



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76**

**“CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION ADULTA CON
DEPRESION ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 44”**

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS
UMF No. 44 TEPUXTEPEC, MICH

ASESOR DE TESIS:
DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
U. M. F. No. 75 con U. M. A. A. MORELIA, MICH.

DR. J. MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PEREZ
CO-ASESOR MAESTRO EN CIENCIAS



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.

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:
DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL
EN LA DELEGACIÓN MICHOACAN

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN
SALUD
EN LA DELEGACIÓN MICHOACAN

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN
EN LA DELEGACIÓN MICGOACAN

DRA. MARIA SELENE TORRES GONZALEZ
COORDINADORA CLINICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN
EN SALUD DEL H. G. Z. No. 8

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:
DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS

DR. CESAR TINOCO TALAVERA
DIRECTOR DE UNIDAD SEDE DEL CURSO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

DR. JOSE MELQUIADES JERONIMO CAMACHO
PEREZ
CO-ASESOR
MAESTRO EN CIENCIAS

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS

DRA. CLAUDIA JANETH MORFIN MACÍAS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81

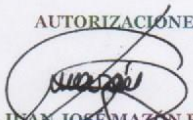
**"CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION ADULTA CON
DEPRESION ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 44"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA

DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS

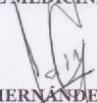
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 04/09/2015

DR. JESUS RODRIGO LEMUS BARAJAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION ADULTA CON DEPRESION ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 44

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1603-46

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quiero dar gracias a DIOS por darme la sabiduría, las fuerzas y la oportunidad de poder escalar un peldaño más en mi vida profesional porque sin su ayuda y cobijo esto no hubiera sido posible.

A ti Mireya esposa mía, por toda tu ayuda en todos los aspectos de mi vida has sido fundamental, por el cuidado y dedicación que tuviste con nuestros hijos Jesús y Abraham en mis horas de estudios, guardias y trabajo, por ser mi compañera más fiel en esta aventura llamada Especialidad ya que estuviste en esos momentos más turbulentos de la misma, inclusive por tu aliento y ánimos para que yo no decayera en las situaciones en que pensaba que no podía más, pero sobre todo porque nunca dejaste ni has dejado de creer en mí por todo eso y lo que me haga falta infinitas gracias amor mío.

A ustedes hijos Jesús y Abraham les agradezco su paciencia y comprensión, sé que tuvimos que sacrificar muchas horas de juego y convivencia familiar por mis estudios, a pesar de su corta edad supieron comprenderme y apoyarme por ello se los agradezco mucho.

A mi madre y hermanos por su amor, por siempre creer en mí y por todo su apoyo incondicional ante nuevos retos profesionales.

Muchas gracias a mi papá porque desde donde esté, estoy seguro que siempre cuento con todo su apoyo y bendición muchas gracias padre.

Infinitas gracias le doy a mi profesora titular del curso, a la Dra. Claudia Janeth Morfin Macias por siempre apoyarme en cada momento, guiarme en este proceso de aprendizaje y por compartir sus conocimientos conmigo para mi superación profesional.

A todos y cada uno de mis profesores que me ayudaron con sus enseñanzas y consejos durante este proceso de formación académica

A cada uno de mis compañeros de esta Especialidad que de una u otra manera me apoyaron en este proyecto de investigación, pero sobre todo les agradezco su amistad sincera y compañerismo durante estos tres años.

Por último agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social que confía y promueve la superación profesional de su personal médico así como a la Universidad Autónoma de México que nos avala como Médico Familiar.

INDICE

Resumen.....	10
Introducción.....	13
Marco Teórico.....	15
Planteamiento del Problema.....	38
Pregunta de Investigación.....	40
Justificación.....	41
Objetivos.....	43
Hipótesis.....	44
Material y Métodos.....	45
Criterios de Selección.....	47
Variables.....	48
Operacionalización de las Variables.....	49
Metodología.....	52
Análisis Estadístico.....	56
Aspectos Éticos.....	57
Resultados.....	63
Discusión.....	110
Conclusiones.....	112
Bibliografía.....	114
Cronograma de Actividades.....	117
Anexos.....	119

RESUMEN

“CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION ADULTA CON DEPRESION DE LA U. M. F. No. 44”

Lemus BJ U.M.F. No. 44 Tepuxtepec, Hurtado RE U.M.F. No. 75 Morelia, Camacho PJ H.G.Z. 8 Uruapan.

Introducción: La Depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor donde predominan los síntomas afectivos. No obstante se excluyen factores psicológicos como calidad de vida que consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de las sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien, la cual puede afectarse en base a la depresión de la población adulta adscrita a la U. M. F. No. 44.

Objetivo: Identificar la Calidad de Vida de los pacientes con Depresión adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, Observacional y Prospectivo en 100 pacientes con Depresión adscritos a la U. M. F. No. 44 en Tepuxtepec, Michoacán; del 01 de Noviembre del 2015 al 31 de Octubre del 2016, mediante entrevistas estructuradas de investigación: *Criterios Diagnóstico de la CIE – 10* y *Encuesta de Salud SF – 36*.

Previo consentimiento informado. Utilizamos para el análisis estadístico el SPSS versión 18, χ^2 además de las medidas de tendencia central, los resultados se expresaran en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se entrevistaron $n = 100$ pacientes de los cuáles 68% fueron mujeres, encontrando una Buena Calidad de Vida en el 41% y observamos que la Depresión Moderada prevaleció en un 38% de nuestros encuestados. En relación a las características sociodemográficas de nuestros encuestados obtuvimos que en las Amas de Casa presentaron un 34% y un 33% con respecto a su Buena Calidad de Vida y quienes presentaron una Depresión Moderada respectivamente, en comparación con los Solteros cuyos resultados nos mostraron un 2% y 3% correspondientemente.

En cuestión a su grado académico nuestros pacientes con estudios básicos presentan una Buena Calidad de Vida del 20% en paralelo de nuestros encuestados quienes poseen estudios de Bachillerato y Licenciatura quienes muestran misma Calidad de Vida pero tan solo en el 3%.

Con respecto a su Estado Civil los resultados nos arrojaron que los Casados presentan una Depresión Moderada del 25% y en los Jubilados y/o Pensionados este grado de Depresión tan solo se presentó en un 6%.

Conclusiones: Al relacionar Calidad de Vida y grado de Depresión nos encontramos que los pacientes con una Calidad de Vida Excelente muestran un grado de Depresión Leve, mientras que aquellos que revelan una Mala Calidad de Vida cursan con una Depresión Severa, con lo que evidenciamos que al haber una mejoría en su Calidad de Vida esta mejoría se refleja en un menor grado de Depresión.

Palabras Clave: Depresión, Población Adulta y Calidad de Vida.

INTRODUCCIÓN

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida, la depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

El trastorno depresivo mayor ha generado mayor investigación en comparación con otros trastornos psiquiátricos. Su relevancia clínica y de salud pública ha sido reiteradamente demostrada, poniendo en evidencia los altos costos generados tanto por la discapacidad que genera, como por la disminución en la productiva nacional.

De acuerdo al DSM-IV-TR la depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales entre otros.

La calidad de vida, para poder evaluarse debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica.

MARCO TEORICO

DEPRESION:

De acuerdo con la OMS, los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 20 a 45 años de edad. Así mismo, de acuerdo con el proyecto Global Burden Disease (GBD) de la OMS, se cataloga al trastorno depresivo dentro de las principales causas de incapacidad a nivel mundial. Ocupando actualmente el primer lugar en el índice de *“Años perdidos por incapacidad”* (APD), y el segundo en el de *“Años de vida ajustados en función de la discapacidad”* (AVAD).

De acuerdo con el proyecto GBD, la depresión está considerada como la quinta causa generadora de discapacidad, entre todas las enfermedades, siendo responsable del 4.4% del total de AVAD y es la causa principal de APD 11.9% del total. Para el año 2020, la carga de depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 describe que la depresión es la principal causa de *“daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte”* en mujeres, superando, incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas y las enfermedades isquémicas del corazón.

En el hombre ocupa el noveno lugar. En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en este país.

El trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, incrementa la morbi-mortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, incluye a población de todos los grupos de edad, género y condición social, económica y educativa, genera un alto grado de afectación funcional, así como sufrimiento a quien lo padece y personas cercanas [1, 2, 3, 4, 5].

Definición: De acuerdo al DSM-IV-TR la depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque en mayor o menor grado también están presente síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva [2, 3, 4, 6, 7].

Epidemiología: En México el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia a lo largo de la vida de 3.3%. Ocurre cerca del 1.5% de la población adulta a lo largo de un año, y las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres (relación 2:1). Puede aparecer a cualquier edad, y se ha estimado que la edad media de inicio es de 30 años. Aproximadamente el 10% de los pacientes que se presentan en servicios de atención primaria sufren de depresión.

En México de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 – 2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8% de las mujeres y 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con depresión. Por grupo de edad en las mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años.

En los hombres la prevalencia por grupos de edad fue 1.6% y 5.0% respectivamente. La ENED encontró que los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas [1, 2, 7].

Etiología: La depresión puede deberse a un sin número de razones esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos.

Existe evidencia suficiente que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza.

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos la noradrenalina y la serotonina, puede desencadenar la depresión. Alguna de las causas de la depresión se divide en primarias y secundarias:

Primarias:

Bioquímicas Cerebrales.- Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión.

Neuroendocrinos.- Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol, muchos pacientes con niveles bajos de T3 poseen depresión y otro hallazgo es una disminución en la liberación de la HG durante las horas de sueño.

Neurofisiológicos.- Un hallazgo importante y frecuente en los pacientes con depresión a los que se les realiza EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR o REM).

Genéticos y familiares.- Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia.

Factores psicológicos.- Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Secundarias:

Drogas.- Más de 200 medicamentos se han relacionado con episodios depresivos, entre ellos AINES (indometacina, fenocetina), antibióticos (griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardíacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, L-Dopa y anticonceptivos orales.

Enfermedades orgánicas.- Cualquier enfermedad, especialmente las graves como el alzheimer, parkinson, huntington, epilepsia, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastorno del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas e infarto al miocardio.

Enfermedades psiquiátricas.- La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden llegar a producir cuadros depresivos importantes. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria [3, 4, 6, 7].

Factores de Riesgo: Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen:

- ✓ Historia familiar de depresión.
- ✓ Pérdida significativa reciente.
- ✓ Enfermedad crónica, en especial en aquellos pacientes con pobre respuesta a tratamientos.
- ✓ Eventos altamente estresantes.
- ✓ Violencia doméstica.
- ✓ Cambios significativos en el estilo de vida.
- ✓ Embarazo en mujeres con antecedente de depresión. [2, 7]

Fisiopatología: Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de tres líneas principales de investigación:

- 1.- Estudios endócrinos.
- 2.- Neurotransmisores.
- 3.- Estudios Electrofisiológicos.

Existe la hipótesis que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo.

Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presenten síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones.

Las alteraciones el sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endócrinas inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo.

La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales.

La *teoría de catecolamina – indolamina* de la depresión, postula que una cierta cantidad de aminas o un cierto nivel de la sensibilidad de los receptores de las catecolaminas genera un estado de ánimo normal.

La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o su almacenamiento causa la depresión. La hipótesis de las aminas biógenas, que se centraba en los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, atribuye la depresión y la manía respectivamente, a un déficit o a un exceso de estos neurotransmisores en localizaciones sinápticas fundamentales en el cerebro.

Esto envuelve la hipótesis de que un gran rol de serotonina permite un declive en la función de norepinefrina. Específicamente, se sugiere que una baja concentración de serotonina, combinada con elevadas concentraciones de norepinefrina produce manía; mientras que bajas concentraciones de ambos causa depresión.

Las alteraciones neuroendócrinas compatibles con los signos y síntomas neurovegetativos son:

- 1.- Aumento de la secreción de Cortisol.
- 2.- Aumento del tamaño de las suprarrenales.
- 3.- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
- 4.- Respuesta amortiguada de la hormona estimulante de la tiroides (TSH).

Los cambios de la regulación hipotálamo – hipófisis – suprarrenal indican que la depresión podría ser una desregulación adaptativa a la respuesta de estrés mediada genéticamente o secundaria a la exposición a niveles significativos de estrés durante los periodos críticos de codificación neuroendócrina en los primeros estadios del desarrollo [3, 7].

Cuadro Clínico: Se presenta un ánimo deprimido y pérdida de interés en casi todas las cosas y actividades. Se manifiesta por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada, pensamientos de muerte, intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del pacer sexual, entre otras.

También son frecuentes el insomnio, la hipersomnia, anorexia o la hiperfagia, fatiga, cansancio, constipación, trastornos menstruales, además el ciclo diurno puede estar invertido y pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo lo más frecuente la cefalea.

Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES

Psicomotricidad disminuida o aumentada.

Sueño alterado (aumento o disminución).

Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute).

Concentración disminuida.

Apetito y peso (disminución o aumento)

Culpa y autorreproche.

Energía disminuida, fatiga.

Suicidio (pensamientos).

El insomnio es una queja frecuente en el primer nivel de atención relacionado con la depresión que es poco investigado [1, 2, 3, 4, 7].

Diagnóstico: Hasta el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico. Por lo que los estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica. Es suficiente corroborar los síntomas enlistados por la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) o los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), enlistados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su versión IV (DSM-IV).

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas [1, 3, 4, 5, 8].

La teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. Codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos. A partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck, para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad, en adolescentes y adultos [19].

Diagnóstico Diferencial:

Demencia: Que se caracteriza por un deterioro cognitivo donde se afectan la atención, la memoria, la percepción y la inteligencia.

Delirium: Que se caracteriza generalmente por un inicio brusco, fluctuante, que puede ser reversible en dependencia de la causa, hay alteración de conciencia, desorientación, dificultad para captar los estímulos internos y externos, son frecuentes las alucinaciones, pueden tener ideas delirantes, intranquilidad o agitación.

Síndrome de Demencia Depresiva o Pseudodemencia: Inicio brusco, corta duración, humor depresivo, respuesta displicente ante los contratiempos, déficit cognitivo poco demostrable, deterioro fluctuante, hay alteraciones de los ritmos del sueño y el apetito, así como cefalea, buena respuesta a los antidepresivos.

Depresiones Enmascaradas: En que tienden a negar sus síntomas depresivos y expresar en primer lugar los somáticos como: dolores generalizados o difusos, mareos, vértigos, anorexia, náuseas, vómitos, constipación, diarreas, dolor precordial, palpitaciones, disnea y asma.

Trastorno Hipocondríaco: En que los pacientes están convencidos de tener una enfermedad para lo cual acuden a consulta, se realizan exámenes que son negativos, pero aun así van de médico en médico en busca de confirmar sus sospechas.

Trastornos de Adaptación: Ante enfermedades que se manifiestan con sentimientos de desamparo, desesperanza, pesimismo y la ansiedad que se hace manifiesta [5, 8].

Tratamiento: Inicialmente los médicos deben educar al paciente acerca de la enfermedad y específicamente hablarles sobre sus expectativas hacia la recuperación. Los miembros de la familia son esenciales en el soporte del paciente deprimido para el cumplimiento del tratamiento.

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre otros. La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado.

El tratamiento de la depresión pretende disminuir la morbi-mortalidad debida a este trastorno: suicidio o intento de suicidio, accidentes debido a la pérdida de la atención, fracaso en los estudios, pérdidas de trabajo y los costos derivados de los problemas familiares, ausentismo laboral o disminución en la productividad y gastos sanitarios.

Fase aguda: El objetivo es eliminar todos los síntomas del episodio, durante varias semanas, hasta que haya una respuesta clínica positiva importante con una mejoría del 50% de los síntomas. Fase de continuación: Si el paciente consigue la recuperación (4-9 meses sin sintomatología), el médico podría tratar de interrumpir la medicación, aunque puede tomar la decisión de realizar una Fase de mantenimiento, para evitar las recurrencias. Esta puede durar desde un año hasta toda la vida.

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. En el caso de episodios refractarios al tratamiento, se utilizan antidepresivos asociados a otros fármacos como estrategia de potenciación o terapia electroconvulsiva [1, 2, 3, 8].

La aparición de la estimulación cerebral profunda (ECP) ha supuesto una revolución en el campo de los tratamientos alternativos emergentes para padecimientos psiquiátricos, ya que suponen un tratamiento seguro, eficaz y reversible.

La estimulación cerebral profunda consiste en la colocación de electrodos en sitios neuroanatómicos específicos para enviar de manera continua estímulos eléctricos producidos por la implantación de un generador de pulsos. Ha demostrado su eficacia en casos de depresión refractaria, riesgo suicida y en depresión psicótica.

La mayoría de los pacientes responden favorablemente al tratamiento, pero muchos no tienen relevación completa del síntoma. Cambio de medicamentos con un segundo medicamento es útil para algunos pacientes que responden de manera parcial o no responden al primer manejo farmacológico depresivo. Todos los antidepresivos son capaces de producir efectos secundarios nocivos.

La terapia cognitiva es un proceso de tratamiento que permite a los pacientes corregir falsas creencias de uno mismo que pueden llevar a comportamientos y estados de ánimo negativos.

Estudios recientes han demostrado que la terapia cognitiva es un tratamiento eficaz para la depresión y es comparable en efectividad a los antidepresivos y la terapia interpersonal o psicodinámica.

La combinación de terapia cognitiva y antidepresivos ha demostrado eficacia para el manejo de la depresión grave o crónica.

La Terapia Conductual Cognitiva (TCC) es una herramienta terapéutica comprobada científicamente para el tratamiento de pacientes con Depresión. En contraste con otras formas de psicoterapia, la TCC es: (1) Activa (el terapeuta y el paciente participan en habla, escucha y en el refinamiento de la comprensión de los problemas del paciente); (2) Directiva (el terapeuta tiene un conjunto de técnicas, derivadas de TCC, para aplicar a la paciente subyacente esquema cognitivo); (3) Tiempo sensible (longitud de la sesión se ha fijado en 30 a 45 minutos, número de sesiones se fija en seis a 12, con sesiones posteriores de "refuerzo" disponibles); (4) Estructura (el terapeuta trabaja para mantener al paciente en la tarea completa en período de sesiones de trabajo y tareas fuera de sesión); y (5) Colaboración (el terapeuta y el paciente trabajan juntos en metas mutuamente aceptable) [9, 10, 11, 12].

CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión a lo largo de los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles como felicidad y bienestar. No existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para hacer un poco de historia.

Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas; la primera inicia con las primeras civilizaciones hasta finales del siglo XVII y se preocupa exclusivamente por la salud privada y pública.

Mientras que la segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición del “estado de bienestar” y que algunos consideran un fenómeno en vías de autolimitación si no de extinción.

El “Informe Chadwick” (1842) en Inglaterra y el “Informe Shattuk” (1850) en Estados Unidos están considerados como los comienzos de una acepción de la salud pública en la que los aspectos de salud y de bienestar social están íntimamente imbricados.

En ambos informes se analizan conjuntamente la salubridad pública, las condiciones de trabajo, la dieta y el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades así como las formas de vida de las distintas clases sociales.

El reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en los estado del Siglo XIX dio lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión.

El concepto de calidad de vida ganaba así una nueva frontera social y política. De forma sucinta podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud [13, 14].

Definición: Una de las primeras referencias que afecta a la definición de calidad de vida aparece en Aristóteles cuando apunta que la mayoría de las personas conciben la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz'.

Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza.

En 1948, la OMS definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de la enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permite medir la percepción general de salud.

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada.

Levy y Anderson, en 1980 se refieren que “es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas”. En el mismo año, Szalai al respecto apunta que “es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”.

En 1990, Celia y Tulsy la definen como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”. En 1992, Quintero refiere que es “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural determinado”.

Así mismo, Felce y Perry, en 1995, la definen como la “calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos”, es decir, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Elementos objetivos: bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. Elementos subjetivos: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida.

La OMSS (1994) define la Calidad de Vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales entre otros.

La OMS emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias; a).- Deficiencia es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica en los niveles de órgano y función, como podría ser la ausencia de un miembro, la sordera o el retraso mental. b).- Discapacidad es toda restricción resultado de una deficiencia de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse, o comprender. c).- Minusvalía es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia, o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal.

Rocío Fernández Ballesteros, plantea en diferentes investigaciones de calidad de vida la tendencia actual para alcanzar un mayor estado de bienestar a través de todos los planes y programas de servicios sociales dirigidos a personas mayores. Recalca que el concepto de calidad de vida en estas personas mantiene aspectos comunes con otros grupos poblacionales, además de factores importantes que inciden en los adultos, como el valor de la autonomía.

Rechaza la igualdad que algunos autores han querido dar a la calidad de vida con el estado de salud del individuo y sustenta la multidimensionalidad de esta percepción, incluyendo ciertos factores personales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción; factores socioambientales, apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales [14, 15, 16, 17, 20].

Medición de la Calidad de Vida: Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky (KPS). Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación.

Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad.

Debido que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas.

Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o un dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios.

Existen diferentes maneras de medir la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir como la muerte y otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano) hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos.

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud.

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación entre médico - paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida.

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida o la que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de los resultados en investigaciones dentro de este campo.

En 1991 se inició un proyecto conocido como Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF – 36. Inicialmente este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad.

La SF – 36 se ha utilizado en investigaciones clínicas también específicas; por ejemplo Alonso y colaboradores informaron sobre su validez y la confiabilidad de una versión en castellano.

Las generalidades de la encuesta SF- 36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas mayores de 16 años de edad.

La SF – 36 es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican en 10 preguntas, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 24 puntos (Mala Calidad de Vida), 25-49 puntos (Regular Calidad de Vida), 50-74 puntos (Buena Calidad de Vida), 75-99 puntos (Muy Buena Calidad de Vida) y 100 puntos (Excelente Calidad de Vida).

El producto de su aplicación es la aplicación de 8 conceptos o escalas de salud resultados del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Estos conceptos son: a).- Función Física (FF), b).- Rol Físico (RF), c).- Dolor Corporal (DC), d).- Salud General (SG), e).- Vitalidad (VT), f).- Función Social (FS), g).- Rol Emocional (RE), h).- Salud Mental (SM); además de los ocho conceptos de salud. La SF – 36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior, la respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

El uso potencial de la SF-36 para comparar poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos periodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud, es de extraordinario valor [13, 14, 17, 18].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el último reporte de la OMS del 2010 la depresión ocurre en 350 millones de personas en el Mundo, constituyéndose esta enfermedad como la tercera causa mundial de discapacidad; en los Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Brasil más del 15% de su población la sufren; en América Latina representa el 6% de la población adulta; y en México según los resultados arrojados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la depresión ocurre en 10.4% en las mujeres y 5.4% en los hombres.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes de las patologías psiquiátricas y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano. Es una patología que aqueja a toda la población general sin importar estrato social, sexo e inclusive la edad. Lo cual no repercute exclusivamente en el paciente y su familia sino a su calidad de vida que rodea al paciente con depresión.

Desde el ámbito de la salud, calidad de vida se ha definido como, un término popular que expresa un sentido global de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto, es por eso que la depresión es un fenómeno externo que directamente influye negativamente sobre la calidad de vida de los pacientes que sufren dicho trastorno psiquiátrico.

Este padecimiento ha repercutido en los diferentes sistemas de salud de nuestro país, no estando exento el Instituto Mexicano del Seguro Social, generando así elevación en los costos de atención médica para estos pacientes, no solo en el envío, transporte y destino del medicamento a la unidad de medicina familiar, sino también el elevado costo de las múltiples complicaciones como son las incapacidades prolongadas, intentos suicidas, estados de ánimo mixto (depresión con ansiedad) estados de manía, psicosis y esquizofrenia.

La importancia de este proyecto recae en aumentar la calidad de vida de los pacientes con Depresión, pudiendo a través del Médico Familiar encontrar soluciones que puedan ayudar al paciente a mantener un estilo de vida saludable.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la Calidad de Vida de los Pacientes Adultos con Depresión adscritos a la UMF No. 44?

JUSTIFICACIÓN

Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos, por lo que se considera como un problema de salud creciente que demanda intervenciones de salud pronta y oportunamente.

El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de auto-denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, somnolencia durante el día, mareo y confusión, entre muchos otros síntomas.

Los pacientes que sufren de trastorno depresivo enfrentan diversas complicaciones, desde el punto de vista médico, psicológico y social, por lo que la calidad de vida juega un papel importante en el manejo, control y vencimiento de dicho cuadro depresivo.

En la U. M. F. No. 44 de Tepuxtepec, Michoacán se cuenta con una población total adscrita de 1000 derechohabientes, de los cuales 100 (10%) corresponde a mujeres y hombres con el padecimiento de Trastorno Depresivo; no obstante poco se explora acerca del ámbito psicosocial como es la calidad de vida que tienen estos pacientes, ya que la gran mayoría de estos pacientes con depresión son enviados a segundo nivel para la autorización y transcripción de antidepresivos lo que genera aumento en los costos por paciente para nuestra institución de salud, ya que hay una inversión por viático de envío del paciente, prescripción de fármacos de mayor costo y traslado del medicamento de almacén a nuestro centro de atención médica; además de que algunos de estos pacientes con depresión cursan con patologías crónicas degenerativas asociadas, padecimientos que aunados a la depresión dificultan su control, ya que no tienen un apego estricto a su tratamiento médico y tampoco presentan modificaciones en sus hábitos higiénico dietéticos, lo que produce complicaciones de dichas enfermedades aumentando los costos en su atención médica integral de estos pacientes.

Por lo que nosotros realizamos este estudio para la detección oportuna de la depresión, que asociado con otras enfermedades, la depresión junto con estas patologías puedan ser de difícil control, además de prevenir las complicaciones que en un momento dado disminuyen la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la Calidad de Vida de los pacientes con Depresión adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la Calidad de Vida de los pacientes adultos con Depresión.
- Determinar los factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida en los pacientes adultos con depresión.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

La Calidad de Vida en los pacientes adultos con Depresión es Mala en la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

HIPOTESIS NULA

La Calidad de Vida en los pacientes adultos con Depresión no es Mala en la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Es un estudio de tipo Descriptivo, Transversal, Observacional y Prospectivo.

TIEMPO: Del año 2015 al año del 2017.

POBLACION DE ESTUDIO: Población adulta adscrita a la UMF No. 44 de Tepuxtepec, con manifestaciones clínicas de depresión.

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia, del 01 de Noviembre del 2015, hasta el 31 de Octubre del 2016.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Según el censo de población de Derechohabientes adscrita a la U. M. F. No 44 se tiene una totalidad de población de 1000 derechohabientes, de acuerdo a lo anterior y por conveniencia, se toma la totalidad de la población con diagnóstico de Depresión la cual está conformada por 100 pacientes, de los cuales 68 son mujeres y 32 son hombres.

RECURSOS:

- Recursos Humanos. Aplicará las encuestas el Médico General y responsable de la presente Tesis.
- Recursos Materiales: Unidad de Medicina Familiar.
 - Papelería: Hojas, lápices, bolígrafos, etc.
- Recursos Técnicos: Computadora, Impresora y Memoria USB.

CRITERIOS DE SELECCION

INCLUSION

- Pacientes adultos adscritos a la U. M. F. No. 44 con diagnóstico de Depresión.
- Pacientes que acepten el estudio de investigación.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes de ambos sexos.

EXCLUSION

- Pacientes adultos que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no cumplan con los criterios de depresión.

ELIMINACION

- Pacientes que no deseen continuar con el estudio de investigación.
- Pacientes con datos incompletos.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión: Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social; alteraciones en atención, concentración, memoria, estado de ánimo, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Calidad de Vida: Sensación del bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representan la suma de las sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

Edad.

Género.

Escolaridad.

Ocupación.

Estado Civil.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorización de Variable	Unidad de Medición
<i>Depresión</i>	Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social; alteraciones en atención, concentración, memoria, estado de ánimo, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social.	Evaluación mediante CIE – 10 y DSM-IV-TR. Poner la calificación del instrumento.	Cualitativa Ordinal	Leve Moderado Grave

<p>Calidad de Vida</p>	<p>Sensación del bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representan la suma de las sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.</p>	<p>Se mide a través del SF-36. Poner la calificación del instrumento.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican en 10 preguntas, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 24 puntos (Mala Calidad de Vida), 25-49 puntos (Regular Calidad de Vida), 50-74 puntos (Buena Calidad de Vida), 75-99 puntos (Muy Buena Calidad de Vida) y 100 puntos (Excelente Calidad de Vida).</p>
-------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	La edad se expresa en años.	Cuantitativa Discreta	Años
Género	Condición orgánica que distingue a las personas si es hombre o es mujer.	El sexo se expresa en género masculino y femenino.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
Escolaridad	Periodo de tiempo que un niño o joven asiste a la escuela para estudiar y aprender especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Se expresa en grado o nivel máximo de estudios.	Cualitativa Nominal	Analfabeta Preescolar Escolar Secundaria Bachillerato Licenciatura
Ocupación	Trabajo u oficio que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Se expresa en tipo de actividad que realiza.	Cualitativa Nominal	Obrero Campesino Empleado Profesional

Estado Civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista de registro civil, siguiente: Soltero (a), Casado (a), Divorciado (a) y Viudo (a).	Se expresa mediante tipo de vínculo o contrato que se establece.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Divorciado Separado Unión libre Viudo
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------	---------------------------------------------------------------------

METODOLOGIA

Se efectuó un estudio de tipo Descriptivo, Transversal, Observacional y Prospectivo a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, adscritos a la U. M. F. No. 44, de Tepuxtepec, Michoacán; del 01 de Noviembre del 2015 al 31 de Octubre del 2016, que cumplan con los criterios de inclusión, bajo Consentimiento Informado del paciente (Anexo I) y previa autorización del comité de investigación y ética.

El médico investigador de la presente tesis aplicó los cuestionarios pertinentes para la obtención de la información, datos sociodemográficos (Anexo II), Criterios Diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) para determinar el grado de depresión (Anexo III) y la Encuesta de Salud SF – 36 que nos arrojó los valores de su Calidad de Vida (Anexo IV).

Instrumentos:

1.- Cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo II): Incluye Nombre, Número de Seguridad Social, Edad, Estado Civil, Género, Escolaridad, Ocupación, Estado civil y Lugar de Residencia.

2.- Criterios Diagnóstico de la CIE – 10 (Anexo III). Se sugiere su uso como apoyo para efectos de fortalecer el diagnóstico de Depresión, detección de casos, monitoreo en la evolución y con propósitos de investigación.

Leve: Cuando hay por lo menos dos criterios primarios, por lo menos dos criterios secundarios, los síntomas no son severos y la duración de la sintomatología es de por lo menos dos semanas.

Moderada: Cuando hay por lo menos dos criterios primarios, por lo menos tres o cuatro secundarios, puede haber algún síntoma severo y la duración de la sintomatología es de por lo menos dos semanas.

Severa: Cuando hay por lo menos tres criterios primarios, por lo menos cuatro secundarios, todos los síntomas son severos y la duración de la sintomatología es de más de dos semanas.

3.- Encuesta de Salud SF – 36 para Calidad de Vida (Anexo IV): Es una encuesta diseñada por el Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts, el producto de su aplicación de ocho conceptos, o escalas de salud del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) Función Física (FF), b) Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), d), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM).

Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican en 10 preguntas, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 24 puntos (Mala Calidad de Vida), 25-49 puntos (Regular Calidad de Vida), 50-74 puntos (Buena Calidad de Vida), 75-99 puntos (Muy Buena Calidad de Vida) y 100 puntos (Excelente Calidad de Vida).

ANALISIS ESTADISTICO

Los resultados se presentarán en medias \pm desviación estándar las variables continuas mientras que las variables categóricas en porcentajes. Las diferencias en las variables continuas se analizarán con *t Student* y las diferencias en las variables categóricas con χ^2 . Todos los datos serán procesados con el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v18 para Windows. Se considerará de significancia estadística a un valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ETICOS

TRATADO DE HELSINKI Y TOKIO

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

La investigación se realiza de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964 el cual entra en vigencia el año 1989, en ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el "mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses".

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El médico no apoyará, aprobará ni participará en la práctica de la tortura ni de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera que sea el delito que se sospeche en la víctima de tales tratos, acusado o convicto, y cualesquiera que sean los motivos o creencias de la víctima, y cualesquiera que sean las circunstancias, incluyendo los conflictos armados y las luchas civiles. El médico debe tener independencia clínica completa para decidir sobre el cuidado de una persona de la que sea médicamente responsable.

La World Medical Association apoyará, y animará a la comunidad internacional, a las asociaciones médicas nacionales y a los médicos individuales, a que apoyen al médico y a su familia en caso de amenazas o represalias por su negativa a participar en la tortura o en otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

El médico está obligado en toda circunstancia a aliviar el sufrimiento de sus semejantes, y ninguna razón, sea personal, colectiva o política, debe prevalecer contra este objetivo superior.

Esta investigación se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud donde el Título Primero en su Artículo 3º señala que: La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

Capítulo I: Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

Capítulo II: Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; A la prevención y control de problemas de salud.

De acuerdo a la Ley de Acceso a la Información y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en Título Segundo Capítulo I.

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

Capítulo I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Capítulo V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Capítulo VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20: Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 22: El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

Capítulo I: será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.

Capítulo II: será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.

Capítulo III: indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

Capítulo IV: deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Capítulo V: se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de acuerdo al Artículo 28 narra que: Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para ésta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes”.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el Título Sexto Capítulo único.

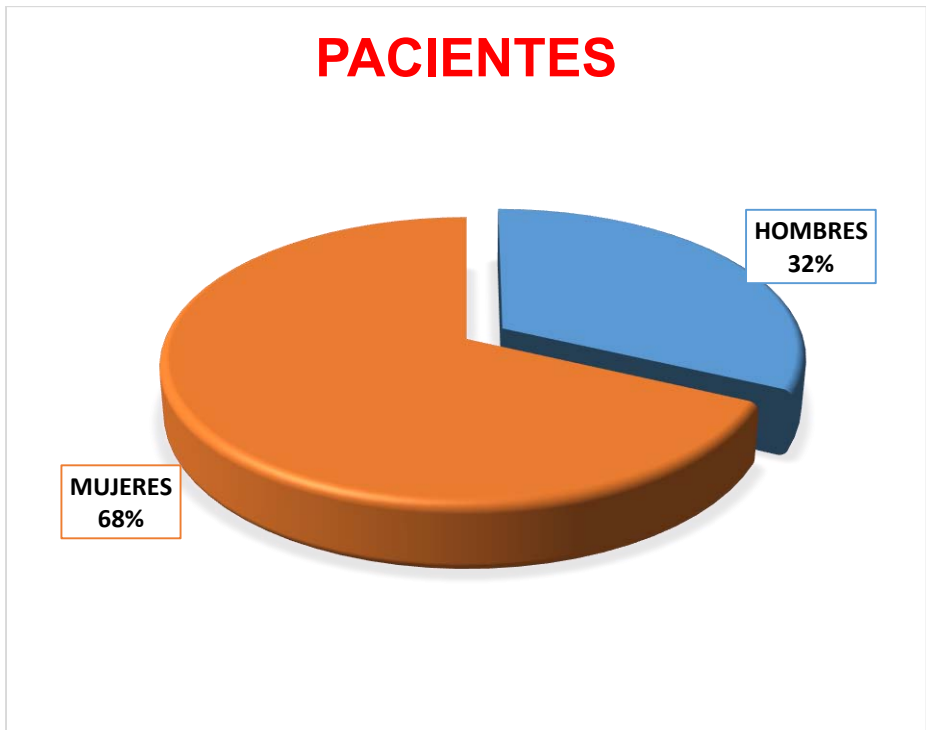
Artículo 113: La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

Artículo 117: El investigador principal seleccionará a los investigadores asociados con la formación académica y experiencia idóneas en las disciplinas científicas que se requieran para participar en el estudio.

Artículo 120: El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de éstas publicaciones a la Dirección de la Institución.

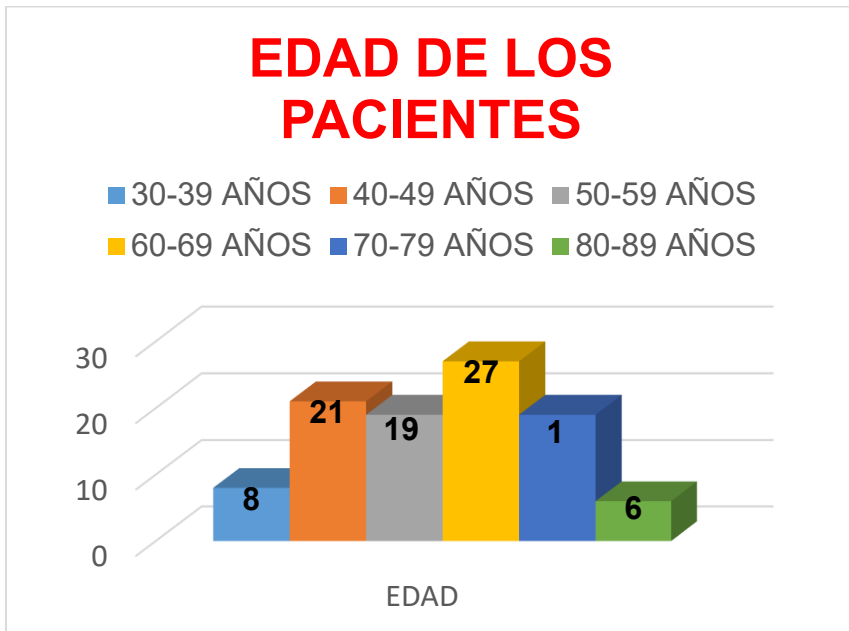
RESULTADOS:

Se analizó una muestra de 100 pacientes de las cuales el 68% correspondieron al género femenino y el 32% restante fue del género masculino (Gráfica 1).



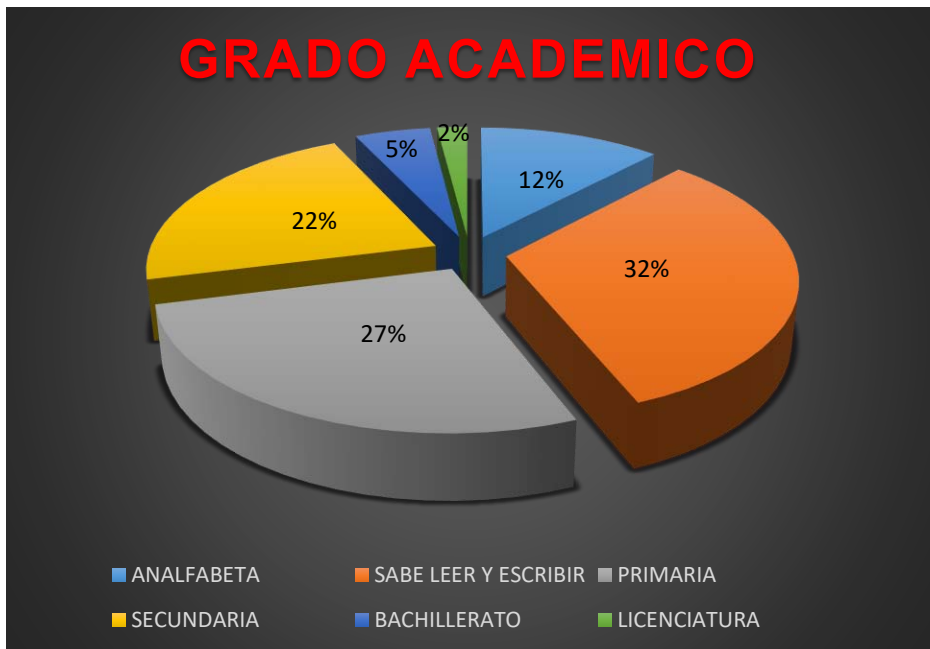
Gráfica 1

En relación a la edad obtuvimos que la mayor participación de nuestros encuestados oscila entre los 60 y 69 años de edad con un 27% y en segundo lugar en participación obtuvimos mayor respuesta entre las edades de los 40 a 49 años de edad en un 21%, los de menor participación fueron los pacientes entre los 80 y 89 años de edad con un 6% (Gráfica 2).



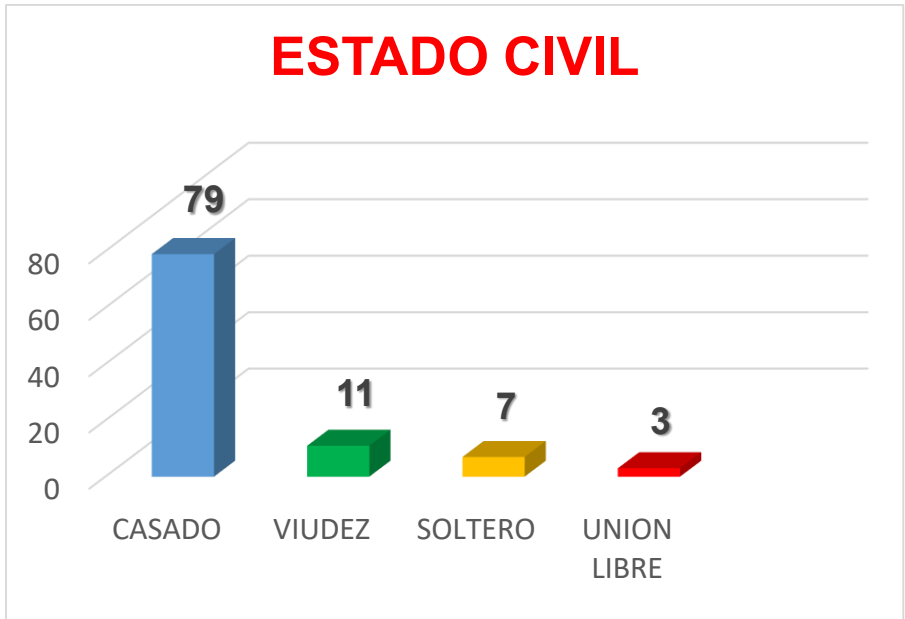
Gráfica 2

Los encuestados con mayor participación en nuestro estudio en relación a su Grado Académico fueron los que saben Leer y Escribir y los que cuentan con Primaria Terminada con un 32% y 27% de participación respectivamente, y los que cuentan con Licenciatura y Bachillerato obtuvimos la menor participación con un 2% y 5% correspondientemente (Gráfica 3).



Gráfica 3

La mayor participación entre nuestros encuestados en cuestión a su Estado Civil la obtuvimos en los Casados en un 79%, mientras que en Unión Libre observamos una participación del 4% (Gráfica 4).



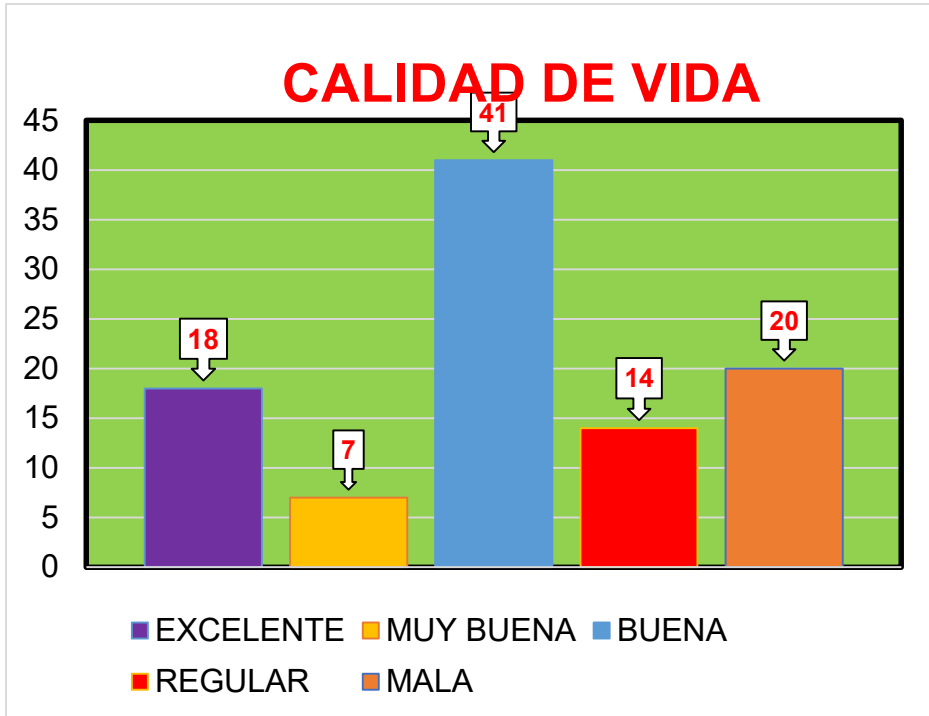
Gráfica 4

Encontramos que dentro de nuestra muestra en el área de su profesionalización los de mayor participación fueron las Amas de casa en un 59% y los de menor participación fueron los Campesinos y Profesionales en un 3% (Gráfica 5).



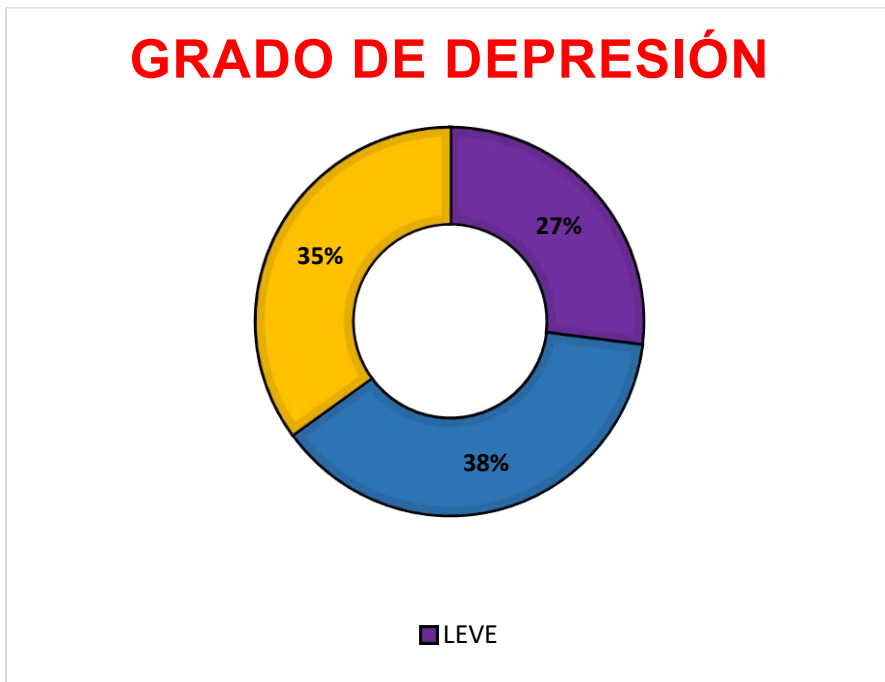
Gráfica 5

Dentro de nuestra muestra en relación con su Calidad de Vida los resultados nos arrojan que se encuentra Buena en un 41%, Mala un 20%, Excelente el 18%, Regular con 14% y solo 7% tienen Muy Buena Calidad de Vida (Gráfica 6).



Gráfica 6

En relación al Grado de Depresión en nuestra muestra obtuvimos que el 38% presenta una Depresión Moderada, Severa con 35% y Leve en el 27% (Gráfica 7).



Gráfica 7

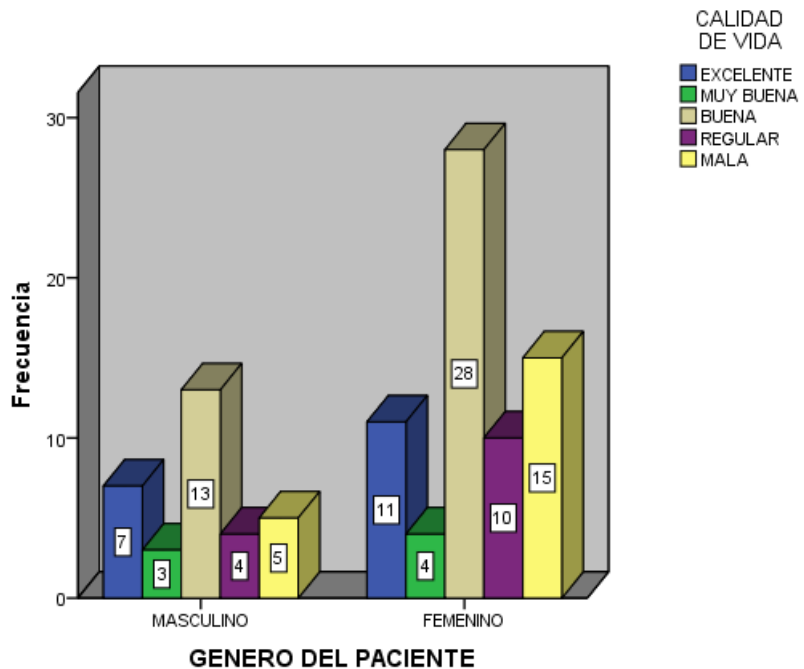
Género y calidad de vida de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

Tabla No. 1

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
GENERO DEL PACIENTE	Masculino	Frecuencia	7	3	13	4	5	32
		% del total	7.0%	3.0%	13.0%	4.0%	5.0%	32.0%
	Femenino	Frecuencia	11	4	28	10	15	68
		% del total	11.0%	4.0%	28.0%	10.0%	15.0%	68.0%
TOTAL	Frecuencia	18	7	41	14	20	100	
	% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0%	

Chi-cuadrado=1.299, gl.= 4, Sig. asintótica = 0.861

La Tabla 1, en referencia al género del paciente encuestado, mayor participación del género femenino en 68%, en comparación con el género masculino con tan solo un 32%.



Gráfica 8

Con respecto al género el Sexo Femenino está representado por un 68% teniendo una Buena Calidad de Vida en un 28%, Mala con 15% y Excelente con un 11% y en lo que se refiere al Sexo Masculino constituido por un 32% quienes cuentan una Calidad de Vida Buena con 13%, Excelente en un 7% y Mala tan solo 5% (Gráfica 8).

**Relación entre edad y calidad de vida de los pacientes adscritos a la
U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.**

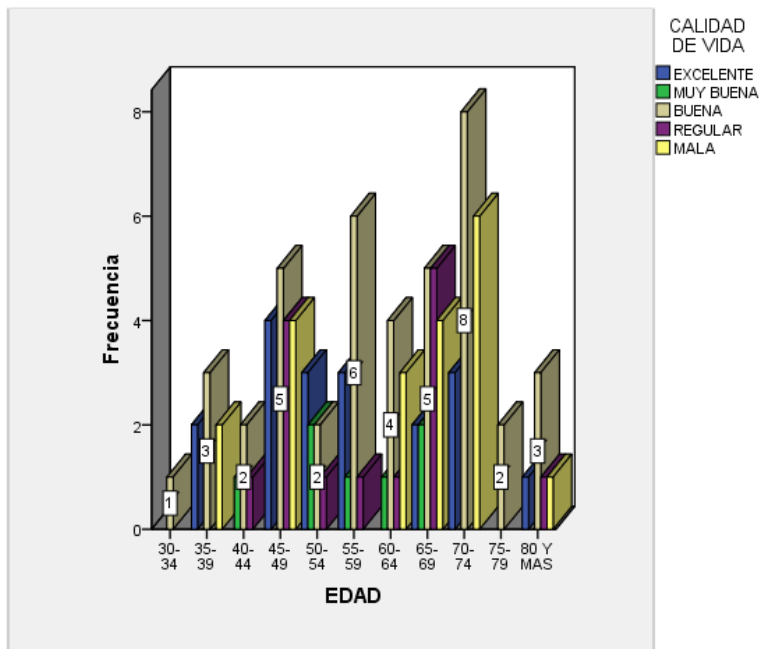
Tabla No. 2

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
EDAD	30-34	Frecuencia			1			1
		% del total			1.0%			1.0%
	35-39	Frecuencia	2		3		2	7
		% del total	2.0%		3.0%		2.0%	7.0%
	40-44	Frecuencia		1	2	1		4
		% del total		1.0%	2.0%	1.0%		4.0%
	45-49	Frecuencia	4		5	4	4	17
		% del total	4.0%		5.0%	4.0%	4.0%	17.0%
	50-54	Frecuencia	3	2	2	1		8
		% del total	3.0%	2.0%	2.0%	1.0%		8.0%
	55-59	Frecuencia	3	1	6	1		11
		% del total	3.0%	1.0%	6.0%	1.0%		11.0%
	60-64	Frecuencia		1	4	1	3	9
		% del total		1.0%	4.0%	1.0%	3.0%	9.0%
	65-69	Frecuencia	2	2	5	5	4	18
		% del total	2.0%	2.0%	5.0%	5.0%	4.0%	18.0%
	70-74	Frecuencia	3		8		6	17
		% del total	3.0%		8.0%		6.0%	17.0%

75-79	Frecuencia			2			2
	% del total			2.0%			2.0%
80 Y MAS	Frecuencia	1		3	1	1	6
	% del total	1.0%		3.0%	1.0%	1.0%	6.0%
TOTAL	Frecuencia	18	7	41	14	20	100
	% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0 %

Chi-cuadrado=37.705, gl.= 40, Sig. asintótica = 0.574

La Tabla 2, nos muestra el rango de edad de los pacientes encuestados, en quienes oscila desde los 30 años a más de 80 años de edad, obteniendo la mayor participación de los encuestados entre las edades de 65 a 69 años de edad en un 18% y con menor participación con 1% entre los 30 y 34 años de edad.



Gráfica 9

Los resultados que nos transmitió la Calidad de Vida en relación a la Edad fue una Calidad de Vida Excelente entre los 45-49 años en 4%; Muy Buena Calidad de Vida entre los 50-54 años en 2%; Buena Calidad de Vida entre los 70-74 años con 8%; Regular Calidad de Vida entre los 65 a 69 años de edad con un 5% y una Mala Calidad de Vida de nueva cuenta entre las edades de 70-74 años con 6% (Gráfica 9).

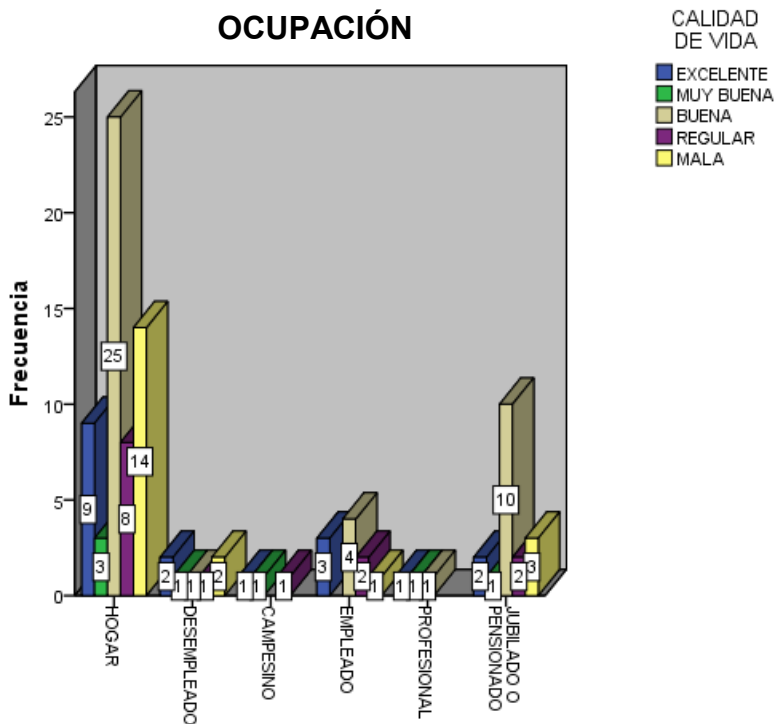
Correlación entre Ocupación y Calidad de Vida de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

Tabla No. 3

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
OCUPACION	HOGAR	Frecuencia	9	3	25	8	14	59
		% del total	9.0%	3.0%	25.0%	8.0%	14.0%	59.0%
	DESEMPLEADO	Frecuencia	2	1	1	1	2	7
		% del total	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	7.0%
	CAMPESINO	Frecuencia	1	1		1		3
		% del total	1.0%	1.0%		1.0%		3.0%
	EMPLEADO	Frecuencia	3		4	2	1	10
		% del total	3.0%		4.0%	2.0%	1.0%	10.0%
	PROFESIONAL	Frecuencia	1	1	1			3
		% del total	1.0%	1.0%	1.0%			3.0%
	JUBILADO O PENSIONADO	Frecuencia	2	1	10	2	3	18
		% del total	2.0%	1.0%	10.0%	2.0%	3.0%	18.0%
TOTAL		Frecuencia	18	7	41	14	20	100
		% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0%

Chi-cuadrado=17.790, gl.= 20, Sig. asintótica = 0.601

La Tabla 3, refleja la ocupación de los pacientes encuestados, donde revela que la mayor participación la obtuvimos de las encargadas del Hogar con un 59%, los Jubilados o Pensionados con un 18%, los Empleados en un 10% y encontramos la menor participación por parte los Campesinos y Profesionales con tan solo un 3%.



Grafica 10

Los resultados obtenidos a nivel de la profesional nos dejan en descubierto que las amas de casa en el Hogar por su mayor participación en un 59% tienen los mayores porcentajes en relación a su Calidad de Vida Excelente, Muy Buena, Buena, Regular y Mala en un 9%, 3%, 25%, 8% y 14% respectivamente.

En relación con los Jubilados muestran una Calidad de Vida Buena, Regular y Mala en un 10%, 2% y 3% equitativamente y por último los de menor participación encontramos a los empleados con una Calidad de Vida Excelente y Regular con un 3% y 2% (Gráfica 10).

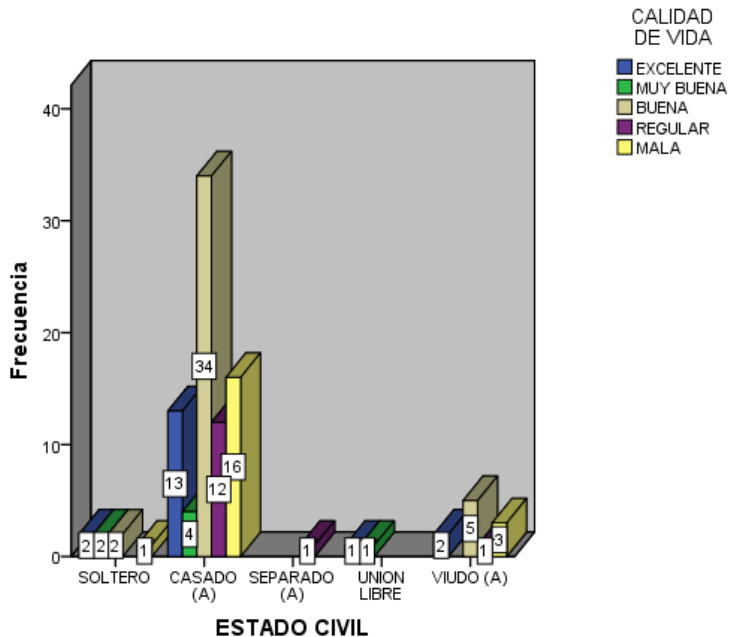
Relación del estado civil y calidad de vida de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

Tabla No. 4

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Frecuencia	2	2	2		1	7
		% del total	2.0%	2.0%	2.0%		1.0%	7.0%
	CASADO (A)	Frecuencia	13	4	34	12	16	79
		% del total	13.0%	4.0%	34.0%	12.0%	16.0%	79.0%
	SEPARADO (A)	Frecuencia				1		1
		% del total				1.0%		1.0%
	UNION LIBRE	Frecuencia	1	1				2
		% del total	1.0%	1.0%				2.0%
	VIUDO (A)	Frecuencia	2		5	1	3	11
		% del total	2.0%		5.0%	1.0%	3.0%	11.0%
	TOTAL	Frecuencia	18	7	41	14	20	100
		% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0%

Chi-cuadrado=22.504, gl.= 16, Sig. asintótica = 0.128

La Tabla 4, nos evidencia el Estado Civil de nuestros encuestados los cuales se encuentran Casados con un 79%, Viudez en el 11%, Solteros tan solo 7%, en Unión Libre con el 2% y 1% se encuentra Separados.



Gráfica 11

Con respecto al Estado Civil en relación de su Calidad de Vida los resultados arrojan una Excelente Calidad de Vida entre los Casados, Solteros y Viudos con un 13%, 2% y 2% respectivamente; en Unión Libre revelan una Muy Buena Calidad de Vida en 1%; los que se encuentran Casados y en la etapa de Viudez mostraron una Buena Calidad de Vida en un 34% y 5% equitativamente.

Las personas Separados con una Regular Calidad de Vida en 1%, y de nueva cuenta los Casados muestran también una Mala Calidad de Vida con un 16%, al igual que los Viudos en un 3% (Gráfica 11).

**Correlación entre grado académico y calidad de vida
de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el
periodo 2015 al 2017.**

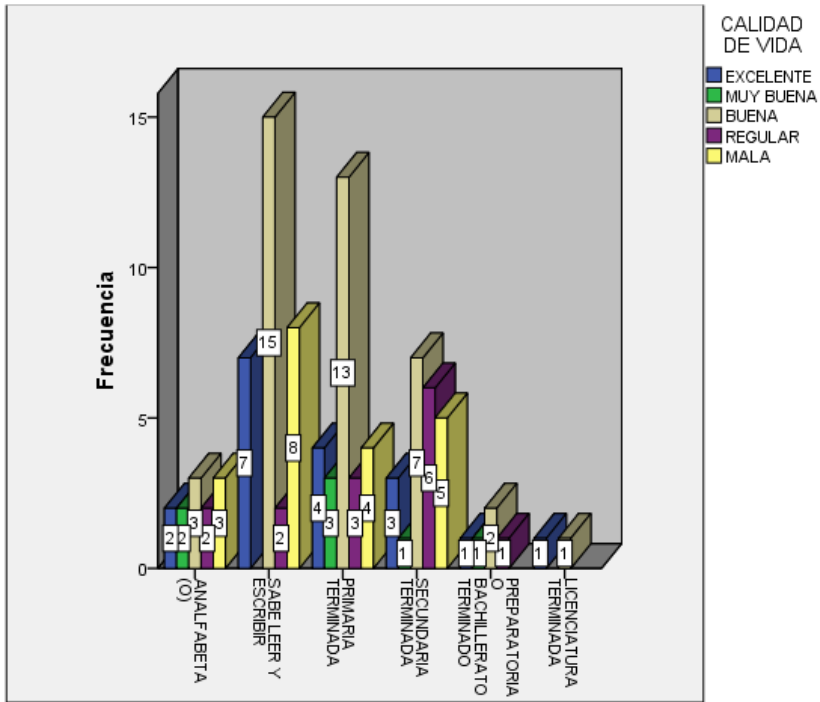
Tabla No. 5

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
GRADO ESCOLAR	ANALFABETA	Frecuencia	2	2	3	2	3	12
	(O)	% del total	2.0%	2.0%	3.0%	2.0%	3.0%	12.0%
	SABE LEER Y ESCRIBIR	Frecuencia	7		15	2	8	32
		% del total	7.0%		15.0%	2.0%	8.0%	32.0%
	PRIMARIA	Frecuencia	4	3	13	3	4	27
	TERMINADA	% del total	4.0%	3.0%	13.0%	3.0%	4.0%	27.0%
	SECUNDARIA	Frecuencia	3	1	7	6	5	22
	TERMINADA	% del total	3.0%	1.0%	7.0%	6.0%	5.0%	22.0%
	PREPARATORI A O BACHILLERATO TERMINADO	Frecuencia	1	1	2	1		5
		% del total	1.0%	1.0%	2.0%	1.0%		5.0%
	LICENCIATURA	Frecuencia	1		1			2
	TERMINADA	% del total	1.0%		1.0%			2.0%
TOTAL		Frecuencia	18	7	41	14	20	100
		% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0%

Chi-cuadrado=16.858, gl.= 20, Sig. asintótica = 0.66

La Tabla 5, nos revela el grado académico de los pacientes encuestados encontrando que el 32% sabe leer y escribir, un 27% cuenta con Primaria Terminada, el 22% de nuestros encuestados tienen Secundaria Terminada, un 5% posee Preparatoria o Bachillerato Terminado, los que cuentan con Licenciatura son tan solo el 5% de los pacientes encuestados y tan solo un 12% es Analfabeta.

GRADO ACADÉMICO



Gráfica 12

De los pacientes encuestados que Saben Leer y Escribir además los que cuentan con Licenciatura Terminada presentaron una Calidad de Vida Excelente en un 7 y 1% respectivamente; los que poseen Bachillerato Terminado muestran una Calidad de Vida Muy Buena al igual que los de Primaria Terminada con un 1% y 3% respectivamente.

Los resultados nos arrojaron que la Calidad de Vida es Buena en las pacientes que solo saben Leer y Escribir en un 15% y en 13% los que tienen Primaria Terminada; los pacientes que poseen Secundaria Terminada mostraron una Regular Calidad de Vida con un 6% y una Mala Calidad de Vida la encontramos entre los que tienen Secundaria Terminada y los que solo saben Leer y Escribir en un 5% y 8% equitativamente (Gráfica 12).

Relación entre grado depresivo y su calidad de vida de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

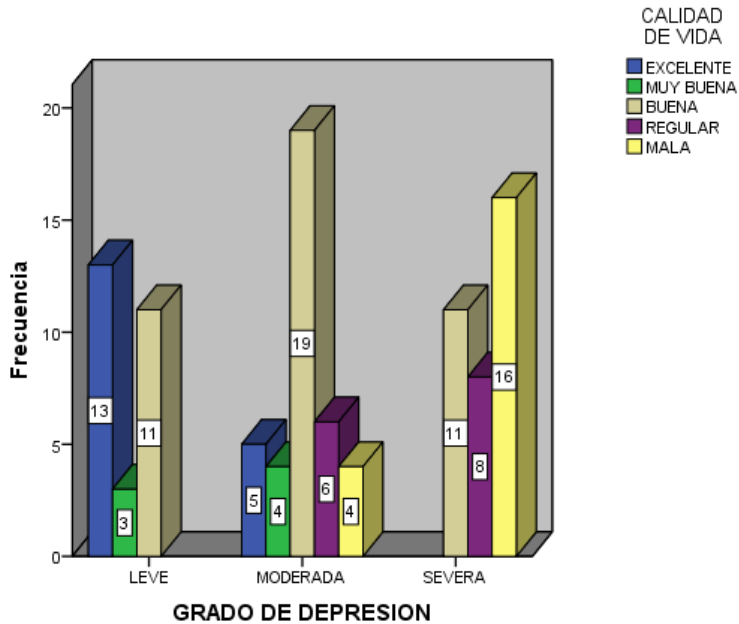
Tabla No. 6

			CALIDAD DE VIDA					TOTAL
			EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	
GRADO DE DEPRESION	LEVE	Frecuencia	13	3	11			27
		% del total	13.0%	3.0%	11.0%			27.0%
	MODERAD A	Frecuencia	5	4	19	6	4	38
		% del total	5.0%	4.0%	19.0%	6.0%	4.0%	38.0%
	SEVERA	Frecuencia			11	8	16	35
		% del total			11.0%	8.0%	16.0%	35.0%
TOTAL	Frecuencia	18	7	41	14	20	100	
	% del total	18.0%	7.0%	41.0%	14.0%	20.0%	100.0%	

Chi-cuadrado=50.244, gl.= 8, Sig. asintótica = 0.000

En la Tabla 6, nos revela el grado de Depresión en relación con su Calidad de Vida de nuestros pacientes encuestados y los resultados obtenidos nos arrojaron que el 13% de los pacientes con una Excelente Calidad de Vida cursan con Depresión Leve.

Que la Depresión Moderadas prevalece en los pacientes con una Calidad de Vida Buena en un 19% y por último encontramos que la Depresión Severa la cursan los pacientes con una Mala Calidad de Vida en el 16% de los encuestados.



Gráfica 13

La Calidad de Vida con respecto al Grado de Depresión los resultados nos arrojaron que los encuestados con una Excelente Calidad de Vida presentan una Depresión Leve en un 13%, en tanto la Depresión Moderada prevaleció con un 19% en el grupo de pacientes cuyas encuestas nos arrojaron una Calidad de Vida Buena y se observó que la Mala Calidad de Vida preponderó en los pacientes con Depresión Severa en el 16% del total de los encuestados (Gráfica 13).

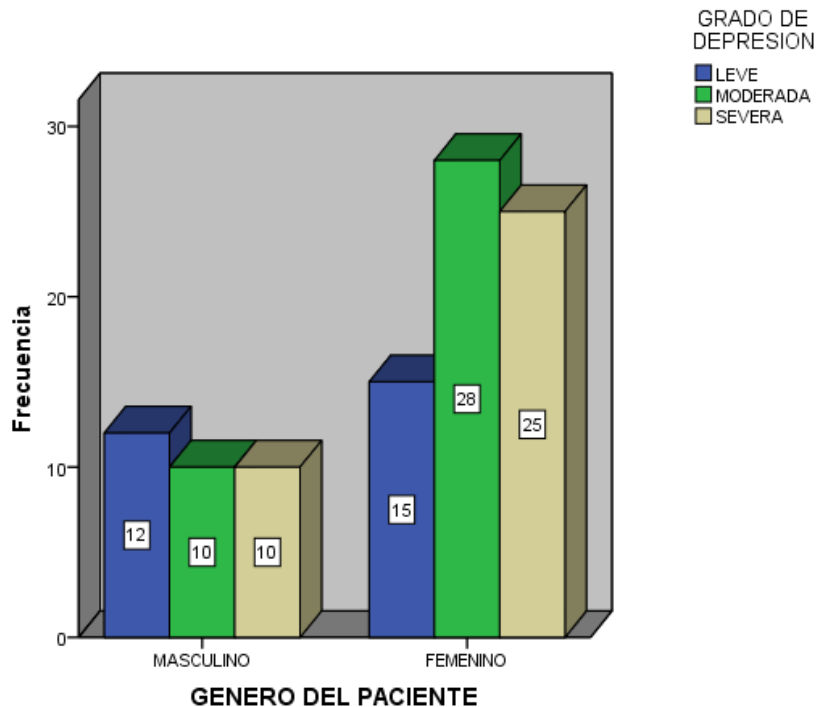
**Género del paciente correlación con el grado de
depresión de los pacientes adscritos a la U. M. F. No.
44, en el periodo 2015 al 2017.**

Tabla No. 7

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
GENERO DEL PACIENTE	MASCULINO	Frecuencia	12	10	10	32
		% del total	12.0%	10.0%	10.0%	32.0%
	FEMENINO	Frecuencia	15	28	25	68
		% del total	15.0%	28.0%	25.0%	68.0%
TOTAL		Frecuencia	27	38	35	100
		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrado=2.675, gl.= 2, Sig. asintótica = 0.263

La Tabla 7, nos muestra el Grado de Depresión con respecto a la sexualidad de los pacientes encuestados, apreciando una mayor participación del sexo femenino en un 68% las cuales muestran predominio de Depresión Moderada en un 28% y se observó que la Depresión Leve preponderó en un 12% entre los pacientes encuestados del género masculino cuya participación fue del 32%.



Gráfica 14

Nuestros resultados arrojaron que las Mujeres con el 68% del total de los pacientes encuestados las cuales mostraron una Depresión Moderada en 28% y una Depresión Severa con 25% y con relación al sexo Masculino representados por el 32% del total de los pacientes encuestados los números nos muestran que presentan una Depresión Leve en el 12% y con un 10% tanto para la Depresión Moderada como para la Depresión Severa (Gráfica 14).

Correlación entre los años de vida y su grado de depresión de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

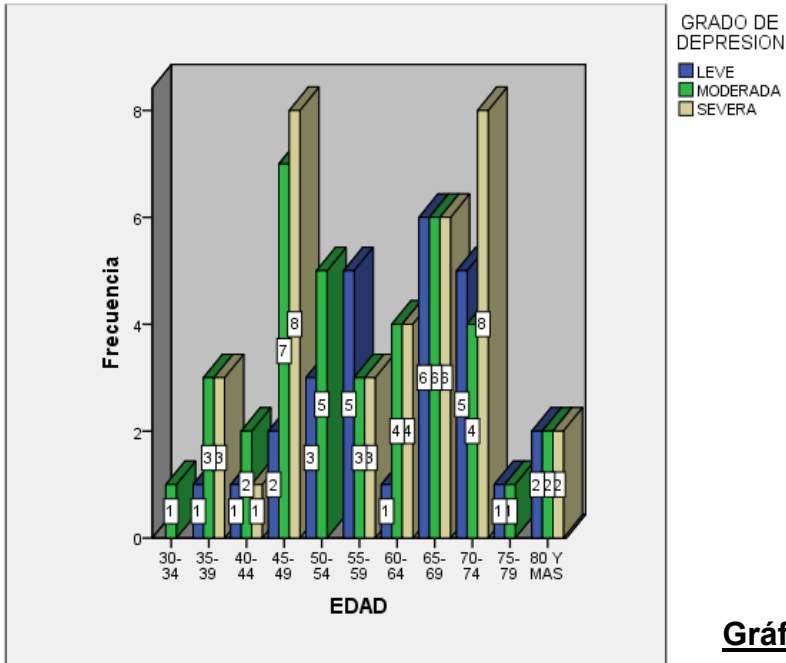
Tabla No. 8

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
EDAD	30-34	Frecuencia		1		1
		% del total		1.0%		1.0%
	35-39	Frecuencia	1	3	3	7
		% del total	1.0%	3.0%	3.0%	7.0%
	40-44	Frecuencia	1	2	1	4
		% del total	1.0%	2.0%	1.0%	4.0%
	45-49	Frecuencia	2	7	8	17
		% del total	2.0%	7.0%	8.0%	17.0%
	50-54	Frecuencia	3	5		8
		% del total	3.0%	5.0%		8.0%
	55-59	Frecuencia	5	3	3	11
		% del total	5.0%	3.0%	3.0%	11.0%
	60-64	Frecuencia	1	4	4	9
		% del total	1.0%	4.0%	4.0%	9.0%
	65-69	Frecuencia	6	6	6	18
		% del total	6.0%	6.0%	6.0%	18.0%
	70-74	Frecuencia	5	4	8	17
		% del total	5.0%	4.0%	8.0%	17.0%
		Frecuencia	1	1		2

	75-79	% del total	1.0%	1.0%		2.0%
	80 Y MAS	Frecuencia	2	2	2	6
		% del total	2.0%	2.0%	2.0%	6.0%
		Frecuencia	27	38	35	100
TOTAL		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrada = 15.531, gl.= 20, Sig. asintótica = 0.745

La Tabla 8, nos revela el rango de edad de los pacientes encuestados, que oscila desde los 30 años a más de 80 años de edad, siendo los de mayor participación entre los 65 a 74 años de edad en un 35% y los de menor participación encontramos los de 30 44 años de edad con 12% del total.



Gráfica 15

En relación al promedio de la edad nuestros resultados arrojaron que existe Depresión Severa entre los 45 a 49 años al igual que en el rango de edades entre los 70 y 74 años con un 8% en ambos grupos de edades; la Depresión Moderada predomina de igual manera entre los 45 a 49 años de edad en un 7% y observamos que entre los 65 a 69 años de edad sobresalió con una Depresión Leve con un 6% del total de los encuestados en este estudio (Gráfica 15).

**Relación entre los oficios y el grado depresivo de los pacientes
adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.**

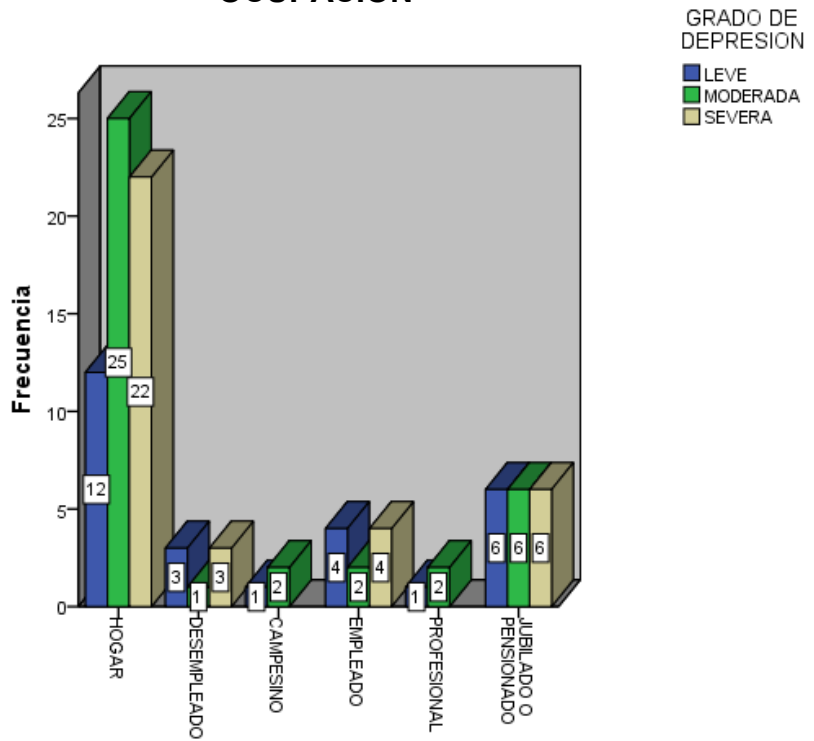
Tabla No. 9

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
OCUPACION	HOGAR	Frecuencia	12	25	22	59
		% del total	12.0%	25.0%	22.0%	59.0%
	DESEMPLEADO	Frecuencia	3	1	3	7
		% del total	3.0%	1.0%	3.0%	7.0%
	CAMPESINO	Frecuencia	1	2		3
		% del total	1.0%	2.0%		3.0%
	EMPLEADO	Frecuencia	4	2	4	10
		% del total	4.0%	2.0%	4.0%	10.0%
	PROFESIONAL	Frecuencia	1	2		3
		% del total	1.0%	2.0%		3.0%
	JUBILADO O PENSIONADO	Frecuencia	6	6	6	18
		% del total	6.0%	6.0%	6.0%	18.0%
TOTAL		Frecuencia	27	38	35	100
		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrado=8.588, gl.= 10, Sig. asintótica = 0.572

Observamos en la Tabla 9, que con respecto a la Profesionalización de los encuestados las encargadas del Hogar presentan una Depresión Moderada en un 25% y un 22% para la Depresión Severa; entre los Empleados los resultados arrojaron una prevalencia del 4% con respecto a su Depresión Leve de igual manera este mismo grupo de profesionales presentaron el mismo porcentaje en relación a la Depresión Severa; por último en lo que se refiere a los Jubilados presentaron en un 6% mismo porcentaje para los tres Grados de Depresión.

OCUPACIÓN



Gráfica 16

En relación a la actividad que desempeñan los encuestados las Ama de Casa revelaron una Depresión Leve, Moderada y Severa del 12%, 25% y 22% respectivamente; los Jubilados o Pensionados en las tres categorías de la Depresión los resultados nos arrojaron un 6% para cada una las categorías; en el grupo de los Empleados las resultas nos mostraron una Depresión Leve y Severa en el 4%; por último en los Desempleados prevaleció en un 3% tanto la Depresión Severa así como la Leve (Gráfica 16).

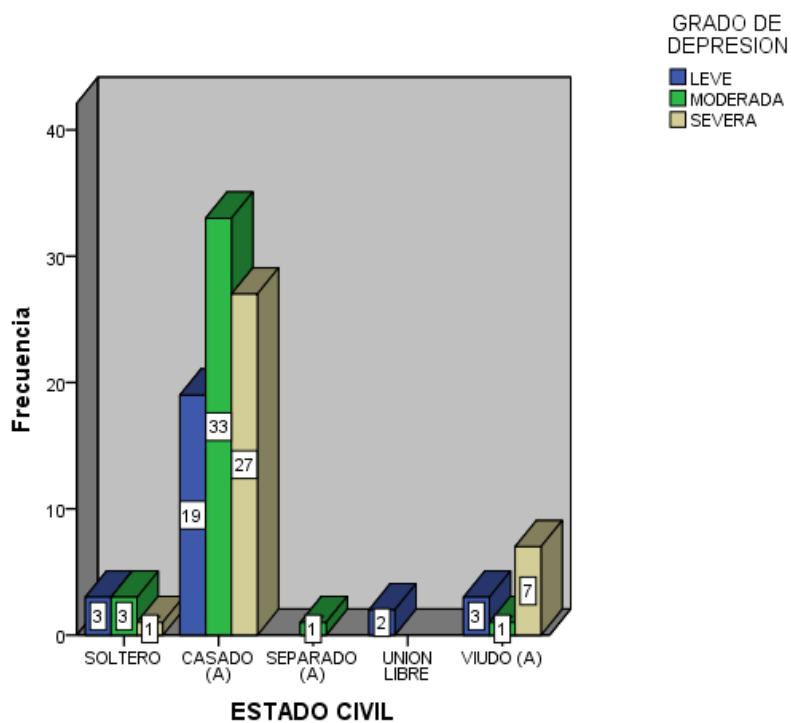
**Relación entre su estado civil y el grado de depresión
de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el
periodo 2015 al 2017.**

Tabla No. 10

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Frecuencia	3	3	1	7
		% del total	3.0%	3.0%	1.0%	7.0%
	CASADO (A)	Frecuencia	19	33	27	79
		% del total	19.0%	33.0%	27.0%	79.0%
	SEPARADO (A)	Frecuencia		1		1
		% del total		1.0%		1.0%
	UNION LIBRE	Frecuencia	2			2
		% del total	2.0%			2.0%
	VIUDO (A)	Frecuencia	3	1	7	11
		% del total	3.0%	1.0%	7.0%	11.0%
TOTAL		Frecuencia	27	38	35	100
		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrado=14.155, gl.= 8, Sig. asintótica = 0.078

La Tabla 10, nos muestra el Grado de Depresión en relación al Estado Civil de los pacientes encuestados encontrando que los Casados con mayor participación en las encuestas con un 79% presentan una Depresión Leve y Moderada en un 19%, 33% respectivamente, de igual forma los Solteros con un 3% presentan de la misma manera Depresión Leve y Moderada, así mismo, en la Viudez predomina la Depresión Severa en 7%.



Gráfica 17

Con respecto al Estado Civil los resultados en relación con la Depresión nuestros resultados mostraron que en los Casados y en la Viudez prevaleció la Depresión Leve en un 19% y 3% respectivamente, mientras que la Depresión Moderada de nueva cuenta entre los casados con un 33% y solo un 3% la presentaron entre Solteros y en la Viudez, por último, encontramos que la Depresión Severa se presenta entre los pacientes encuestados Casados con 27% y en la Viudez con 7% (Gráfica 17).

**Relación entre su Escolaridad y el Grado de
Depresión de los pacientes adscritos a la U. M. F. No.
44, en el periodo 2015 al 2017.**

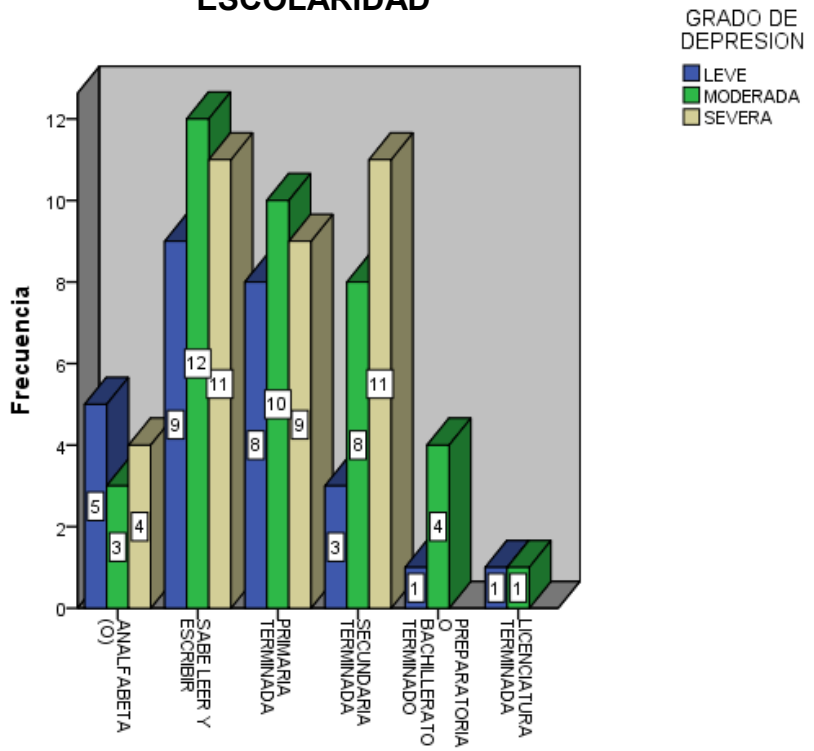
Tabla No. 11

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
GRADO ESCOLAR	ANALFABETA (O)	Frecuencia	5	3	4	12
		% del total	5.0%	3.0%	4.0%	12.0%
	SABE LEER Y ESCRIBIR	Frecuencia	9	12	11	32
		% del total	9.0%	12.0%	11.0%	32.0%
	PRIMARIA TERMINADA	Frecuencia	8	10	9	27
		% del total	8.0%	10.0%	9.0%	27.0%
	SECUNDARIA TERMINADA	Frecuencia	3	8	11	22
		% del total	3.0%	8.0%	11.0%	22.0%
	PREPARATORIA O BACHILLERATO TERMINADO	Frecuencia	1	4		5
		% del total	1.0%	4.0%		5.0%
	LICENCIATURA TERMINADA	Frecuencia	1	1		2
		% del total	1.0%	1.0%		2.0%
TOTAL		Frecuencia	27	38	35	100
		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrado=9.831, gl.= 10, Sig. asintótica = 0.455

En la Tabla 11, se muestra los resultados del Grado de Depresión con respecto a su grado académico de los pacientes encuestados evidenciando que quien sabe Leer y Escribir revelaron una Depresión Leve y Moderada en un 9% y 12% respectivamente, en los encuestados con nivel estudiantil con Primaria Terminada y Secundaria Terminada los resultados mostraron que el Grado de Depresión que prevaleció entre estos fue la Depresión Moderada con un 8% y 4% proporcionalmente, mientras que la Depresión Severa fue del 1% entre los de Bachillerato Terminado y los que cuentan con una Licenciatura Terminada.

ESCOLARIDAD



Gráfica 18

En lo que concierne al estado académico en relación con el Grado de Depresión nuestros resultados mostraron que entre los que saben Leer y escribir presentan una Depresión Moderada y Severa del 12% y 11% equitativamente, entre nuestros encuestados quienes poseen una educación básica (Primaria y Secundaria Terminada) los resultados en relación con su grado de Depresión fueron de Leve en un 11%, Moderada con 18% y Severa el 20%, con relación a los que cuentan con estudios Superiores (Bachillerato y Licenciatura Terminada) sus resultados fueron de una Depresión Leve con 2% y Moderada en un 5% (Gráfica 18).

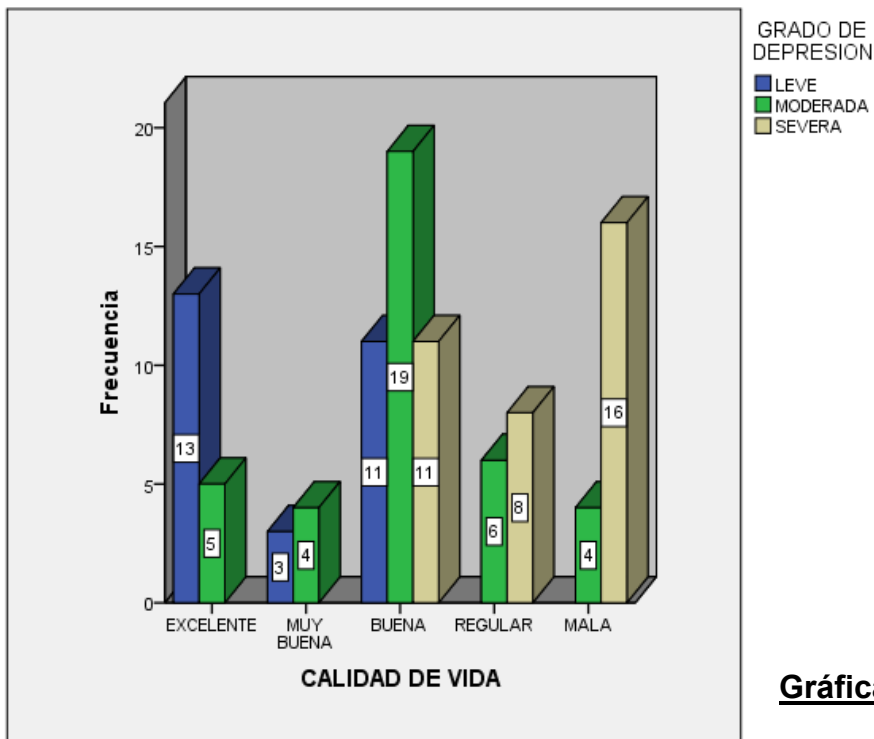
Correlación entre la calidad de vida y el Grado de Depresión de los pacientes adscritos a la U. M. F. No. 44, en el periodo 2015 al 2017.

Tabla No. 12

			GRADO DE DEPRESION			TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	
CALIDAD DE VIDA	EXCELENTE	Frecuencia	13	5		18
		% del total	13.0%	5.0%		18.0%
	MUY BUENA	Frecuencia	3	4		7
		% del total	3.0%	4.0%		7.0%
	BUENA	Frecuencia	11	19	11	41
		% del total	11.0%	19.0%	11.0%	41.0%
	REGULAR	Frecuencia		6	8	14
		% del total		6.0%	8.0%	14.0%
	MALA	Frecuencia		4	16	20
		% del total		4.0%	16.0%	20.0%
TOTAL		Frecuencia	27	38	35	100
		% del total	27.0%	38.0%	35.0%	100.0%

Chi-cuadrado=50.244, gl.= 8, Sig. asintótica = 0.000

En la Tabla 12, apreciamos que la Depresión en relación con la Calidad de Vida dentro de nuestros encuestados revelo que la Depresión Severa se presenta en un 16% en relación con una Mala Calidad de Vida, la Depresión Moderada tiene estrecha correlación con una Buena Calidad de Vida en el 19% de los encuestados y la Depresión Leve se demuestra en un 13% en relación con una Excelente Calidad de Vida.



Gráfica 19

En esta gráfica observamos que existe un Grado de Depresión Severa en el 16% y 11% de los encuestados que mostraron una Mala y Buena Calidad de Vida equitativamente, la Depresión Moderada la apreciamos en nuestros resultados entre los pacientes encuestados con una Buena y Regular Calidad de Vida con un 19% y 6% respectivamente y finalmente apreciamos una Depresión Leve entre los que poseen una Calidad de Vida Excelente en el 13% de los pacientes encuestados (Gráfica 19).

DISCUSIONES:

La Calidad de Vida se define como un estado de bienestar físico, social y emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite a la población adulta satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas, en los que respecta a nuestros resultados mostraron que dentro de los encuestados presentan una Calidad de Vida Excelente del 18%, en comparación con un 13.3% de los participantes en el estudio de Peña et al (2009); con respecto a las características sociodemográficas se conserva la distribución del género, con predominio del sexo femenino en ambos estudios, en el nuestro con un predominio del 68% mientras que en el de Peña et al muestran una prevalencia del 67.4% [20].

Existen múltiples investigaciones que relacionan directamente el grado de Depresión con el deterioro de la Calidad de Vida, coincidiendo nuestro estudio con esa tendencia, ya que nuestros resultados muestran que existe una evidente relación entre una Depresión Severa con un 35% y una Calidad de Vida Mala del 20%, en contraste con el estudio Poblete et al (2015) en el cual sus resultados demostraron que puede existir una Depresión Severa en el 16.6% de sus encuestados, en contraste sus resultados arrojaron que sus investigados revelan una Óptima Calidad de Vida del 71.21% [21].

A diario resulta interesante poder observar que el envejecimiento de la población a nivel mundial va en aumento, y esto ha despertado el interés por conocer más de cerca las emociones como también la calidad de vida de las personas adultas, el objetivo de nuestro estudio fue identificar la calidad de vida de los pacientes con depresión adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 44, los resultados evidenciaron que existe una relación negativa y altamente significativa entre la depresión y la calidad de vida, encontrando que los mayores niveles de depresión los apreciamos entre los pacientes encuestados en rango de edades entre los 65 a 74 años de edad, representando un 35% de nuestros participantes, siendo la misma tendencia en cuestión con la edad de entre los 66 a 75 años de edad representando el 41% de los encuestados del estudio Bartra et al (2013) [22].

CONCLUSIONES:

La población de la Clínica de Medicina Familiar No. 44 del IMSS que cuenta con un diagnóstico de Depresión por lo general acude con síntomas que somatizan, los cuáles en la mayoría de las veces estos síntomas se relaciona con su estado de ánimo.

Al relacionar Calidad de Vida y grado de Depresión nos encontramos que los pacientes con una Calidad de Vida Excelente muestran un grado de Depresión Leve, mientras que aquellos que revelan una Mala Calidad de Vida cursan con una Depresión Severa, con lo que evidenciamos que al haber una mejoría en su Calidad de Vida esta mejoría se refleja en un menor grado de Depresión.

Sugerimos que el diagnóstico oportuno de la Depresión en cualquiera de sus etapas, ayudaría de manera considerable a mejorar la Calidad de Vida, considerando que el apoyo integral de su familia como un agente motivador en un papel activo, dinámico y participativo dentro de la vida del mismo paciente.

Podemos considerar seguir evaluando la Calidad de Vida de los pacientes en relación a su Funcionalidad Familiar, en búsqueda de encontrar una red de apoyo más sólida en su entorno social para ver más favorecida su Calidad de Vida y con ello poder lograr que los pacientes que en la actualidad poseen una Calidad de Vida Regular y Mala puedan gozar de una Buena Calidad de Vida en un futuro.

Es de relevante importancia mencionar que los pacientes mayores de 65 años de edad presentan con mayor predominio el diagnóstico en Depresión, por lo que consideramos que debemos poner mayor atención y énfasis en su diagnóstico, ya que una vez establecido el mismo podemos influir de manera positiva con respecto a su Calidad de Vida en el entorno que lo rodea.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guía clínica para el manejo de la depresión. 2010.
- 2.- Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo. 2010.
- 3.- Hall RV. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Serie de Actualización Profesional. Costa Rica; 2003.
- 4.- Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Rev Medigraphic 2004; 6 (3): 61-63.
- 5.- Campos ZM, Hernández VC, Sotolongo GY, Oliva SR. La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. Rev Med Elect 2008; 30 (5): 1 – 8.
- 6.- Navas OW. Depresión, el Trastorno Psiquiátrico más frecuente en la vejez. Rev Med De Costa Rica 2013; 70 (607): 495 – 501.
- 7.- Bogaert GH. La depresión: Etiología y Tratamiento. Ciencia y sociedad 2012; 37 (2): 182 – 197.
- 8.- Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Velázquez VC. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11): 1 – 6.
- 9.- Ledesma TL, Medrano EO, Rodríguez HC, Meneses LO, Valencia GF, Hernández SM. Cambios afectivos, de personalidad y funcionales en pacientes con depresión resistente sometidos a estimulación cerebral profunda. Rev Psiquis Méx 2014; 23 (2): 30 – 36.

- 10.- Adams S, Miller K, Zylstra R. Pharmacologic Management of Adult Depression. *Ame Fam Phys* 2008; 77 (6): 785 – 792.
- 11.- Rupke S, Blecke D, Renfrow M. Cognitive Therapy for Depression. *Ame Fam Phys* 2006; 73 (1): 83 – 86.
- 12.- Freedy J, Carek P, Diaz V, Thiedke C. Integrating Cognitive Behavioral Therapy into the Management of Depression. *Ame Fam Phys* 2012; 85 (7): 686 – 687.
- 13.- Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Sal Pub Méx* 2002; 44 (4): 349 – 361.
- 14.- Moreno JB, et al. Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid; 1996.
- 15.- Botero DB, Pico MM. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 years of age: A Theoretical Approach. *Hacia la Promoción de la Salud* 2007; 12: 11 – 24.
- 16.- Nava GM. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Rev Medigraphic* 2010; 11 (3): 129 – 137.
- 17.- Urzua MA, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psiq* 2012; 30 (1): 61 – 71.
- 18.- Zuñiga M, Carrillo JG, Fos P, Gandek B, Medina MM. Evaluación del Estado de Salud con la encuesta SF – 36: Resultados preliminares en México. *Sal Pub Mex* 1999; 41 (2): 61 – 71.

- 19.- Beltrán MC, Freyre MA, Hernández GL. The Beck Depression Inventory: Its validity in a population. *Terapia Psicológica* 2012; 30 (1): 5 – 13.
- 20.- Peña PB, Terán TM, Moreno AF, Bazán CM. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14 (2): 53 – 61.
- 21.- Poblete VF, Matus CA, Díaz SE, Vidal SP, Ayala GM. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM* 2015; 16 (2): 71 – 77.
- 22.- Bartra A, Carranza R. The XXI century disease and quality of life in older adults in Tarapoto. *Revista Apuntes Universitarios* 2013; 3 (1): 141 – 154.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Marzo/15	Abril/15	Mayo/15	Junio/15	Julio/15	Agosto/15	Septiembre/15	Octubre/15	Nov 15 – Sept 16	Oct 16 – Feb 17	Marzo – Mayo 17	Junio – Agosto 17	Sept – Nov 17
Elección del Tema.	X	X											
Elaboración del Protocolo.	X	X	X	X									
Presentación ante el Comité.					X								
Registro ante el CIRELSIS.					X								
Modificación de acuerdo al Comité.					X								
Revisión Bibliográfica.					X	X	X	X					

Aplicación de las Encuestas.									X				
Resultados.										X			
Análisis de Datos.											X		
Discusión.												X	
Presentación ante el Comité.													X

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 44.
TEPUXTEPEC MICHOACAN

Tepuxtepec Michoacán. A _____ de _____ del _____

Por medio de la presente yo _____

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACION ADULTA CON DEPRESION ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 44”** registrado ante el Comité Local de Investigación 1603, con el número _____

Justificación: La calidad de vida es la sensación de estar bien o mal. Mientras que la Depresión es una alteración del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos; tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.

El objetivo Identificar la Calidad de Vida de los pacientes con Depresión adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 44.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre la relación entre la calidad de vida y mi depresión, datos personales como mi nombre, número de seguridad social, la edad que tengo, a que me dedico, donde radico, hasta qué grado estudio y estado civil. El contestar estas preguntas me llevara 30 minutos.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado de los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas y no incluye ninguna intervención. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad es contestar algunas preguntas de la intimidad de mi familia.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio es si mi calidad de vida influye directa o indirectamente en mi estado depresivo, buscando alternativas para superar mi estado depresivo en el menor tiempo posible y con el uso mínimo consumo de medicamentos y a la dosis mínima necesaria, para mejora de mi desempeño en la vida cotidiana.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento para mi problema en caso de que mi calidad de vida se encuentra en riesgo para mi vida.

Participación o retiro: He sido informado que puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo Retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: Dr. Jesús Rodrigo Lemus Barajas Tel: 4431419076

Investigador asociado: Dr. Edgardo Hurtado Rodríguez Tel: 4525243731

Investigador asociado: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1603

Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1603 al teléfono 452 524 3731.

O bien a:

Comisión de Ética de Investigación de la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores México, D.F., CP 06720.

Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable.

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO II

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- Nombre del Paciente: _____

2.- Edad _____ Años.

3.- Número de Seguridad Social: _____

4.- Género:

a) Masculino _____ b) Femenino _____

5.- Escolaridad:

a) Analfabeta. b) Sabe Leer y Escribir.

c) Primaria Terminada. d) Secundaria Terminada.

e) Preparatoria o Bachillerato Terminado.

f) Licenciatura Terminada.

6.- Ocupación:

a) Hogar. b) Desempleado. c) Campesino.

d) Obrero. e) Empleado.

f) Profesional. g) Jubilado o Pensionado.

7.- Estado Civil:

a) Soltero. b) Casado (a). c) Divorciado (a).

d) Separado(a). e) Unión Libre. F) Viudo (a).

8.- Lugar de Residencia: _____

9.- Acude a sus citas con su Médico Familiar:

a) Si _____ b) No _____

c) Ocasional _____

ANEXO III

CRITERIOS DIAGNOSTICO DE LA CIE – 10

Criterios Primarios:

- Humor deprimido.
- Disminución del interés y el placer para el disfrute.
- Disminución de la actividad.
- Cansancio exagerado.

Criterios Secundarios:

- Alteración del apetito y el peso.
- Insomnio o Hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz.
- Pérdida de energía.
- Dificultades para concentrarse.
- Dificultades para tomar decisiones.
- Pensamiento de muerte o ideación suicida.
- Sentimiento de culpabilidad.

Clasificación de Depresión:

Leve: Cuando hay por lo menos dos criterios primarios, por lo menos dos criterios secundarios, los síntomas no son severos y la duración de la sintomatología es de por lo menos dos semanas.

Moderada: Cuando hay por lo menos dos criterios primarios, por lo menos tres o cuatro secundarios, puede haber algún síntoma severo y la duración de la sintomatología es de por lo menos dos semanas.

Severa: Cuando hay por lo menos tres criterios primarios, por lo menos cuatro secundarios, todos los síntomas son severos y la duración de la sintomatología es de más de dos semanas.

ANEXO IV

INSTRUMENTO SF – 36

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1.- Excelente. 2.- Muy buena. 3.- Buena.
- 4.- Regular. 5.- Mala.

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1.- Mucho mejor ahora que hace un año.
- 2.- Algo mejor ahora que hace un año.
- 3.- Más o menos igual que hace un año.
- 4.- Algo peor ahora que hace un año.
- 5.- Mucho peor ahora que hace un año.

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1.- Sí, me limita mucho. 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada.

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1.- Sí, me limita mucho.
- 2.- Sí, me limita un poco.
- 3.- No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1.- Sí.
- 2.- No.

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1.- Sí.
- 2.- No.

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1.- Sí.

2.- No.

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1.- Sí.

2.- No.

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí.

2.- No.

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí.

2.- No.

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1.- Sí.

2.- No.

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1.- Nada.
- 2.- Un poco.
- 3.- Regular.
- 4.- Bastante.
- 5.- Mucho.

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1.- No, ninguno.
- 2.- Sí, muy poco.
- 3.- Sí, un poco.
- 4.- Sí, moderado
- 5.- Sí, mucho.
- 6.- Sí, muchísimo.

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1.- Nada.
- 2.- Un poco.
- 3.- Regular.
- 4.- Bastante.
- 5.- Mucho.

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1.- Siempre.
- 2.- Casi siempre.
- 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces.
- 5.- Sólo alguna vez.
- 6.- Nunca.

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1.- Siempre. 2.- Casi siempre. 3.- Muchas veces.
- 4.- Algunas veces. 5.- Sólo alguna vez. 6.- Nunca.

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1.- Siempre.
- 2.- Casi siempre.
- 3.- Algunas veces.
- 4.- Sólo alguna vez.
- 5.- Nunca.

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1.- Siempre.
- 2.- Casi siempre.
- 3.- Algunas veces.
- 4.- Sólo alguna vez.

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1.- Siempre.
- 2.- Casi siempre.
- 3.- Algunas veces.
- 4.- Sólo alguna vez.
- 5.- Nunca.

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1.- Totalmente cierta.
- 2.- Bastante cierta.
- 3.- No lo sé.
- 4.- Bastante falsa.
- 5.- Totalmente falsa.

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1.- Totalmente cierta. 2.- Bastante cierta.

3.- No lo sé. 4.- Bastante falsa.

5.- Totalmente falsa.

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1.- Totalmente cierta. 2.- Bastante cierta.

3.- No lo sé. 4.- Bastante falsa

5.- Totalmente falsa.

36. Mi salud es excelente.

1.- Totalmente cierta. 2.- Bastante cierta.

3.- No lo sé. 4.- Bastante falsa.

5.- Totalmente falsa.

Asignación de puntaje. Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican en 10 preguntas, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 24 puntos (Mala Calidad de Vida), 25-49 puntos (Regular Calidad de Vida), 50-74 puntos (Buena Calidad de Vida), 75-99 puntos (Muy Buena Calidad de Vida) y 100 puntos (Excelente Calidad de Vida).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

ANEXO V

Nombre _____ Estado Civil _____
Edad _____ Ocupación _____
Educación _____ Fecha _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego, elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 y el ítem 18.

1.- Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2.- Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo

2 No espero que las cosas funcionen para mí

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puedo empeorar

3.- Fracaso

0 No me siento como un fracasado

1 He fracasado más de lo que hubiera debido

2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos

3 Siento que como persona soy un fracaso total

4.- Pérdida de placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5.- Sentimientos de culpa

0 No me siento particularmente culpable

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

3 Me siento culpable todo el tiempo

6.- Sentimientos de castigo

0 No siento que estoy siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

7.- Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre

1 He perdido la confianza en mí mismo

2 Estoy decepcionado conmigo mismo

3 No me gusto a mí mismo

8.- Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me cupo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9.- Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 3 Querría matarme
- 4 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10.- Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

11.- Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12.- Pérdida de interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas

3 Me es difícil interesarme por algo

13.- Indecisión

0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucho más dificultad que antes por tomar decisiones

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14.- Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros

3 Siento que no valgo nada

15.- Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

16.- Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

- 1a Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.- Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

18.- Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en lo absoluto

3b Quiero comer todo el tiempo

19.- Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20.- Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21.- Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo