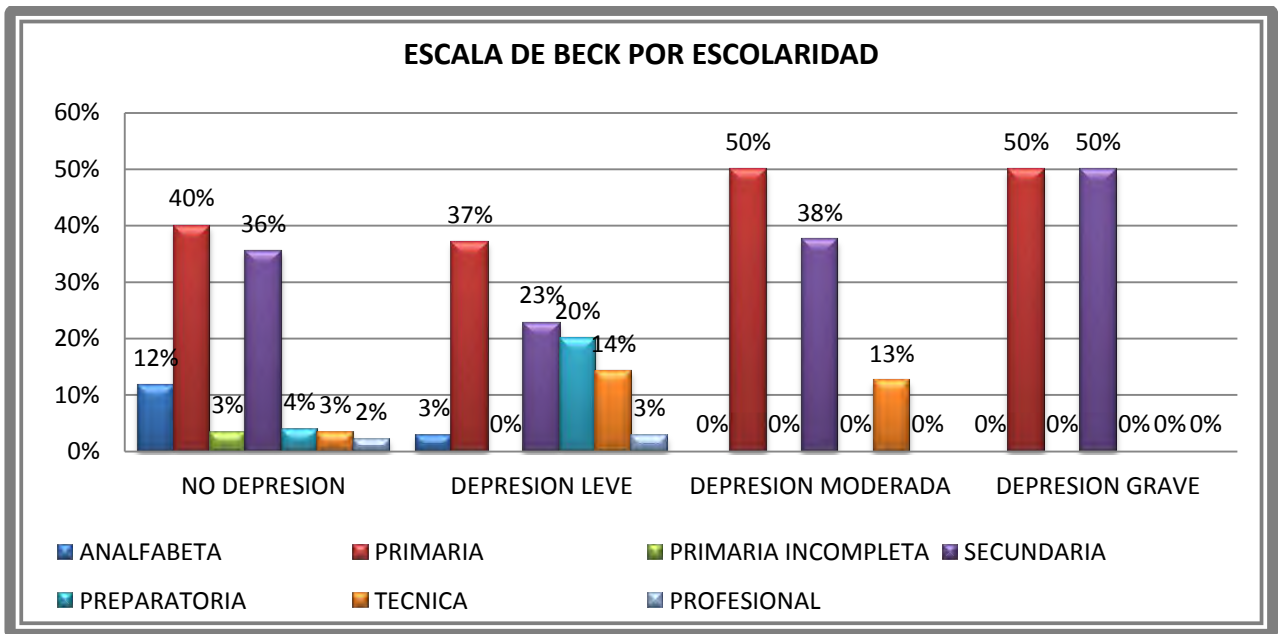


Fig. 3 Gráfica resultados de escala de Beck por escolaridad

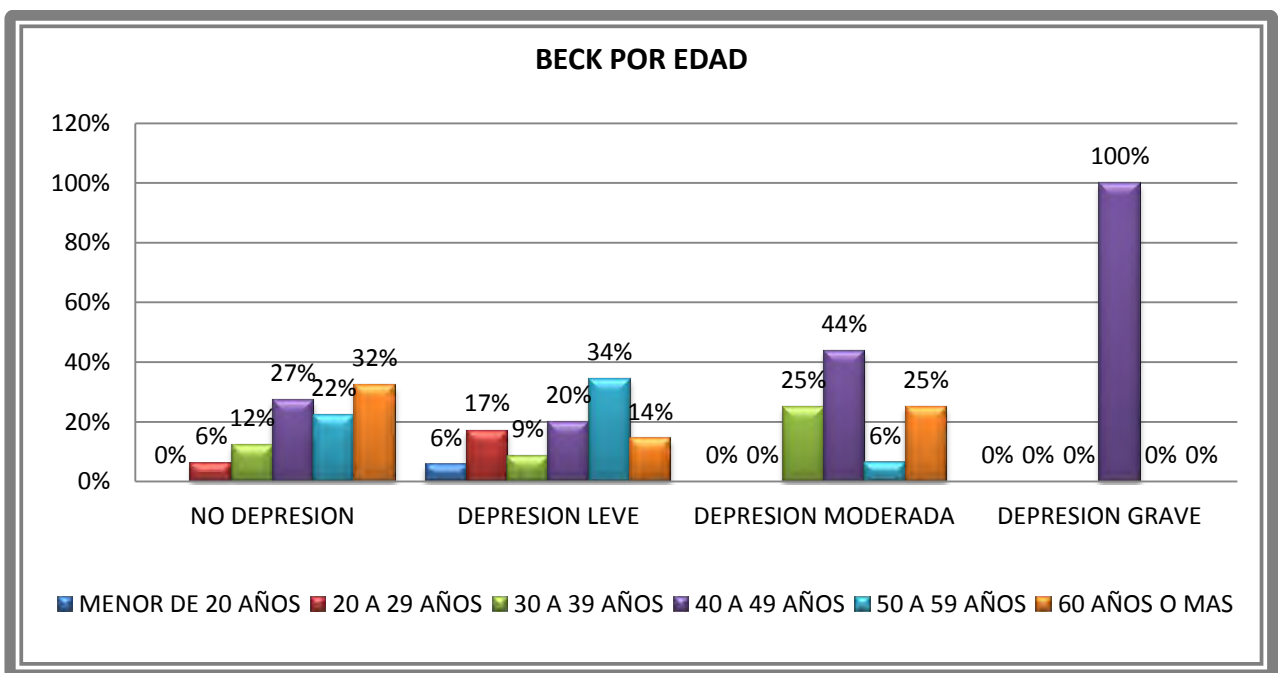


Fig.4 Gráfica resultados de escala de Beck por edad

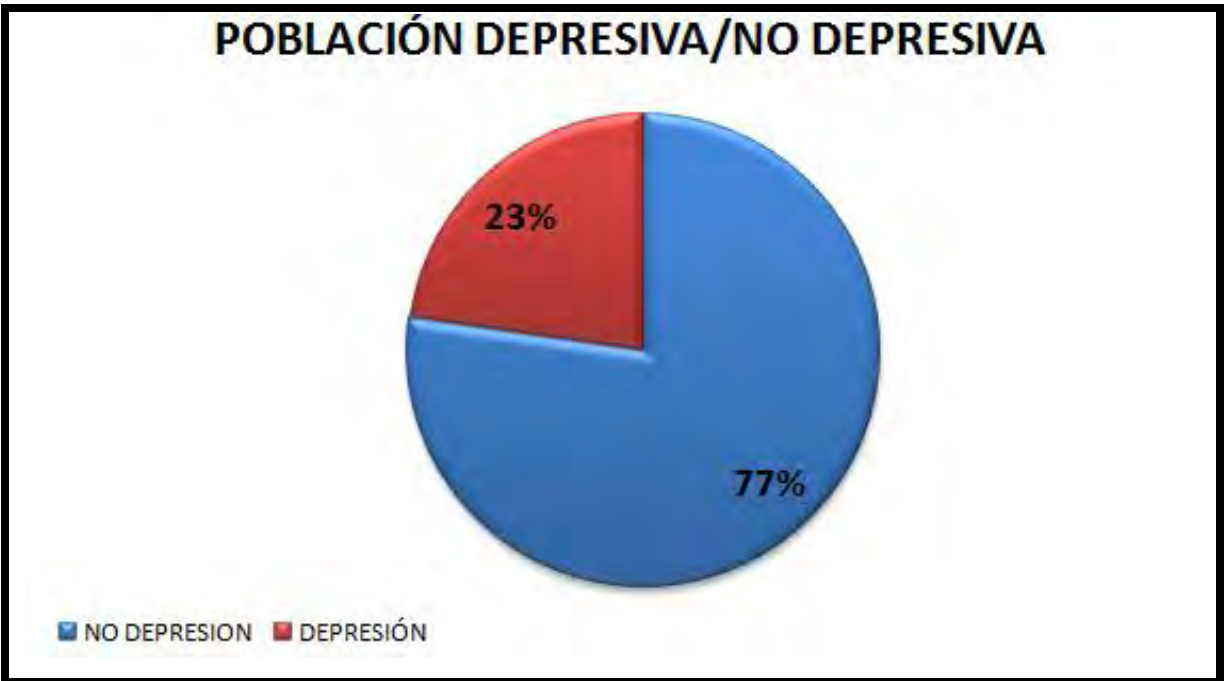


Fig. 5 Gráfica población depresión de la población total

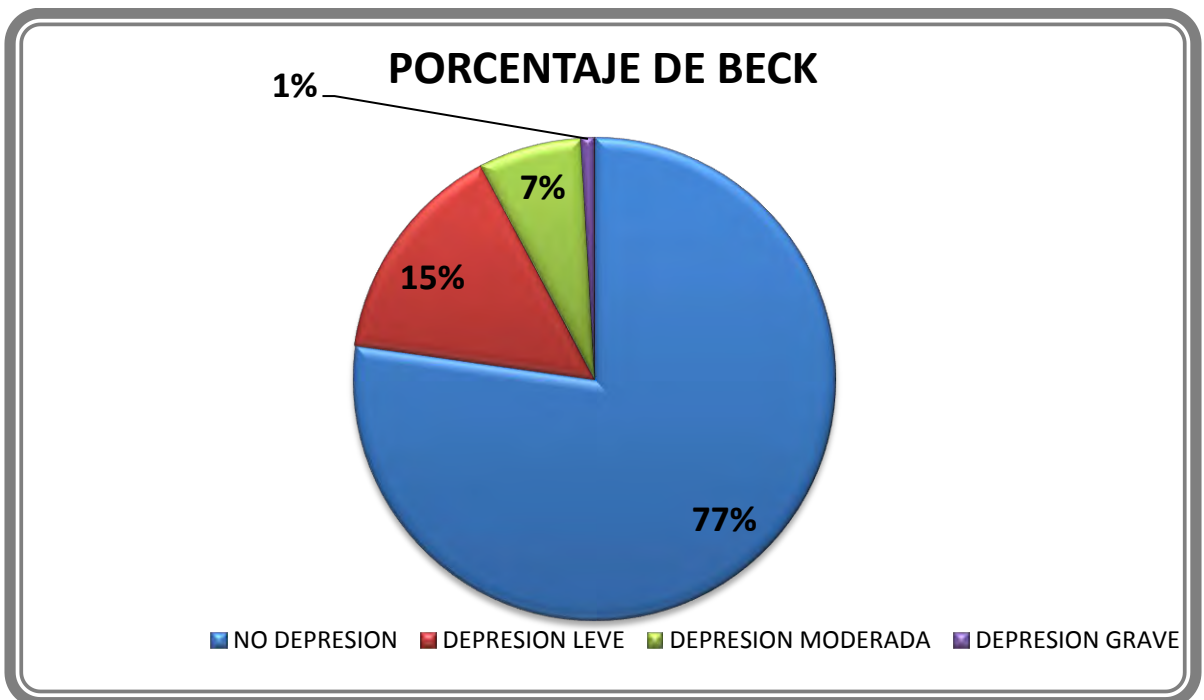


Fig.6 Gráfica grados de depresión por escala de Beck de la población total

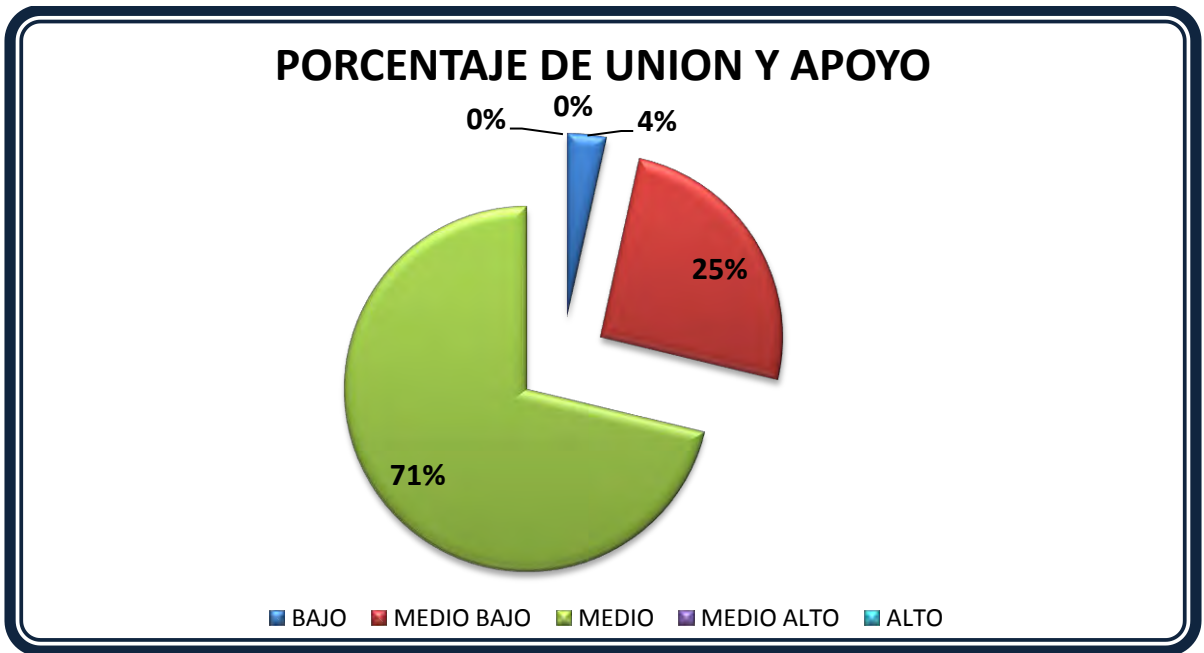


Fig.7 Gráfica resultados de unión y apoyo de Escala de Relaciones Intrafamiliares de la población total

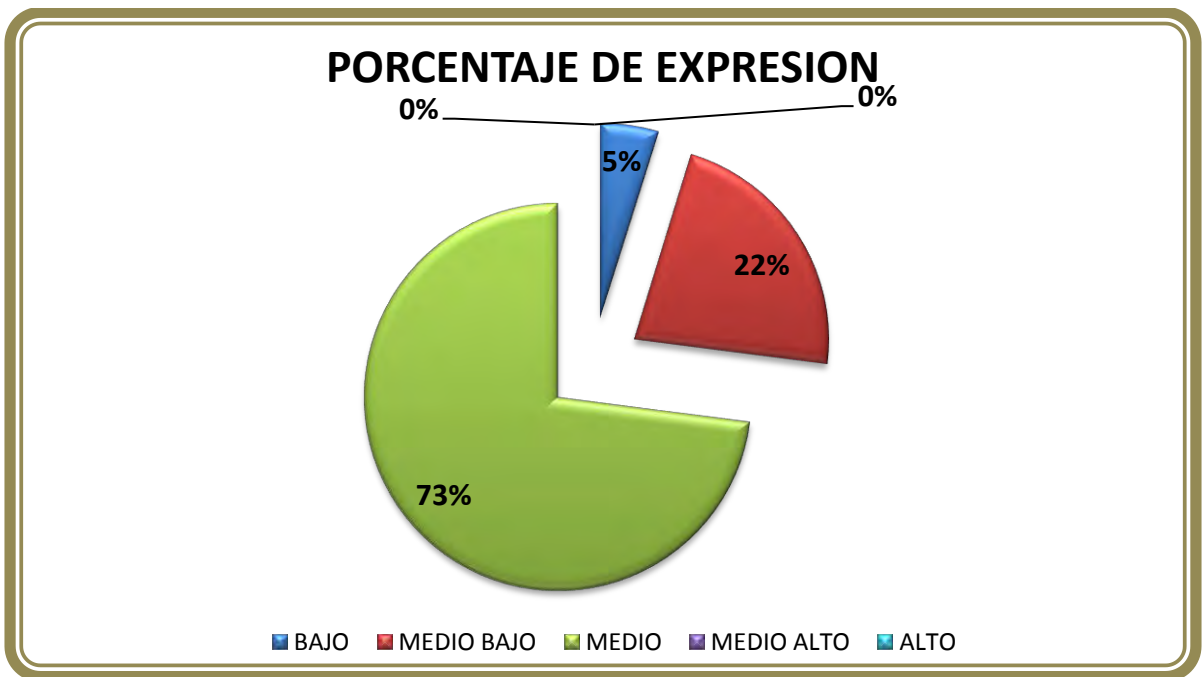


Fig.8 Gráfica de Expresión de la Escala de Relaciones Intrafamiliares de la población total

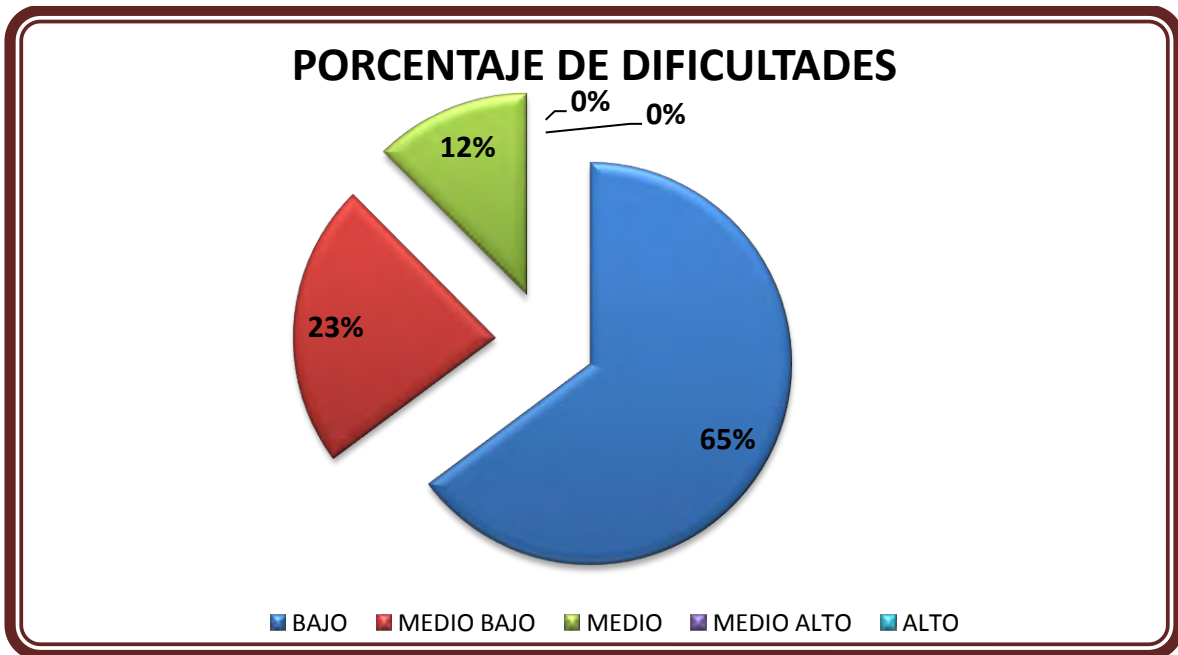


Fig.8 Gráfica dificultades de la Escala de Relaciones Intrafamiliares de la población total

## DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo, trasversal, observacional y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar núm. 20 en Juárez, Nuevo León, donde se encontró depresión en un 23%, que difiere a 10% reportado por Zavala González y col.<sup>2</sup>, además de encontrarse más depresión en mujeres, que corresponde al 62.3%; en mujeres de entre 40-49 años de edad que corresponde a un 30.2% edad, mayor a la mencionada por los mismos autores quienes reportan máxima incidencia en mujeres de 35-45 años.

La diferencia en la frecuencia es probablemente asociado a la presencia de comorbilidad médica crónica ya que aumenta la prevalencia de alteraciones del estado de ánimo a corto plazo de 5.8 a 9.4% y a largo plazo de 8.9% a 12.9% mencionado por Rosas Flores y Col.<sup>17</sup>

En ésta investigación se encontró depresión en general con mayor porcentaje en mujeres lo que concuerda con lo reportado por Leyva JR y Col.<sup>5</sup>. lo que hace considerar a aquél como un factor de riesgo clínicamente importante en la aparición de la ésta.

Según Regier y Col.<sup>3</sup> La depresión es un trastorno común y con grandes probabilidades de tratamiento que afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, en este trabajo se encontró más incidencia en mujeres.

Generalmente los síntomas se incrementan con la edad, tal como lo comentado por Guadarrama Leyla y Col.<sup>10</sup>

En el presente estudio el porcentaje de depresión encontrado más alto que en la literatura, lo que indica que el Inventario de Depresión de Beck, de fácil aplicación, es altamente sensible para diagnosticarla, tal y como lo dice Dois A y Col.<sup>19</sup>

## CONCLUSIONES

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte.

Numerosos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosas y las crónico-degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental

Creo que en las unidades de medicina familiar se debe implementar la detección oportuna de depresión, ya que en ocasiones las manifestaciones de esta enfermedad se detecta solo si el médico pregunta al paciente en forma intencionada.

Es indispensable determinar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, como la hipertensión, con la intención de disminuir la morbimortalidad en este grupo de pacientes, asimismo, buscar mejorar su estado funcional y su calidad de vida, situaciones que se ven directamente influidas por la depresión.

Debemos considerar a la depresión como un estado comórbide frecuente en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, además de reflexionar sobre el efecto negativo que ésta patología puede tener en el funcionamiento global del paciente. Solo se logrará al integrar a la práctica clínica diaria, el concepto biopsicosocial de la medicina, ya que el manejo integral de éstos pacientes no es sólo una necesidad, sino un deber de parte los médicos encargados de su atención, para garantizar la preservación del bienestar físico y psicológico.

Lo anteriormente referido nos permite una explicación sobre las cifras de la depresión, que sólo muestran una pequeña parte del "iceberg" estadístico. Sin embargo podemos afirmar que es mucho lo que se desconoce sobre la depresión, incluyendo las vivencias de los pacientes , sus familiares con la enfermedad y los aspectos psicosociales y culturales que involucran el problema.



Me pareció interesante investigar la relación de depresión e hipertensión a arterial ya que hay poca información, y como médico de atención primaria la relación entre ambas como factor de riesgo que debe ser considerado al momento de planificar intervenciones de promoción y prevención, presentando especial importancia la pesquisa y diagnóstico precoz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. Octubre 2009
- 2.- Zavala-González MA, Bautista Torres J, Quevedo-Tejero E; Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. Archivos de Medicina 2009; 5(4:1)
- 3.- Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME. La Capacitación del médico general de primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Dep de med Fam. Fac de Med. UNAM:1-5
- 4.-Grupo de Trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guías de práctica clínica en el SNS (Sistema Nacional de Salud). Edición año 2008
- 5.-Leyva JR, Hernández JA, Leyva JG, López GV. Depresión en el adolescente y Funcionamiento familiar; Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232
- 6.-Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo, México. Guía de Práctica Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009
- 7.- Serie de guías clínicas minsal No.XX, 1ra Edición Santiago Minsal 2006
- 8.-Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo, México. Guía de Práctica Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009
- 8.-Agudelo D, Spielberger D, Buelal G. La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? Salud Mental. 2007; 30(3) p :20-28.
- 9.- Ruíz Flores LG, Colín Piana RF, Corlay Noriega IS, Lara Muñoz MC, Dueñas Tentorf HJ., Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. Medigraphic, salud mental. 2007; 30(2):25-32
- 10.-Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006; 48(2):66-7

- 11.- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06
- 12.- Oliva DA. Problemas psicosociales durante la adolescencia Madrid: McGraw-Hill. 2008. pp. 137-164
- 13.-González GS, Fernández RC, Pérez RJ, Amigo VI. Prevención secundaria de la depresión en atención primaria Psicothema 2006; 18(3) 471-477
- 14.-González CJ. Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. Psiquiatría.2009; 13(1).
- 15.-Nemeroff CH, Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. Psimonart.2009; 2(1):25-48.
- 16.-Prevalencia de depresión mayor en población hipertensa. Horizon enferm 2007; 18(2):43-51
- 17.-Rosas Flores MA, Cossio Zazueta A, Henestrosa Peña K, Flores Escartín M, Cal y Mayor I, Meza Vudoyra M. et al. Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético, RevMex de Angiología.2006; 34(3):107-111
- 18.-Nemeroff CH, Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. Psimonart.2009; 2(1):25-48
- 19.-Dois C.A, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la AtenciónPrimaria. Rev.Med. Chile. 2009; 137(4):475-480.
- 20.-López Vicente M., Gabarrón Hortal E., Ruiz Baqués A. Depresión en atención primaria: Una aproximación a los trabajos realizados en España, art.rev. 2011.
- 21.- Aguayo A F. El estrés psicosocial como factor predisponente de enfermedad aguda en pacientes de medicina familiar del policlínico central de la caja nacional de salud, 2007.Rev.pacena Med Fam 2007; 4(6):101-105.
- 22.- Esper RJ. Hipertensión arterial, mecánica y otras lides. Rev Aegent Cardiol. 2011;79:371-376
- 23.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

- 24.-Heras Benito M, Sanchez Hernández R, Fernández Reyes MJ Molina A, Alvarez UdeF. Depresión ansiosa como causa de hipertensión arterial de difícil control con tratamiento antihipertensivo convencional;Published in Hipertensión. 2009; 26(01)
- 25.- Aguilar NS, Fuentes CA, Ávila FJ, García ME. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en los adultos mayores. Salud Pública de México. 2007; 49(4):1-9
- 26.-Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004.
- 27.- Peza SM, Komura HA, Costa SM. La Depresión incluida en la historia de la familia. Texto Contexto Enferm. 2004;13(4):511-8.
- 28.- Purriños MJ. Escala de Hamilton:Hamilton Depression Rating Scale. Servizo de Epidemiología
- 29.- Campo Arias A, Urruchurtu Mendoza Y, Solano Morales T, Vergara Pino AJ, Cogollo Zuleima. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yesavage para depresión geriátrica en Cartagena Colombia. Salud Uninorte.2008; 24(1):1-9
- 30.- Validación de la escala de depresión de Zung en personas con vih. Terapia psicológica. 2007; 25(2):135-140.
- 31.-Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. Terapia psicológica.2008; 26(1):59-69.
- 32.- Vázquez C, Saenz J. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud. 1999; 10(1):59-81
- 33.- Rivera HM, Andrade PP. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. Revista de Psicología. 2010; 14:12-29
- 34.-Mazzanti Di RM. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev Col Bio. 2011; 6(1):125-144

## ANEXO 1

Nombre del paciente:

Número de afiliación:

La Escala de Depresión Beck

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

### **1. Tristeza.**

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

#### **4. Insatisfacción**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

#### **5. Culpa**

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente

#### **6. Expectativas de castigo**

0. No creo que esté siendo castigado.

1. siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Autodesprecio**

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

#### **8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Idea suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

#### **10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

#### **11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

#### **12. Retirada social**

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

### **16. Insomnio**

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

### **17. Fatigabilidad**

- 0. No me siento más cansado de lo normal.



1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

#### **18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

#### **19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

#### **20. Preocupaciones somáticas**

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

#### **21. Bajo nivel de energía**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

No depresión menor de 10

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

## ANEXO 2

### **INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN**

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

<b>EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES</b>		<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
1	En mi familia hablamos con franqueza.	5	4	3	2	1
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.	5	4	3	2	1
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.	5	4	3	2	1
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudan y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1

<b>EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES</b>		<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
Versión larga hasta el reactivo 56 y versión intermedia hasta el reactivo 37						
<b>31</b>	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.	5	4	3	2	1
<b>32</b>	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
<b>33</b>	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
<b>34</b>	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
<b>35</b>	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
<b>36</b>	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.	5	4	3	2	1
<b>37</b>	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos	5	4	3	2	1

**Tabla 3.** Propuesta para interpretar los puntajes obtenidos en el E.R.I.

<b>ESCALAS</b>	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO-ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>MEDIO-BAJO</b>	<b>BAJO</b>
<b>EXPRESIÓN</b>	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
<b>DIFICULTADES</b>	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
<b>UNIÓN</b>	55-47	46-38	37-29	28-20	19-11
<b>TOTAL</b>	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

Formato de consentimiento informado.

Consentimiento Informado Para Investigación.

Consentimiento informado para la participación en el protocolo de investigación  
"Frecuencia de depresión en el paciente hipertenso adscritos a la UMF No 20."

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Numero de afiliación. \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en este protocolo de investigación en donde se me ha informado que mi participación consistirá en el llenado de la escala de depresión de Beck y la Escala de Relaciones Intrafamiliares de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS en fecha y horario establecido previamente.

Declaro que se me ha informado ampliamente los objetivos, posibles riesgos, inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El investigador responsable: \_\_\_\_\_

Se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta que le plantee y aclarar cualquier duda acerca del llenado del cuestionario, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere necesario, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.