



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL ZACATECAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
“DR. EMILIO VARELA LUJÁN”**

TESIS

**“MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A
DEPRESIÓN DEL CÓNYUGE”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. PEDRO WALLE SERRANO

ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS DE BASE DEL IMSS

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A
DEPRESIÓN DEL CÓNYUGE”**

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

PRESENTA

DR. PEDRO WALLE SERRANO

AUTORIZACIONES

DR. GERARDO MANUEL SAUCEDA MUÑOZ
JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

DRA. SOL MARÍA QUIRARTE BAEZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR METODOLÓGICO

DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. GILBERTO FLORES HERNÁNDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, ZACATECAS

DRA. GLADYS MARLENE GARCÍA PACHECO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DRA. JULIETA MARTÍNEZ PINEDO
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO FAMILIAR

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020

**“MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A
DEPRESIÓN DEL CÓNNYUGE”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. PEDRO WALLE SERRANO

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN 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

COORDINACIÓN DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ZACATECAS, ZACATECAS

FEBRERO 2020

Índice	Páginas
1. Resumen estructurado	1
1.1 Abstract	2
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del problema	16
4. Pregunta de investigación	17
5. Justificación	17
6. Objetivo de la investigación	17
6.1 Objetivo general	17
6.2 Objetivos específicos	18
7. Hipótesis general de trabajo	18
7.1 Hipótesis nula	18
7.2 Hipótesis alterna	18
8. Material y métodos	18
8.1 Tipo de diseño	18
8.2 Eje de estudio	18
8.3 Universo de estudio	19
8.4 Población de estudio	19
8.5 Lugar de estudio	19
8.6 Tiempo de realización de estudio	19
8.7 Diseño muestral	19
8.8 Criterios de selección de la población	20
8.8.1 Criterios de inclusión	20
9. Variables de Estudio	21

9.1 Variables dependientes	21
9.2 Variables intervinientes	21
9.3 Variables universales	21
9.4 Variables independientes	21
10. Definición operacional de las variables	21
11. Procedimiento de recolección de la información	26
12. Flujograma	29
13. Consideraciones éticas	30
14. Análisis estadístico	30
15. Recursos utilizados	31
15.1 Recursos humanos	31
15.2 Recursos materiales	31
15.3 Recursos financieros	32
16. Resultados	33
17. Discusión	42
18. Conclusiones	44
19. Perspectivas del estudio	45
19.1.- Clínicas	45
19.2.- Metodológicas	45
20. Conflicto de intereses	45
21. Agradecimientos	45

22. Anexos	46
22.1 Carta de consentimiento informado	46
22.2 Instrumento de recolección de la información	48
22.3 Acta de dictamen	58
23. Bibliografía	59

1.- RESUMEN ESTRUCTURADO

“MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A DEPRESIÓN DEL CÓNYUGE”

Walle-Serrano Pedro,¹ Martínez-Caldera Eduardo,² Martínez-Pinedo Julieta,³

¹ Alumno del Curso de Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 39, IMSS Tabasco, Zacatecas.

² Coordinación Auxiliar Médico de Investigación en Salud. Delegación Estatal IMSS, Zacatecas.

³ Médico Familiar. Profesora Titular del Curso de Especialización de Medicina Familiar para Médicos de Base del IMSS. Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Zacatecas, Zac.

Introducción: La migración masculina en el Estado de Zacatecas es un fenómeno social que ocasiona, además del abandono físico y emocional del padre hacia los hijos, ruptura temporal o permanente del subsistema conyugal. Ante esta realidad, es la mujer quien en la gran mayoría de las veces es la que se queda a cargo de la familia y responsabiliza del núcleo familiar, con todo lo que ello conlleva sobre todo el no desarrollo de las funciones vitales de este subsistema como lo son el no ejercicio de la sexualidad, de afecto, de comunicación e inclusive de reproducción lo que ocasiona incremento en el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad o depresión.

Objetivo general: Identificar la relación que existe entre la depresión del cónyuge y la migración masculina en la población de la localidad de Tabasco, Zacatecas

Material y métodos: Estudio transversal prospectivo que se realizó de marzo a agosto del año 2018 en un tamaño de la muestra de 77 personas (Fórmula de estimación de proporciones para población: Nivel de Confianza al 95%) del sexo femenino, de cualquier edad, adscritas o no a la Unidad de Medicina Familiar No. 39, con núcleo familiar desintegrado debido a migración masculina hacia Estados Unidos de América u otra parte del país, en un periodo mayor de dos meses, y que radiquen en la Localidad de Tabasco, Zacatecas, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por cuota. Se excluyó a aquella población de estudio que mediante carta de consentimiento informado no aceptaron participar en el estudio, o en tratamiento farmacológico antidepresivo por más de tres semanas, y en aquellos que consumían drogas estimulantes ilegales. Se eliminaron cuestionarios incompletos. Se indagaron características socioeconómicas, grado de depresión (Hamilton), estructura, desarrollo, tipología y ciclo vital de la familia y otras posibles causas relacionadas con depresión. Análisis estadístico en SPSS® v.25 en español. Se efectuó análisis estadístico univariado en SPSS versión 25® en español con estadística descriptiva de tendencia central y de dispersión, RM de prevalencia, NC 95% y valor $p \leq 0.05$. Resultados en cuadros y gráficos.

Resultados: Con base a las características sociodemográficas encontramos lo siguiente: Se reportó un 47% de mujeres no deprimidas, con depresión menor un 32%, depresión moderada 16% y depresión severa 5%. El promedio de edad fue de 31.7 ± 7.8 años, moda 29 años y una mediana de 31 años, con rangos de edad de 20 a 47 años, predominando el grupo de edad de 25 a 29 años. El 92% casadas y 8% unión libre. El nivel socioeconómico fue medio bajo en un 51%, obrero en un 45% y medio alto 4%. Por tiempo de migración se presentó en mayor porcentaje 2 años 23%, 1 año 19%, < 1 año 16% y 3 años con un 12% y en menor porcentaje 9 años con un 1%. Se encontró un mayor porcentaje de depresión en estructura familiar nuclear simple 28 casos, en menor porcentaje en estructura familiar nuclear 7 casos.

Conclusiones: Como resultado de la investigación estadística presentada, es posible concluir que existe una asociación entre el trastorno depresivo y el cónyuge del migrante, esto debido a varios factores, principalmente el aumento de responsabilidades en la mujer, el tener hijos en edad de dependencia, el nivel socioeconómico bajo y una edad mayor de 30 años del cónyuge del migrante.

Palabras clave: migración masculina, causas relacionadas, depresión, subsistema conyugal.

1.1. - ABSTRACT

“MALE MIGRATION AS A CAUSE RELATED TO DEPRESSION OF THE SPOUSE”

Walle-Serrano Pedro,¹ Martínez-Caldera Eduardo,² Martínez-Pinedo Julieta,³

¹ Student of the Specialty Course in Family Medicine, Family Medicine Unit No. 39, IMSS Tabasco, Zacatecas.

² Medical Auxiliary Coordination of Health Research. State Delegation IMSS, Zacatecas

³ Family Doctor. Tenured Professor of the Specialization Course in Family Medicine for Basic Physicians of the IMSS. General Hospital of Zone No. 1, IMSS, Zacatecas, Zac.

Introduction: Male migration in the State of Zacatecas is a social phenomenon that causes, in addition to the physical and emotional abandonment of the father to the children, temporary or permanent rupture of the conjugal subsystem. Faced with this reality, it is the woman who in most cases is the one in charge of the family and responsible for the family, with all that this entails, especially the non-development of the vital functions of this subsystem. They are the non-exercise of sexuality, of affection, of communication and even of reproduction, which causes an increase in the risk of developing anxiety or depression disorders.

General objective: To identify the relationship that exists between the depression of the spouse and the male migration in the population of the town of Tabasco, Zacatecas.

Material and methods: Estimation formula of the proportions for the population: Confidence level at 95%) of the female sex, of any age, Not with the Family Medicine Unit No. 39, with the family nucleus due to a male migration towards the United States of America to another part of the country, in a greater period of two months, and that they reside in the Locality of Tabasco, Zacatecas, selected by non-probabilistic sampling by quota. We excluded a study population that by means of a consensual relationship was not accepted participated in the study, in pharmacological treatment, antidepressant for more than three weeks, and in the consumers of illegal drugs. Incomplete questionnaires were eliminated. Socioeconomic characteristics, degree of depression (Hamilton), structure, development, typology and life cycle of the family and other possible causes related to depression were investigated. Statistical analysis in SPSS® v.25 in Spanish. A univariate statistical analysis was performed in SPSS version 25® in Spanish with descriptive statistics of central tendency and dispersion, prevalence MR, 95% NC and p value ≤ 0.05. Results in charts and graphs.

Results: Based on sociodemographic characteristics, we found the following: 47% of non-depressed women were reported, with minor depression 32%, moderate depression 16% and severe depression 5%. The average age was 31.7 ± 7.8 years, fashion 29 years and a median of 31 years, with age ranges of 20 to 47 years, with the age group of 25 to 29 years predominating. 92% married and 8% free union. The socioeconomic level was medium low by 51%, worker by 45% and medium high by 4%. By migration time, the highest percentage was 2 years, 23%, 1 year, 19%, <1 year, 16% and 3 years with 12% and in a lower percentage, 9 years with 1%. A higher percentage of depression in simple nuclear family structure was found in 28 cases, in a lower percentage in nuclear family structure 7 cases.

Conclusions: As a result of the statistical research, it is possible to conclude that there is an association between the depressive disorder and the migrant's spouse, this is due to several factors, mainly the increase of responsibilities in the woman, having children in the dependency age, the low socioeconomic level and an age older than 30 years of the spouse of the migrant.

Keywords: male migration, related causes, depression, conjugal subsystem.

2.- MARCO TEÓRICO

Definición de depresión:

La depresión se manifiesta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, 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 y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.¹

Epidemiología:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimaba que para el año 2000, alrededor de 400 millones de personas en el mundo presentarían algún trastorno mental o neurológico, o algún problema psico-social relacionado con el consumo de drogas. Se estima que para el año 2020 habrá un incremento del 10.5% en los trastornos psiquiátricos y neurológicos.²

En la actualidad el trastorno de depresión ocupa el cuarto lugar y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo en cuanto a discapacidad solo por debajo de los problemas cardiacos.³

En el mes de marzo del año 2017, se publicó que la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial es la depresión. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, existen más de 300 millones de personas que viven con esta patología. En el año 2015 en el continente americano, alrededor de 50 millones de personas padecían depresión, esto es, aproximadamente el 5% de la población.²

Diversas estadísticas señalan una mayor prevalencia en el sexo femenino, entre 1.3% y 12.7% en el caso de los hombres y entre 2.4% y 25.8% en el caso de las mujeres, además de que es más frecuente en el grupo de edad de entre 30 a 59 años.³

Factores de riesgo

La depresión es una patología que al igual que en los países más desarrollados también se encuentra en países en vías de desarrollo en las zonas rurales. Así lo demuestra un estudio donde se evalúan las propiedades psicométricas en mujeres de una zona rural de alta marginación.⁴ En otro estudio se encontró una prevalencia similar de depresión entre mujeres de una zona rural mexicana y lo observado en otras poblaciones no mexicanas.⁵

Regier y cols., señalan que la depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento, que afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, y cuyo riesgo de enfermar es de 2 a 3 veces mayor cuando existe una historia familiar de depresión.⁶ Está demostrado que las hormonas (estrógenos y progesterona) intervienen en las sustancias químicas reguladoras de emociones y en los estados de ánimo a nivel cerebral.² Además, de que existe una asociación entre depresión y el antecedente de trastorno disfórico premenstrual, de depresión posparto y el uso previo de anticonceptivos hormonales.⁷

La mayor vulnerabilidad en la mujer para presentar un trastorno depresivo es en la etapa reproductiva de su vida, entre los 15 y 44 años. Esto debido a que en esta etapa las mujeres asumen más responsabilidades, además de tener mayor riesgo de sufrir abuso sexual, violencia doméstica, bajo estatus social y financiero.⁸

Otros factores predisponentes para que el sexo femenino tenga una mayor asociación con los síntomas depresivos son las condiciones sociales más deficientes y menor escolaridad respecto al sexo masculino, además de tener problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas, desventajas económicas, esto por las diferencias culturales y los roles sociales.⁹

Se consideran también factores de riesgo las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales además de que existe una asociación con el consumo de alcohol y tabaco. Existe un incremento de probabilidad de presentar depresión en los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor en relación con la población general.¹⁰

Según la OMS se considera como un trastorno crónico en el estado de ánimo, siendo una de las principales causas de discapacidad laboral. Diversos estudios realizados en México indican un incremento en trastornos depresivos en el adolescente cuando se encuentra poca o nula comunicación familiar o un ambiente inadecuado en el hogar, al contrario, existe una menor prevalencia de depresión cuando existe una mejor comunicación entre padres e hijos. La sobrecarga de responsabilidades en la mujer, la estrechez de los recursos económicos, el quedarse sin el apoyo moral del esposo, aunado a las diversas dificultades a las que se enfrentan, pueden estar asociados con una mayor necesidad de apoyo profesional, tanto médico como psicológico, los cuales son tratamientos de difícil acceso en muchas de las zonas de algunos estados del país, entre ellos en Michoacán.¹¹

Otro factor predisponente a trastorno depresivo es la hipertensión arterial sistémica (HAS). Diversos estudios han mostrado la asociación entre estas dos patologías, sobre todo en paciente de edad avanzada; lo anterior es de suma importancia debido a que dicha patología cardiovascular es una de las principales enfermedades en nuestro medio ya que afecta a millones de personas a nivel mundial. Las causas biológicas de los síntomas depresivos tardíos, como las lesiones cerebrovasculares, parecen ser más comunes que una etiología psicológica o social.¹²

La relación entre diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y el trastorno depresivo ha sido ampliamente estudiado, se ha reportado un incremento en el riesgo para desarrollar depresión en pacientes diabéticos, cuya incidencia se estima es tres veces mayor en personas con DM 2 que en la población en general. Otros estudios muestran un incremento en la frecuencia de depresión en mujeres de mediana edad asociada con la progresión de la enfermedad con una historia de 10 años. Además de que la aparición de complicaciones también incrementa el riesgo de depresión.¹³

Hay una prevalencia de dos veces mayor en pacientes con virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en relación con la población general. Sobre todo, en mujeres, esto es secundario a la discriminación que vive este grupo de personas. La gran mayoría responden con cólera y posteriormente a un trastorno depresivo,

aunque algunas personas no manifiestan ningún tipo de ira, sino que desarrollan directamente depresión.¹⁴

Otros autores consideran que las causas de la depresión se deben a una combinación de diversos factores como los genéticos, bioquímicos y psicológicos (Instituto Nacional de Salud Mental), además que involucra un trastorno cerebral debido a que el cerebro es el encargado de llevar a cabo diversas funciones como lo son el estado de ánimo, el pensamiento, el apetito y el comportamiento, por lo que en un estudio de resonancia magnética se mostrará diferente la imagen en una persona con diagnóstico de trastorno depresivo que en la que no tiene dicha enfermedad.²

Fisiopatología de la depresión:

En la depresión es posible la participación de algunas estructuras anatómicas, así como diversas vías nerviosas, aunque no existe un circuito neuroanatómico específico. La corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y el núcleo accumbens son las estructuras más estudiadas en el trastorno de depresión, además de la regulación anormal de monoaminas cerebrales, los adrenerreceptores, los sistemas dopaminérgicos, el eje hipotalámico hipofisiario suprarrenal (HHS), las citoquinas, las neurotrofinas y la neurogénesis. El sistema HHS regula la respuesta al estrés el cual se activa secundario a una estimulación inflamatoria, física o psicosocial. La respuesta al estrés está regulada por la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y por la liberación de la neurohormona vasopresina (AVP). La hormona adenocorticotrópica (ACTH) es secretada al torrente sanguíneo debido a la estimulación de la hipófisis anterior por la CRH, lo que estimula la síntesis y liberación de glucocorticoides (GC) en la corteza suprarrenal. Los GC a nivel del eje HHS son responsables de inhibir, mediante retroalimentación negativa, la secreción de AVP y CRH en el hipotálamo y la secreción de ACTH en la hipófisis. El CRH y la AVP regulan la liberación de ACTH mediante sistemas de segundos mensajeros. Secundario a esto se produce una activación de la fosfolipasa C- β 3 en el cerebro. Por lo anterior, una regulación anormal de estos factores interviene en la respuesta corticotrófica en presencia de los altos niveles de GC que están asociados con la

depresión y con el estrés crónico. La participación clave que tiene el eje HHS en la respuesta al estrés, sugiere que su disfunción podría participar de manera importante en el desarrollo de trastornos psiquiátricos como la depresión.¹⁵

Psicológicamente el estrés activa el eje hipotálamo-adrenal-pituitario (HPA); que inicia con activación del factor liberador de corticotropina, incrementando la liberación de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) y el cortisol. Diversos reportes relacionan el hipercortisolismo con la depresión mayor y la conducta de suicidio.¹⁶

Diagnóstico de la depresión:

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10):

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30F39).³

La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.3	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres

síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y/o aumento de la fatigabilidad.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada del apetito, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes y/o notable disminución del interés sexual.¹⁰

Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV (APA, 2005):

Las principales características de la depresión pueden resumirse en estado de tristeza, pérdida de interés, disminución cognitiva, trastornos del sueño, cambios psicomotores, fatiga, sentimiento de culpabilidad, ideación y conducta suicida.

a) Estado de ánimo:

El estado de ánimo es un episodio depresivo descrito como: deprimido, triste, desesperado y desanimado. En algunos sujetos que se quejan de ser sensibles, sin resentimiento o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo deprimido puede inferirse en la expresión facial y comportamiento aparente del sujeto en cambio algunas personas suelen poner énfasis en quejas semánticas en lugar de inferir sentimientos de tristeza y otros muestran una alta irritabilidad.¹⁷

b) Pérdida de interés:

Así como también una característica del trastorno de la pérdida de interés y de la capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos refieren el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares de estos sujetos notan el aislamiento social o el abandono de aficiones.

c) Disminución cognitiva:

Muchos sujetos deprimidos presentan una capacidad disminuida para pensar y tomar decisiones, dan la impresión de distraerse con facilidad y se quejan de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que requieren una exigencia intelectual alta pueden ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración.

d) Trastornos del sueño

Las alteraciones del sueño que a menudo se presentan en el trastorno son: insomnio medio o tardío.

a). - Insomnio medio. Son despertares a lo largo de la noche con plena conciencia de haberlo hecho y preocupación por volverse a dormir, la persona se siente agitada o trastornada.

b). - Insomnio tardío. Se despierta en la madrugada, puede volver a dormirse o es incapaz de volver a conciliar el sueño.

e) Cambios psicomotores

Los cambios psicomotores incluyen: agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún otro objeto) o enlentecimiento (en el lenguaje, pensamientos y movimientos corporales, aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido o mutismo), estos deben ser los bastantes graves como para ser observables por los demás y no presentar únicamente una sensación subjetiva.¹⁷

f) Fatiga:

En las personas depresivas es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Un sujeto puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio, incluso el menos trabajo parece requerir un gran esfuerzo.

g) Sentimiento de culpabilidad:

El sentimiento de inutilidad o de culpa como otra característica depresiva puede implicar evaluaciones no realistas del propio valor preocupaciones o rumiaciones referida a pequeños errores pasados. Las personas depresivas pueden malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus efectos personales, suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades y pueden tener proporciones delirantes.

h) Ideación y conducta suicida:

Pueden tener escasa autoestima que incluye sentimiento de falta de valía, indecisión, falta de confianza y odio a uno mismo. Con frecuencia fracasan en la escuela, en sus relaciones, en los deportes y su empleo. Esta puede ser una razón para que los sujetos depresivos sufran de ideas y conducta suicida, estas ideas varían desde la creencia consistente de que los demás estarían mejor si el sujeto muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables¹⁷

Existe un subdiagnóstico en personas con trastorno depresivo, lo que conlleva a una disminución en el tratamiento adecuado, ya que se estima que entre 60 a 80% de las personas con depresión se pueden tratar con terapia breve o antidepresivos, pero solamente alrededor del 25% reciben tales tratamientos.²

Aproximadamente el 60% de la población que busca ayuda médica lo hace en los servicios de salud de atención primaria. Existe cierta relación entre la depresión y síntomas de carácter somático, como lo es el dolor muscular, cefalea o de estómago que es entre 4 y 7 veces mayor en pacientes con diagnóstico de depresión. Por lo tanto, su correcto diagnóstico en ocasiones no es fácil de realizar. Según la literatura existen dos problemáticas al momento de realizar un adecuado diagnóstico de

depresión en la atención primaria. El primero un infra diagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en pacientes que padecen dicha enfermedad y en segundo lugar el sobrediagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en pacientes que no la tienen. En el metaanálisis de Mitchell et al., se encontró un 47.3% de diagnósticos identificados correctamente en médicos encargados de la atención primaria, además de una mayor incidencia de falsos positivos que de falsos negativos.¹⁸

En la psicopatología existe una dificultad en la diferenciación de la sintomatología entre depresión y ansiedad, lo que genera una problemática para las tareas diagnósticas y de intervención. Lo anterior es dado debido a que muchos de los síntomas en la patología de la ansiedad, también se presentan en la depresión y viceversa.²⁰ La depresión también puede aparecer de manera junto con el abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, algunas enfermedades orgánicas, cerebrales y sistémicas. Aunque aún no existen suficientes estudios para asociar directamente al trastorno depresivo con patología inflamatoria, si hay evidencias que sugieren la participación de un proceso inflamatorio en personas con trastorno depresivo.¹⁹

Existe una alternativa para la explicación de que los síntomas son compartidos entre la depresión y ansiedad y es un factor de afectividad negativa que se encuentra en los dos trastornos. La ansiedad se definiría en función de una alta afectividad negativa y una alta activación fisiológica, mientras tanto en el trastorno de depresión, por una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva.²⁰

Algunos medicamentos antidepresivos se asocian con una reducción de la mortalidad cardiovascular entre los pacientes con depresión mayor, se ha demostrado una mayor activación plaquetaria y un aumento en las propiedades anticoagulantes comparado con controles sanos.²¹

Además de ser uno de los principales problemas de salud a nivel mundial no solo afecta a la persona que padece esta enfermedad, sino también a la familia y a su entorno social. Por lo anterior es de suma importancia realizar evaluaciones estratégicas que encaminen a realizar con mayor precisión el diagnóstico de salud, esto es debido a que existe poca claridad conceptual en los criterios para su

diagnóstico, secundario a que hay diversas escalas con una gran variedad de sintomatología para la evaluación de la depresión.²²

Riesgo de suicidio

El pensamiento suicida es la principal consecuencia identificada según un estudio realizado desde la perspectiva de enfermería en depresión en mujeres. Con respecto a los profesionales del área de enfermería, el personal puede identificar los signos y síntomas más característicos de este trastorno, esto debido a que se tiene una comunicación más cercana con los pacientes. Si se conceptualiza claramente la depresión.²³

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave.²⁴

Definición de migración:

La migración ha sido definida como el proceso de cambio social donde un individuo se desplaza desde un entorno cultural y geográfico a otro, con fines de establecerse permanentemente o por un periodo prolongado para propósitos laborales, estudiantiles o de vivienda o por exilio de causas políticas.²⁵

Epidemiología de la migración:

El Consejo Nacional de Población reporta que cada año alrededor de 550 mil mexicanos emigran a Estados Unidos de América.²⁶ Dos rasgos perfilan el carácter primordialmente laboral de los migrantes mexicanos: 88% tiene entre 15 y 64 años y 58% son indocumentados.

En el 2010, a nivel estatal, de cada 100 migrantes internacionales del estado de Zacatecas, 98 se fueron a Estados Unidos. El dato a nivel nacional es de 89 de cada 100. Según el porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, para cada entidad federativa (año 2010) Zacatecas presentó un 4.2%, siendo el primer lugar a nivel nacional, con una media nacional de 1.6.²⁷

Causas de migración:

Un factor importante que influye en el fenómeno de la migración es la pobreza; México es el tercer país donde hay mayor pérdida de población secundario a este fenómeno, de tal manera que el número de migrantes principalmente a Estados Unidos no ha dejado de elevarse.¹¹

En los últimos años ha ido en aumento el fenómeno de migración, siendo México unos de los países con mayor índice de migración y siendo Estado Unidos de Norteamérica el principal lugar de inmigrantes mexicanos. Las principales causas se deben a factores políticos, económicos, sociales y para mejorar el estilo de vida del migrante y de su familia. Una de las principales causas de migración en México es la falta de empleo en la propia entidad, haciendo la migración como una amplia tradición hacia los Estados Unidos Mexicanos, a pesar del incremento de la migración femenina, sigue siendo predominante el sexo masculino el que migra hacia los Estados Unidos²⁸

Consecuencias de la migración

Por generaciones existe un sistema tradicional en la sociedad en donde se considera a la mujer como la encargada de dar cuidado, esto es porque lo femenino se reconoce como el centro responsable de los asuntos domésticos²⁹

En el caso de la migración la responsabilidad del cuidado emocional de la familia recae en la mujer, independientemente el estado físico o emocional en el que se encuentre, además de incluir el hecho de limitar sus actividades al núcleo familiar, esto en gran medida a que el hombre por asegurar su fidelidad ejerce un dominio en la sexualidad de la pareja.^{30,31}

Como consecuencia de la migración masculina diversos factores como la sobrecarga de responsabilidades en la mujer, la escasas económica, el no apoyo conyugal, están asociados con una mayor necesidad de apoyo profesional, ya sea médico o psicológico, dicha necesidad de tratamiento es difícil en la gran mayoría de las zonas.¹¹

Estudios han tomado en cuenta que incluso el tema de migración se considera como una experiencia recurrente en las familias y es común por varias generaciones, el núcleo familiar se ve afectado psicosocialmente, por lo que es necesario la implementación de estrategias o recursos para hacer frente y superar de una mejor manera.²⁰

La responsabilidad en el cuidado de los niños, las niñas y los adolescentes durante el periodo de dependencia, lo cual es más indicado en la primera y segunda infancia, incrementa cuando el cuidador es en primera línea, por consanguinidad, afinidad, etc., por ejemplo, madre con esposo migrante, o hermanos que cuidan a sus hermanos, a diferencia de las tías que cuidan sobrinos. Las principales personas encargadas y en quienes recae la obligación del cuidado y de asegurar que los niños y las niñas tengan la oportunidad de hacer valer sus derechos, son el padre y la madre, ya que en esta etapa es fundamental su protección y seguridad ante los riesgos y amenazas que se pueden presentar durante la infancia.¹²

Cuando el padre o la madre emigra, esta responsabilidad se amplía, siendo el padre o madre no migrante además de otros parientes como tías, abuelas o hermanos los que se encargan de llevar dicha actividad. Las madres no migrantes presentan la problemática cuando son ellas las encargadas del cuidado de los hijos, manifestando sentirse sola, hace tareas de madre y “padre”, temor a equivocarse y a no tener la habilidad para desempeñarse y tener éxito en la crianza.³²

En distintas investigaciones sobre el fenómeno de migración se ha encontrado una importante asociación con trastornos mentales como esquizofrenia, y en menor cuantía, con trastorno bipolar y depresiones psicóticas. Por lo que se considera como un factor de riesgo para este tipo de patologías.¹¹

La ansiedad y la depresión son dos de las enfermedades más comunes que presentan los migrantes. Esto se da por el proceso de aculturación para adaptarse a su nuevo medio y adaptarse a la nueva cultura por lo que esto puede desencadenar diversos niveles de frustración.³³

La asociación entre migración y enfermedad mental es un tema que en la actualidad

es de gran interés. Lleva consigo el duelo migratorio, el cual se entiende como el proceso de reorganización de la personalidad y de la homeostasis psíquica que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto.¹¹

Es de suma importancia el estudio de la familia en el tema de migración, ya que ésta es donde se inician los valores del afecto y las relaciones sociales, así como la identificación de géneros. Por lo que se considera a la familia como un complejo y no como una entidad simple y primitiva. En la familia ocurren varios procesos psicológicos, individuales y sociales, lo que da como resultado la capacidad de cada ser humano para enfrentarse a los diversos entornos sociales. El proceso de migración hacia los Estados Unidos de América altera el entorno familiar, provocando una adaptación en diversos ámbitos, tanto del migrante como de la familia que se queda en su lugar de origen.³⁴

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud: Hasta antes del año 2000 la OMS estimaba que habría un incremento del 10.5% y ocupaba el cuarto lugar en problemas de salud y discapacidad a nivel mundial. En el año 2017 la OMS considera como la principal causa de problemas de salud y discapacidad a nivel mundial es la depresión. existen más de 300 millones de personas que viven con esta patología. Además de que se presenta en mayor porcentaje en el sexo femenino siendo dos veces más frecuente con respecto al sexo masculino. Siendo entre 1.3% y 12.7% en el caso de los hombres y entre 2.4% y 25.8% en el caso de las mujeres. Según el porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, para cada entidad federativa (año 2010) Zacatecas presentó un 4.2%, siendo el primer lugar a nivel nacional, con una media nacional de 1.6

Trascendencia: El ser mujer incrementa dos veces el riesgo de depresión debido a los factores hormonales y psicosociales por lo que es importante su estudio para determinar la prevalencia de depresión en relación con el trastorno de depresión.

Vulnerabilidad: La falta de empleo y la situación económica precaria en nuestra población en una de las principales causas de migración y por consecuencia de depresión, aunándose el hecho del aumento en la responsabilidad de la familia, el sentirse sola y con la dificultad económica para sobrellevar la economía familiar

Factibilidad: El estado de Zacatecas ocupa el 1er lugar en el porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, para cada entidad federativa (año 2010). Siendo un factor que puede ser determinante en el estado de ánimo en la cónyuge.

Urgencia: Por lo que consideramos necesario y urgente la realización de este estudio debido a que existe un subdiagnóstico de depresión en el primer nivel de atención en mujeres cónyuges del migrante, y las complicaciones que se presentan para poder hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Por lo tanto, se elaboró la siguiente:

4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación que existe entre la migración masculina y la depresión del cónyuge que radica en la localidad de Tabasco, Zacatecas?

5.- JUSTIFICACIÓN

Se pretendió hacer este estudio con el fin de identificar la relación existente entre la migración masculina y los trastornos de depresión en el conyugue del migrante y de esta manera se establecieron estrategias con el fin de favorecer una disminución en la prevalencia de la depresión, con el fin de diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad depresiva y disminuir la morbimortalidad. El mayor porcentaje de migración es del sexo masculino, por lo que la mujer es quien en la gran mayoría de las veces es la que se responsabiliza del núcleo familiar, siendo más susceptible dos veces más al trastorno de depresión, ya sea por factores hormonales, o psicosociales, la mujer es más vulnerable a presentar depresión a causa de la migración ya que se siente abandonada, triste, sola, desprotegida, y es ella quien debe hacerse cargo de la familia mientras su pareja llega a su destino, se preocupa constantemente, presenta problemas para dormir por pensar en su familia y asumir la responsabilidad de su hogar, además de que la depresión es un trastorno que se encuentra subdiagnosticado en nuestra población, y va mermando lentamente la salud siendo causa de invalidez, además una de sus principales complicaciones es el suicidio. Por lo que es de suma importancia tener las herramientas en atención primaria de la salud para poder diagnosticar y tratar de manera temprana. En base a lo anterior se creó la necesidad de determinar la relación entre migración y depresión en la población ubicada en la Localidad de Tabasco, Zacatecas.

6.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO

6.1.- Objetivo general: Identificar la relación que existe entre la migración masculina y la depresión del cónyuge que radica en la Localidad de Tabasco, Zacatecas

6.2.- Objetivos específicos:

6.2.1.- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, grupo de edad, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, tiempo de migración.

6.2.2.- Identificar el grado de depresión en la población de estudio

6.2.3.- Identificar la estructura y desarrollo de la familia.

7.- HIPÓTESIS GENERAL DE TRABAJO

Este trabajo de investigación, por ser de tipo descriptivo no amerita, desde el punto de vista metodológico, de la elaboración de la hipótesis general de trabajo, sin embargo, con fines académicos se elaboraron las siguientes.

7.1.- Hipótesis nula (H₀): La prevalencia de depresión \leq 40% en el cónyuge derechohabiente de la UMF 39 secundario a la migración masculina en la población de la Localidad de Tabasco, Zacatecas, además de que no existe relación entre la migración masculina y la depresión del cónyuge que radica en la Localidad de Tabasco, Zacatecas.

7.2.- Hipótesis alterna (H₁): La prevalencia de depresión $>$ 40% en la cónyuge derechohabiente de la UMF 39 secundario a la migración masculina en la población de la Localidad de Tabasco, Zacatecas, además de que si existe relación entre la migración masculina y la depresión del cónyuge que radica en la Localidad de Tabasco, Zacatecas.

8.- MATERIAL Y METODOS

8.1.- Tipo de diseño: Estudio transversal, prospectivo.

8.2.- Ejes de estudio:

- ❖ Transversal
- ❖ Observacional
- ❖ Descriptivo

❖ Prospectivo

8.3.- Universo de estudio: Personas del sexo femenino, de cualquier edad, con núcleo familiar desintegrado debido a migración masculina, que radique en el Municipio de Tabasco, Zacatecas.

8.4.- Población de estudio: Personas del sexo femenino, de cualquier edad, con núcleo familiar desintegrado debido a migración masculina que, radique en la Localidad de Tabasco, Zacatecas.

8.5.- Lugar de estudio: Localidad de Tabasco, Zacatecas.

8.6.- Tiempo de realización del estudio: marzo a agosto del año 2018.

8.7.- DISEÑO MUESTRAL:

8.7.1.- Tamaño de muestra: Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula de estimación de proporciones para población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + (Z^2pq)}$$

Dónde:

n= Tamaño de muestra

N= 100 conyugues no migrantes de la Localidad de Medicina Familiar 39, Tabasco, Zacatecas.

Z= Nivel de Confianza al 95% (1.96)

p= prevalencia de 31% de depresión en conyugue del migrante

d= Error máximo permitido del 5% $(0.05)^2$

q= 1-p= 100-31=69 (0.69)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{100(1.96)^2(.31)(0.69)}{(0.05^2)(100-1) + (1.96^2)(.31)(0.69)}$$

$$n = \frac{100(3.8416) (.2139)}{(0.0025) (99) + (3.8416) (.2139)} =$$

$$n = \frac{(3.8416) (.2139)}{0.2475 + .82171824} =$$

$$n = \frac{82.171824}{1.069} =$$

$$n = 76.8$$

De tal manera que se obtuvo un tamaño de muestra de 77 mujeres con núcleo desintegrado debido a la migración del esposo.

8.7.2. Tipo de muestreo:

Muestreo no probabilístico por cuota

8.8. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

8.8.1.- Criterios de inclusión:

Se incluyeron a personas del sexo femenino, de cualquier edad, adscritas o no a la Unidad de Medicina Familiar No. 39, con núcleo familiar desintegrado debido a migración masculina hacia Estados Unidos de América, en un periodo mayor de dos meses, y que radiquen en la localidad de Tabasco, Zacatecas.

8.8.2.- Criterios de exclusión:

Se excluyeron a aquella población de estudio que mediante carta de consentimiento informado no acepte participar en el estudio, que este en tratamiento farmacológico antidepresivo por más de tres semanas, y en aquellos que consuman drogas estimulantes ilegales.

8.8.3.- Criterios de eliminación:

Se eliminaron cuestionarios incompletos.

9.- VARIABLES DE ESTUDIO

9.1.- Variable dependiente: Depresión en la cónyuge.

9.2.- Variable interviniente: migración del cónyuge masculino hacia Estado Unidos de Norteamérica o dentro del país.

9.3.- Variables universales:

Características sociodemográficas de la población de estudio:

- Edad
- Grupo de edad
- Ocupación
- Escolaridad
- Nivel socioeconómico
- Estado civil
- Tiempo de migración

9.4.- Variables independientes:

- Estructura familiar
- Desarrollo familiar

10.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, ciertos animales o vegetales	Edad en años cumplidos del cónyuge entrevistado:	Cuantitativa Discontinua	Edad en años cumplidos
Grupo de edad	Conjunto de personas animales o cosas que están juntos o reunidos y que tienen una característica común	Grupo de edad al que pertenece el cónyuge entrevistado: 1.- Igual o menor de 19 años 2.- De 20-24 años 3.-25-29 años 4.- 30 a 34 años 5.- 35 a 39 años 6.- 40 a 44 años	Cuantitativa Intervalo	1.- ≤ 19 años 2.- De 20-24 años 3.-25-29 años 4.- 30 a 34 años 5.- 35 a 39 años 6.- 40 a 44 años 7.- 45 a 49 años 8.- 50 a 54 años 9.- 55 y >

		7.- 45 a 49 años 8.- 50 a 54 años 9.- 55 y >		
Ocupación	Ocupación es un término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Ocupación que ejerce la cónyuge entrevistada:	Cualitativa nominal policotómica	1.-Ama de casa 2.- Estudiante 3.- Obrera 4.- Comerciante 5.- Minería 6.- Profesionista 7.- Técnico 8.- Otras
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Grado de escolaridad del cónyuge entrevistado: 1. No sabe leer y escribir 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Preparatoria completa 9. Licenciatura incompleta 10. Licenciatura completa 11. Maestría 12. Doctorado 13. Carrera técnica	Cualitativa ordinal	1. No sabe leer y escribir 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Preparatoria incompleta 8. Preparatoria completa 9. Licenciatura incompleta 10. Licenciatura completa 11. Maestría 12. Doctorado 13. Carrera técnica
Nivel socioeconómico	El nivel socioeconómico es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro	Nivel socioeconómico de la cónyuge entrevistada: 1.- Clase rica 2.- Clase media alta 3.- Clase media 4.- Clase media baja 5.-Clase pobre 6.- Pobreza extrema	Cualitativa ordinal	Nivel socioeconómico de la cónyuge entrevistada:

	o al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores educación y ocupación			
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Estado civil del cónyuge entrevistado: 1. Casada 2. Unión libre	Cualitativa nominal dicotómica	1. Casada 2. Unión libre
Tiempo de migración	Tiempo en meses o años a partir de que el conyugue migró del país	Tiempo transcurrido desde que migró el cónyuge 1. Meses 2. años	Cualitativa nominal dicotómica	1. Meses 2. años
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Diagnóstico de depresión según la escala de Hamilton en el cónyuge entrevistado: 1. No depresión 2. Ligera/menor 3. Moderada 4. Grave 5. Muy grave	Cualitativa ordinal	1. No depresión 2. Ligera/menor 3. Moderada 4. Grave 5. Muy grave
Migración	Es el proceso de cambio social donde un individuo se desplaza desde un entorno cultural y geográfico a otro, con fines	Lugar de migración del cónyuge: 1. Estados Unidos de América 2. Otro	Cualitativa nominal dicotómica	1. Estados Unidos de América 2. Otro

	de establecerse permanentemente o por un periodo prolongado para propósitos laborales, estudiantiles o de vivienda o por exilio de causas políticas			
Estructura familiar	Es un conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propio que le otorga singularidad	Estructura familiar del sistema conyugal entrevistado: 1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstruida 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental extendida y compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parenteral	Cualitativa nominal policotómica	1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstruida 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental extendida y compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parenteral
Desarrollo familiar	Se refiere al grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico	Tipo de desarrollo familiar del cónyuge entrevistado: 1. Arcaica 2. Tradicional 3. Moderna	Cualitativa nominal policotómica	1. Arcaica 2. Tradicional 3. Moderna
Tipología familiar	El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada	Tipología de la familia del cónyuge entrevistado: 1. Según su demografía a. Rural b. Suburbana c. Urbana 2. Según la integración: a. Integrada b. Semi-integrada c. Desintegrada 3. Según la ocupación: a. Obrera b. Empleada c. Comerciante d. Campesina e. Profesionista 4. Según sus	Cualitativa nominal policotómica	1. Según su demografía 2. Rural a. Suburbana b. Urbana Según la integración: a. Integrada b. Semi-integrada c. Desintegrada Según la ocupación: a. Obrera b. Empleada c. Comerciante d. Campesina e. Profesionista Según sus complicaciones:

		complicaciones: a. Interrumpida b. Contraída c. Reconstruida 5. Según su funcionalidad: a. Funcional b. Disfuncional		a. Interrumpida b. Contraída c. Reconstruida Según su funcionalidad: a. Funcional Disfuncional
Ciclo vital de la familia	Es la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros	Ciclo vital de la familia del cónyuge entrevistado: 1. Constitutiva 2. Procreativa 3. Dispersión 4. Final	Cualitativa nominal policotómica	1. Constitutiva 2. Procreativa 3. Dispersión 4. Final

11.- PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El presente trabajo de investigación fue enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en, Zacatecas (CLIS 33-01) para su evaluación, habiendo sido dictaminado como autorizado con el siguiente No. de registro **R-2017-3301-49** (anexo 22.3). Se notificó al Director de Micro zona operativo de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS, en la Delegación Estatal de Zacatecas la justificación y los objetivos que se pretendieron alcanzar con este trabajo de investigación.

El diseño de estudio fue transversal prospectivo el cual se efectuó de marzo a agosto de 2018, en un tamaño de muestra de 77 pacientes, de acuerdo a la aplicación de la fórmula de estimación de proporciones para población finita con N de 100 conyugues masculinos migrantes de la localidad de Tabasco, Zacatecas, Nivel de Confianza al 95%, 31% de prevalencia de depresión en la conyugue femenino del migrante y error máximo permitido del 5%; población que fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico por cuota. La población incluida fue del sexo femenino, de cualquier edad, adscritas o no a la Unidad de Medicina Familiar No. 39, con núcleo familiar desintegrado debido a migración masculina hacia Estados Unidos de América o dentro del mismo país, en un periodo mayor de dos meses, y que vivieran en la localidad de Tabasco, Zacatecas, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por cuota. Se excluyó a aquella población de estudio que mediante carta de consentimiento informado no aceptaron participar en el estudio, que este en tratamiento farmacológico antidepresivo por más de tres semanas, y en aquellos que consumían drogas estimulantes ilegales. Se eliminaron cuestionarios incompletos. Se indagaron características socioeconómicas, grado de depresión (Hamilton), estructura, desarrollo, tipología y ciclo vital de la familia y otras posibles causas relacionadas con depresión. Para la validación del instrumento de recolección de la información se realizó una prueba piloto para valorar la idoneidad de los ítems, y se realizaron los ajustes necesarios.

La variable dependiente fue la prevalencia de depresión; las variables intervinientes fueron la población de migración del cónyuge. Las variables universales

características sociodemográficas de la población de estudio: edad, grupo de edad, religión, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, residencia, estado civil, integrante de familia que migró, tiempo de migración. Las variables independientes fueron la estructura, desarrollo, tipología y ciclo vital familiar. Estas últimas fueron evaluadas de acuerdo con los Conceptos básicos para el estudio de las familias publicado en el Suplemento 1 de la Revista Archivos en Medicina Familiar del Año 2005 validados en una escala de tipo cualitativa nominal policotómica.³⁵

El instrumento de recolección de la información fue conformado por 53 preguntas, de las cuales 11 fueron abiertas y el resto fueron cerradas. Algunas preguntas se evaluaron o se calificaron por el investigador.

El cuestionario fue distribuido en cinco capítulos, de los cuales el No. 1 incluyó la ficha de identificación, el No. 2, las características sociodemográficas, No. 3 las características migratorias del cónyuge, el capítulo 4 algunas preguntas para identificar la estructura, desarrollo, tipología y ciclo vital familiar y el 5 el grado de depresión mediante la Escala de Hamilton.

Para identificar esta variable completa, se consideró como idóneo utilizar la escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) La HAM-D, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21. Los ítems incluyeron ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas

sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 fueron variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Proporcionó una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). La puntuación global se obtuvo sumando las puntuaciones de cada ítem. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana fueron:

No depresión:	0-7 puntos
Ligera/menor:	8-13 puntos
Moderada:	14-18 puntos
Grave:	19-22 puntos
Muy grave:	= ó > 23 puntos

12.FLUJOGRAMA



13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación no contraviene los aspectos éticos considerados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos en el Título Segundo en sus capítulos 13,14,16,17,20,21,36,39, 40 y 51 ni las contempladas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia 2013.

En este sentido, este trabajo de investigación fue enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en, Zacatecas (CLIS 33-01) para su evaluación, habiendo sido dictaminado como autorizado con el siguiente No. de registro **R-2017-3301-49** (anexo 22.3). De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud de los Estados Unidos Mexicanos, este estudio se considera de riesgo nulo a mínimo.³⁴

A las mujeres participantes se les explicó en que consistió el estudio, se aclararon sus dudas cuantas veces fue necesario y se continúa manteniendo el anonimato y confidencialidad de los datos personales de cada una de ellas.

Se solicitó firma de la carta de consentimiento informado a todas ellas. Los datos reportados son verídicos.

14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos y se capturaron los mismos, en el programa estadístico SPSS® versión 25 en español. Las variables categóricas o cualitativas nominales dicotómicas, policotómicas, ordinales o variables cuantitativas de intervalo se analizaron mediante tablas de frecuencias relativas y absolutas, así como porcentajes y las variables numéricas o cuantitativas continuas o discontinuas mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) o de dispersión: rangos mínimo y máximo y desviación estándar (DE). Para identificar posibles causas asociadas a depresión y migración se utilizó el programa estadístico Epidat© 3.1 para estudios de prevalencia o transversales mediante el empleo de una tabla cuadrangular de 2x2 simple, Razón de Momios (RM), con Prueba Chi cuadrada o

Prueba Exacta de Fisher, valor de $p \leq 0.05$ Los resultados se presentan en cuadros y gráficos.

15.- RECURSOS

15.1 Recursos humanos:

Pedro Walle Serrano, alumno del curso de especialización de Medicina Familiar para médicos de base del IMSS, adscrito la UMF No. 39 del IMSS Zacatecas, Investigador principal de este trabajo de investigación quien llevó a cabo el procedimiento desde la recolección de información y búsqueda de artículos actuales de revistas indizadas para redactar el marco teórico del estudio hasta la presentación de la tesis; Asesores metodológicos: Dr. Eduardo Martínez Caldera, Coordinador Auxiliar Médico en Investigación en Salud y Dra. Julieta Martínez Pinedo, quienes participaron en la asesoría para el adecuado desempeño en la elaboración, ejecución e interpretación de los resultados de este estudio.

15.2- Recursos materiales:

Se utilizaron diversos materiales de oficina, así como computadora para la realización de este protocolo, recolección de información, así como el proceso, análisis y presentación de los resultados.

CONCEPTO	UNIDADES	PAGO UNITARIO	No. PERSONAL Y TIEMPO	COSTO
Investigador responsable	10 % salario mensual	\$1500.00 mensual	3 meses	\$4,500.00
Un analista	\$5,000.00	\$5,000.00	15 días	\$10,000.00
Equipo de cómputo	1	\$10,000.00		\$10,000.00
Papelería	5 hojas por expediente	500 hojas	77 expedientes	\$800.00
Apoyo gasolina y/o transporte		50 visitas por mes	77 visitas por mes durante 4 meses	\$3000.00

Insumos para computadora		\$1000.00		\$1000.00
TOTAL				\$29,300.00

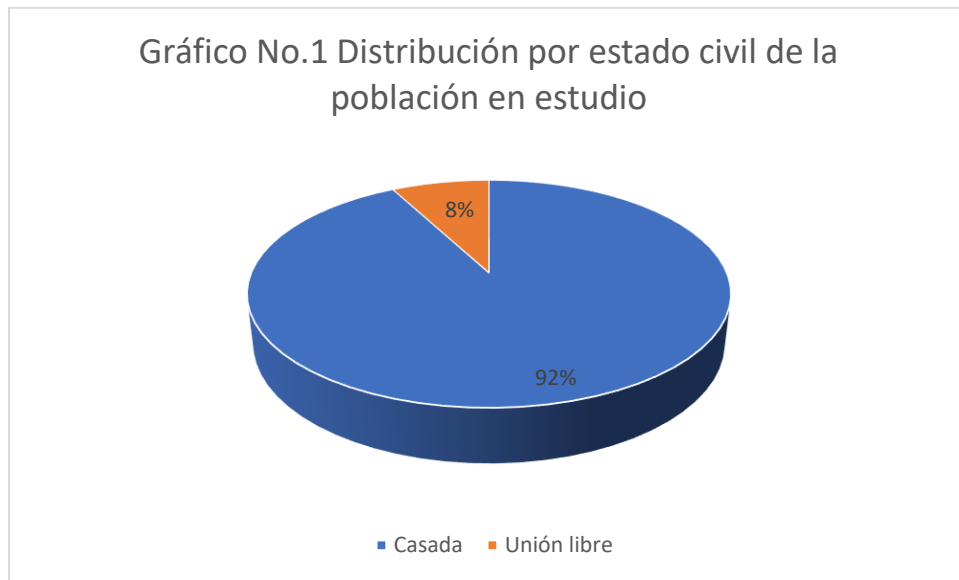
15.3 Financieros

Los costos del presente proyecto fueron realizados por el investigador principal y con recursos de la institución.

16.RESULTADOS

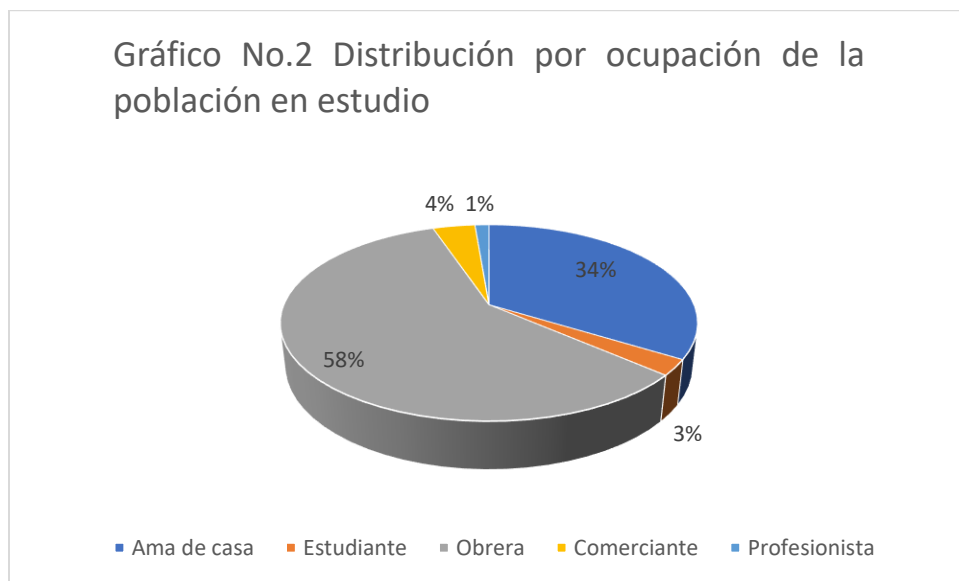
Se entrevistaron al 100% del tamaño de muestra. Se identificaron las siguientes características sociodemográficas de la población en estudio:

El 92% casadas y 8% unión libre. (gráfico No. 1).



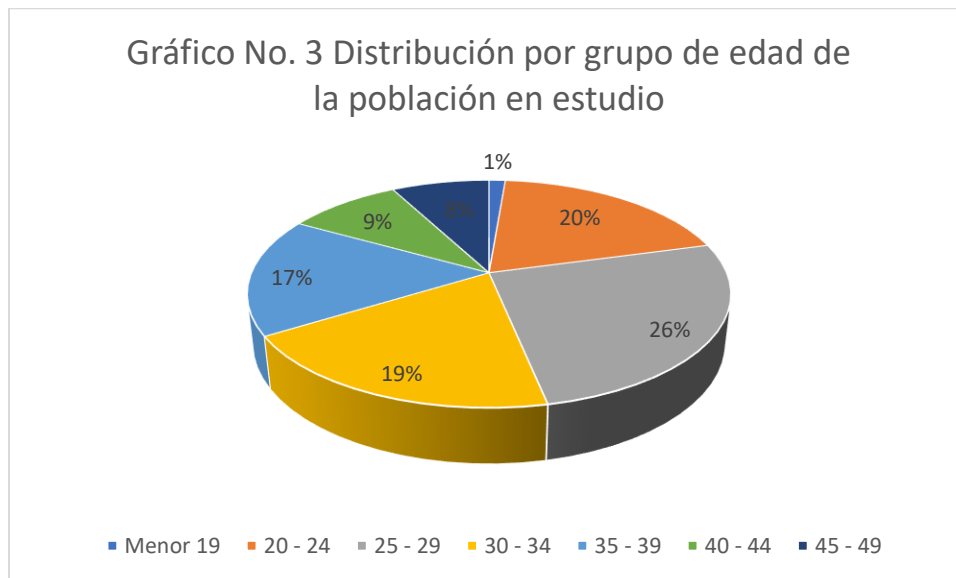
Fuente: entrevista directa.

El 58% de ocupación obreras, 34% ama de casa y 1% profesionista. (gráfico No. 2).



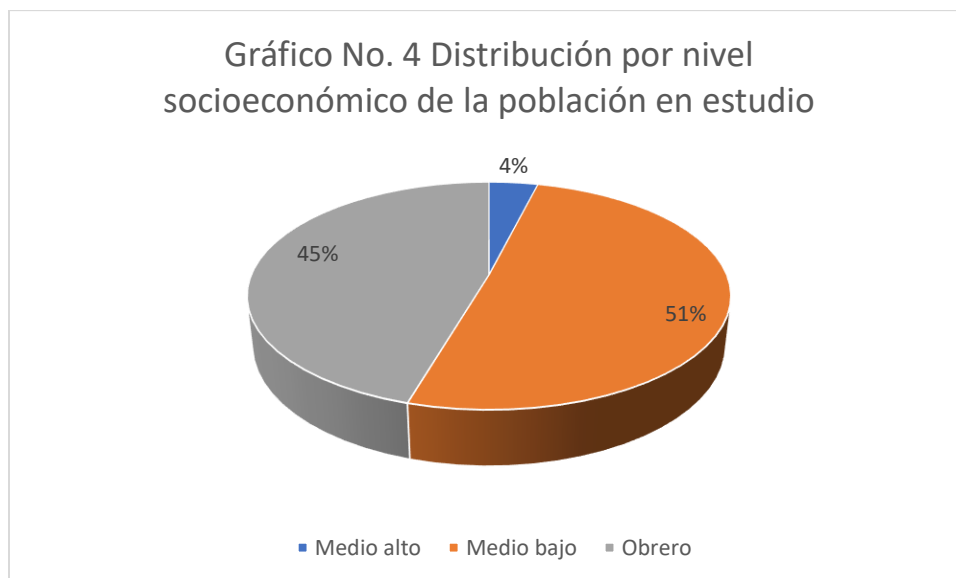
Fuente: entrevista directa.

El promedio de edad fue de 31.7 ± 7.8 años, moda 29 años y una mediana de 31 años, con rangos de edad de 20 a 47 años, predominando el grupo de edad de 25 a 29 años. (gráfico No. 3).



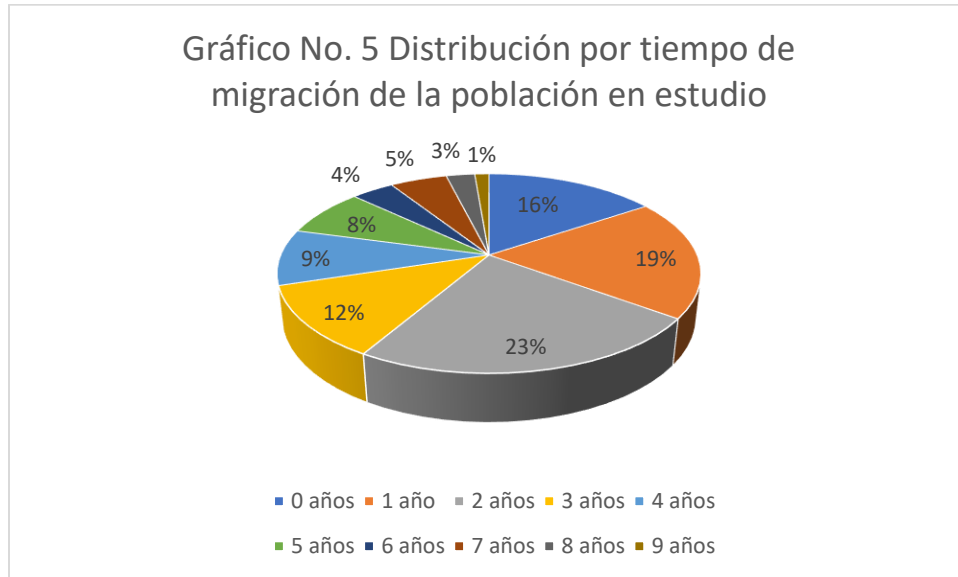
Fuente: entrevista directa.

El nivel socioeconómico fue medio bajo en un 51%, obrero en un 45% y medio alto 4%. (gráfico No. 4)



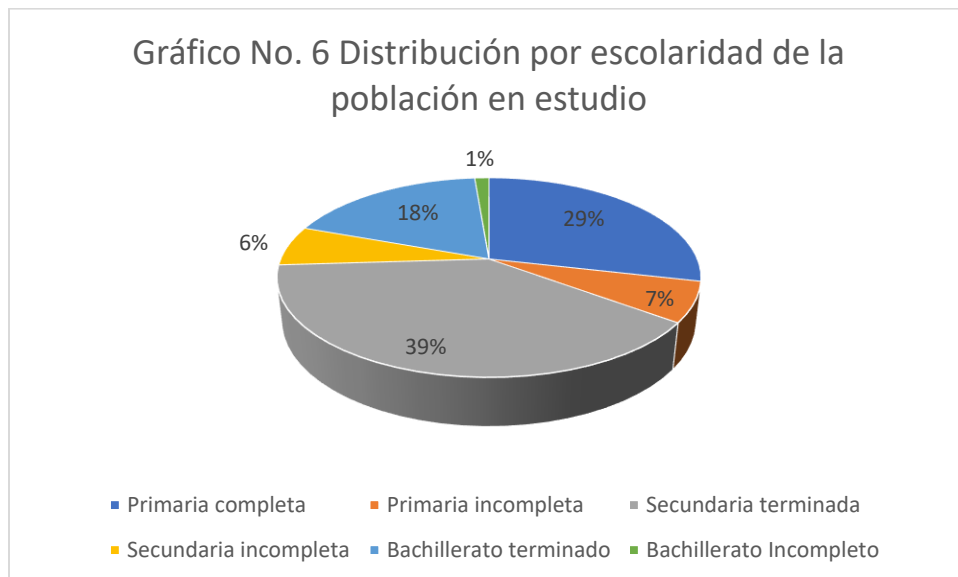
Fuente: entrevista directa.

Por tiempo de migración se presentó en mayor porcentaje 2 años 23%, 1 año 19%, < 1 año 16% y 3 años con un 12% y en menor porcentaje 9 años con un 1%. (gráfico No. 5).



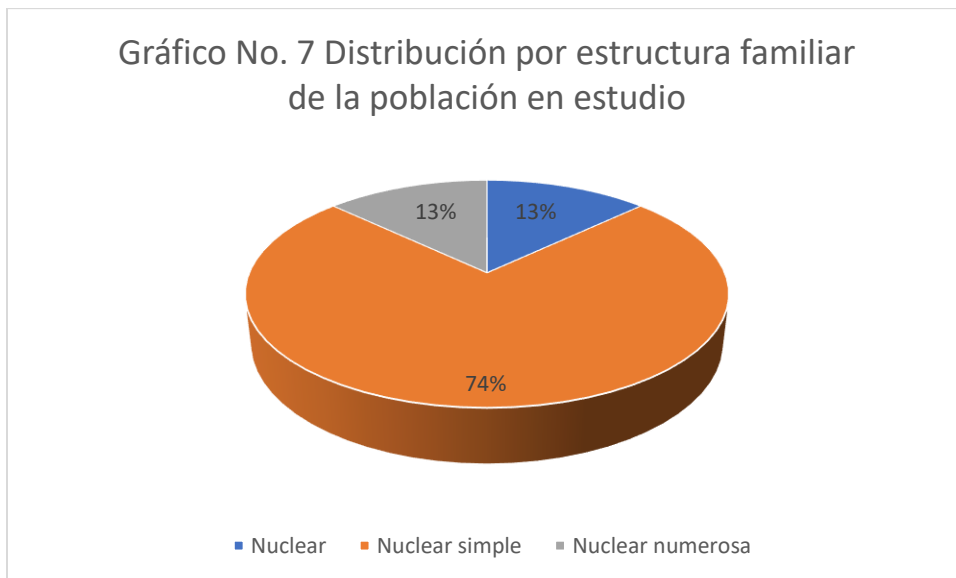
Fuente: entrevista directa.

El 39% secundaria terminada, 29% primaria completa y en menor porcentaje el 1% bachillerato incompleto. (gráfico No. 6).



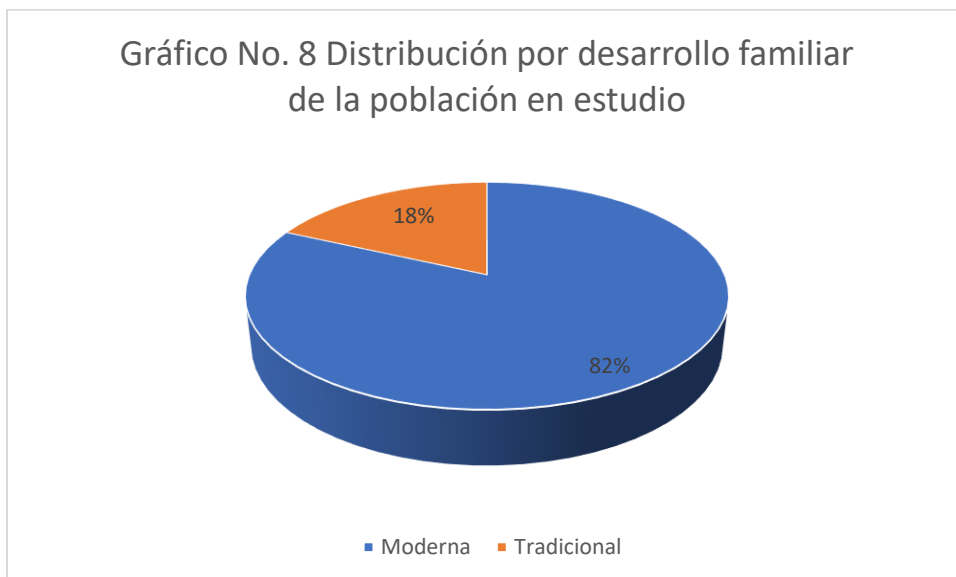
Fuente: entrevista directa.

La estructura familiar fue de 74% nuclear simple, 13% nuclear y 13% nuclear numerosa. (gráfico No. 7).



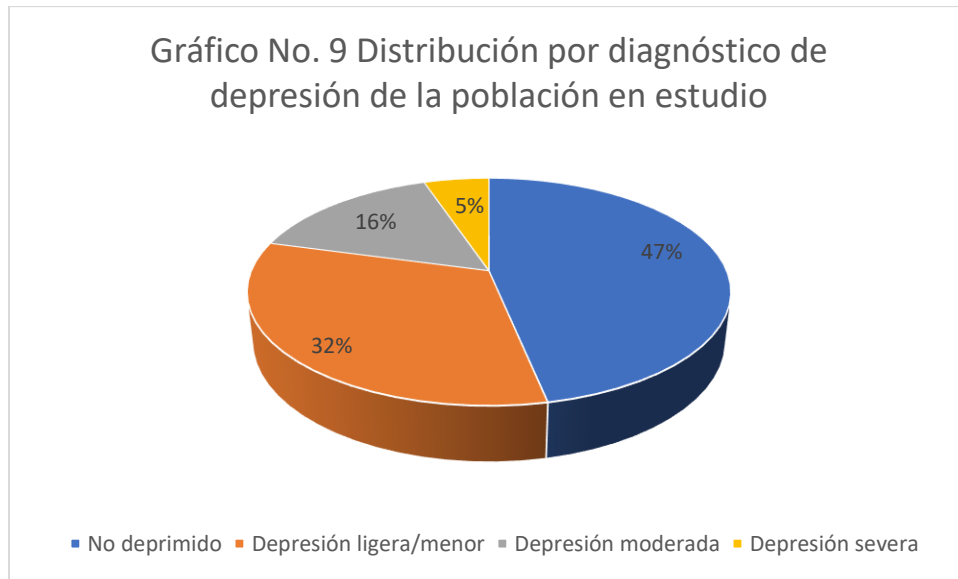
Fuente: entrevista directa.

El 82% fue familia moderna y 18% tradicional. (gráfico No. 8).



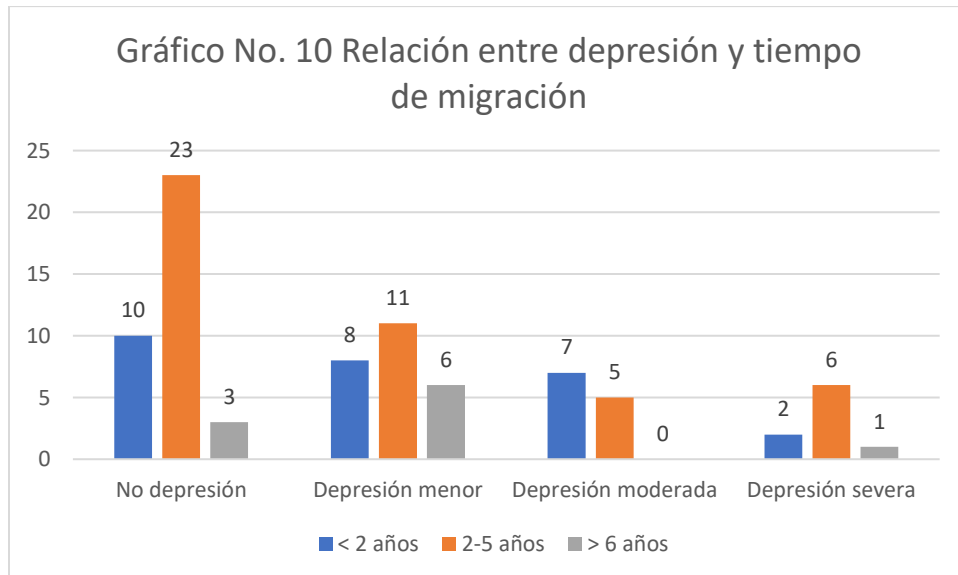
Fuente: entrevista directa.

Se presentó en mayor porcentaje de pacientes no deprimidas 47%, depresión menor un 32%, depresión moderada 16% y depresión severa 5%. (gráfico No. 9).



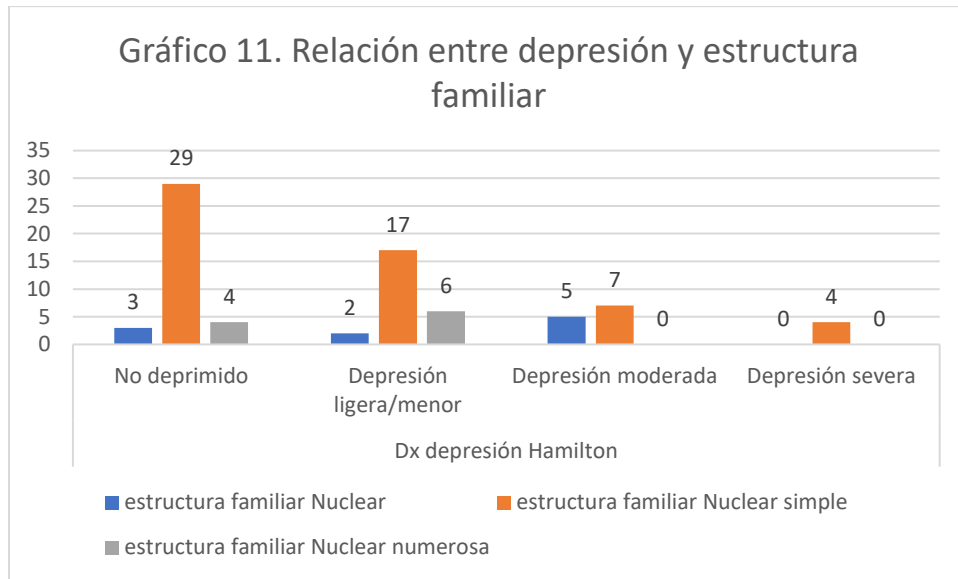
Fuente: entrevista directa.

Se encontró un mayor índice de depresión ligera/menor en un tiempo de migración de 1 a 2 años, (n=10); y un menor índice de depresión a mayor tiempo de migración (n=7) en un tiempo de 6 años o más. (gráfico No. 10).



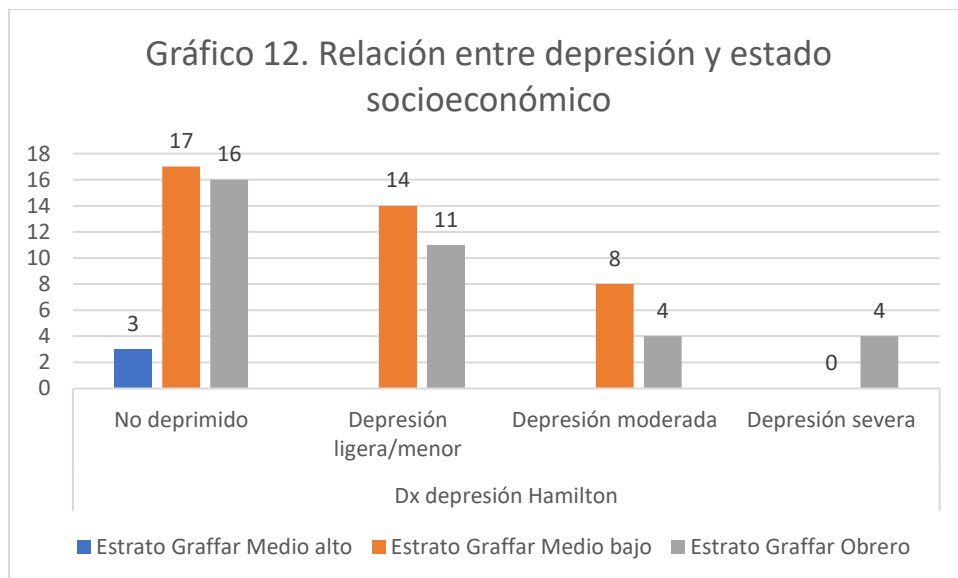
Fuente: entrevista directa.

Se encontró un mayor porcentaje de depresión en estructura familiar nuclear simple (n=28), en menor porcentaje en estructura familiar nuclear (n=7). (gráfico 11).



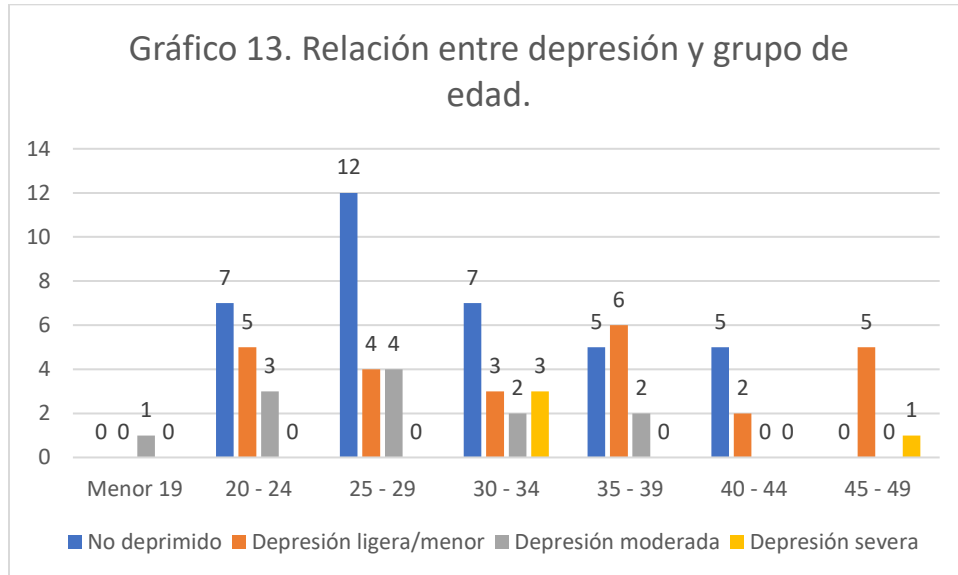
Fuente: entrevista directa.

Se presentó una prevalencia mayor de depresión en nivel socioeconómico medio bajo (n=41), la depresión severa se presentó en nivel socioeconómico obrero (n=4). (gráfico 12).



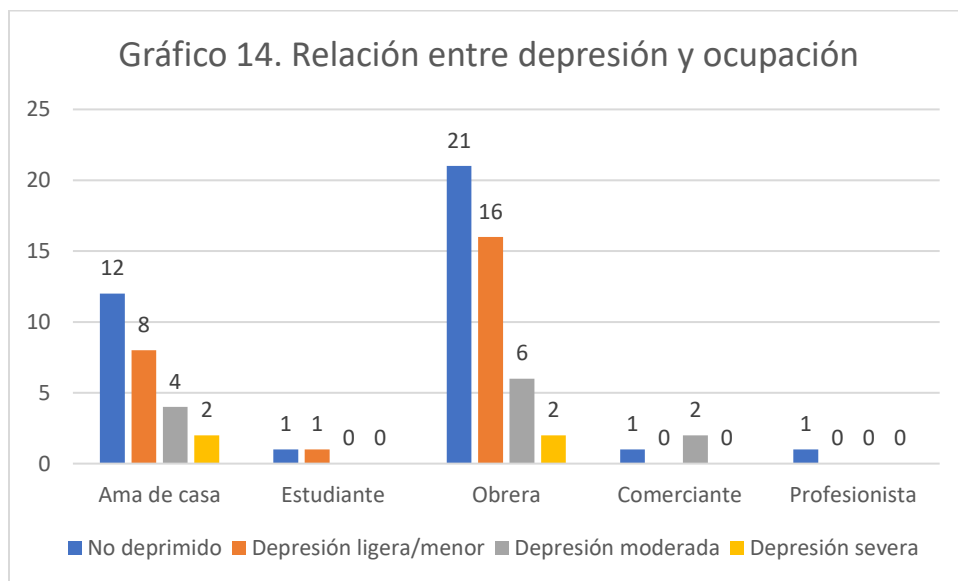
Fuente: entrevista directa.

El grupo de edad donde se reportó mayor depresión en porcentaje fue el de 35-39 años (n=8) y en menor porcentaje el grupo de 40-44 años, (n=2). (gráfico 13).



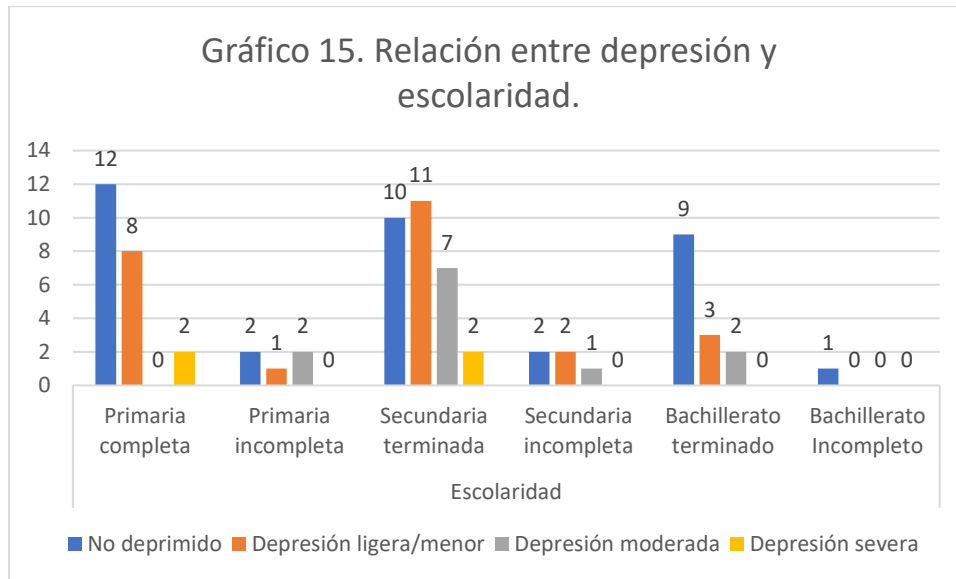
Fuente: entrevista directa.

Se presentó un mayor porcentaje de depresión en obreras, (n=24), y en menor porcentaje en profesionistas con (n=0). (gráfico 14).



Fuente: entrevista directa.

Se reportó mayor depresión mujeres con secundaria terminada (n=20), en comparación con bachillerato incompleto con (n=0). (gráfico 15).



Fuente: entrevista directa.

Se obtuvieron los siguientes resultados: En cuanto al grupo de edad se encontró clínicamente significativo, como factor protector, el tener 30 años o menos con un RM 0.63, IC 0.25-1.56; p 0.32; el tiempo de migración menor a dos años se consideró como un factor de riesgo moderado, RM 1.84, IC 0.70-4.80, p 0.20; la escolaridad con nulidad RM 0.80, IC 0.32-1.98, p 0.63; ocupación con nulidad RM 0.97, IC 0.38-2.48, p 0.96; y como un factor protector el no tener hijos RM 0.44, IC 0.10-1.85, p 0.21.

Factor de riesgo	Con depresión	Sin depresión	RM	IC	P
Grupo de edad					
< 30 años	17	19	0.63	0.25-1.56	0.32
> 30 años	24	17			

Tiempo de migración					
< 2 años	17	10	1.84	0.70-4.80	0.20
> 2 años	24	26			
Escolaridad					
Secundaria incompleta o menor	16	16	0.80	0.32-1.98	0.63
Secundaria terminada o mayor	25	20			
Ocupación					
Dentro del hogar	15	13	0.97	0.38-2.48	0.96
Fuera del hogar	26	23			
estructura					
Sin hijos	7	3	0.44	0.10-1.85	0.21
Con hijos	34	33			

17. DISCUSIÓN

En lo que respecta a la prevalencia de depresión en el cónyuge del migrante, en nuestro trabajo de investigación se presentaron los siguientes resultados: mujeres sin depresión 47%, depresión leve/menor 32%, depresión moderada 16% y depresión severa 5%. Esto coincide con lo reportado en la bibliografía estudiada, como lo reporta un estudio realizado por Rivera-Heredia y Cols donde el fenómeno de migración se ha encontrado una importante asociación con trastornos mentales como esquizofrenia, y en menor cuantía, con trastorno bipolar y depresiones psicóticas. Por lo que se considera como un factor de riesgo para este tipo de patologías.

En relación con lo anterior, en un estudio realizado por Mariano-galindo, se obtuvo que sí existe depresión en madres de familia a causa de la migración ya que, de un total de 28 mujeres, 50% presentaron un nivel leve, 25% un nivel normal de depresión, tan solo 14% mostraron un nivel moderado y finalmente 10% de mujeres mostraron un nivel grave de depresión.

Después de analizar los resultados, se encontraron semejanzas con investigaciones realizadas con anterioridad, como el estudio realizado por Pinto-Hernández, en donde se reporta una mayor frecuencia de depresión en el grupo de edad de entre 30 a 59 años. En este trabajo de investigación se consideró como un factor protector en el cónyuge del migrante tener una edad de 30 años o menor (RM 0.63, IC 0.25-1.56; p 0.32).

Así mismo en este estudio se reportó una mayor prevalencia de depresión en las mujeres con un nivel socioeconómico medio bajo o menor, 53.2% de la población en estudio, lo que coincide con varios estudios descritos por Rivera-Heredia y Cols, donde un factor predisponente es la pobreza, esto se ajusta con las distintas bibliografías donde se explica que la depresión es una patología que al igual que en los países más desarrollados también se encuentra en países en vías de desarrollo en las zonas rurales, como se describe en un estudio por Bojorquez-Chapela.

Otro factor predisponente para que el cónyuge del migrante presente síntomas depresivos son las condiciones sociales más deficientes y una escolaridad baja, como se reporta en el estudio realizado por Carvalho-dos Santos y Cols. Cabe mencionar que este trabajo de investigación se reportó una significancia nula en cuanto al nivel de escolaridad de las participantes.

La migración va aunada a varios factores estresantes para el cónyuge del migrante, como lo son la sobrecarga de responsabilidades en la mujer, el cuidado de los hijos, la estrechez de los recursos económicos, el quedarse sin el apoyo moral del esposo, lo que se explica en un estudio realizado por Rivera-Heredia y Cols, que está en acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, teniendo como un factor protector el no tener hijos $RM\ 0.44$, $IC\ 0.10-1.85$, $p\ 0.21$. ya que esto disminuye las responsabilidades de la mujer al estar sin el apoyo físico y moral de la pareja. Lo anterior también se reporta en un estudio realizado por García-Fabela y Cols, en donde se concluye que la responsabilidad se incrementa cuando el cuidado es durante la infancia y la adolescencia, ya que en esta etapa es fundamental su protección y seguridad ante los riesgos y amenazas que se pueden presentar durante esta etapa de su vida.

Lo cual se refuerza con la investigación realizada por López-Montaña y Cols, quienes encontraron que las madres no migrantes presentan la problemática cuando son ellas las encargadas del cuidado de los hijos, manifestando sentirse sola, hace tareas de madre y “padre”, temor a equivocarse y a no tener la habilidad para desempeñarse y tener éxito en la crianza.

Esta misma asociación se presenta en el estudio realizado por Martínez-Ruiz y Cols, dando como resultado, que el proceso de migración hacia los Estados Unidos de América altera el entorno familiar, tanto del migrante como de la familia que se queda en su lugar de origen.

En nuestro estudio se encontró una relación entre el diagnóstico de depresión y el tiempo de migración, es importante mencionar que este dato estadístico no se encontró en otros trabajos de investigación, se reportó un mayor índice de depresión ligera/menor en un tiempo de migración de 1 a 2 años, con 10 casos, y un menor

índice de depresión a mayor tiempo de migración obteniendo 7 casos en un tiempo de 6 a 9 años. Considerando, según los resultados, el tiempo de migración menor a dos años como un factor de riesgo moderado para depresión en el cónyuge del migrante (RM 1.84, IC 0.70-4.80, p 0.20).

18. CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación estadística presentada, es posible concluir que existe una asociación entre el trastorno depresivo y el cónyuge del migrante, esto debido a varios factores, principalmente el aumento de responsabilidades en la mujer, sobre todo cuando existe la obligación del cuidado de los hijos, que se encuentran en un periodo de dependencia.

También podemos concluir, la relación de la depresión con el nivel socioeconómico bajo que se presenta en las familias estudiadas

Otro factor asociado fue la edad del cónyuge del migrante relacionada con la depresión, ya que resultó ser un factor protector el tener una edad menor de 30 años.

Por lo anterior, se acepta la hipótesis alterna (H_1), debido a que la prevalencia de depresión fue mayor al 40% en el cónyuge secundario a la migración masculina, además de que si existe relación entre la migración masculina y la depresión del cónyuge que radica en la Localidad de Tabasco, Zacatecas.

19. PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

19.1 CLÍNICAS

Los resultados obtenidos en este estudio son de gran interés, debido a que la depresión, en la actualidad, presenta una alta prevalencia en nuestra población y que además es subdiagnosticada, esta investigación nos permite identificar las principales causas de la depresión en el cónyuge del migrante, con el fin de realizar un diagnóstico oportuno y disminuir las complicaciones que esta patología puede presentar.

19.2 METODOLÓGICAS

Este estudio se realizó en la población de Tabasco, uno de los 58 municipios que conforman el estado de Zacatecas, sería de importancia realizar un estudio con una población mayor y en forma multicéntrica que tenga más impacto, debido a que este estado es el primer lugar de migrantes a nivel nacional.

20. CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe ningún conflicto de intereses toda vez que no se contó con el financiamiento de ninguna empresa.

21. AGRADECIMIENTOS

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por los valores que me brindaron, su motivación constante y sus ganas de lograr las metas que me proponga.


A mi esposa por todo su cariño y por brindarme su apoyo incondicional y comprensión en esta etapa y por ser un pilar de gran importancia en mi vida.

A mis hijos que son mi inspiración y el motivo de seguir superándome día a día.

A mis maestros, dra. Julieta, dra. Gladys y dr. Eduardo que me orientaron y me animaron a dar lo mejor en todo momento.

22. ANEXOS

22.1 Carta de consentimiento informado

	<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
	<p align="center">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Nombre del estudio:</p>	<p align="center">“MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A DEPRESIÓN DEL CONYUGE”</p>
<p>Patrocinador externo:</p>	<p>Ninguno, ya que este estudio se realizará con recursos propios de los investigadores y recursos propios de la institución</p>
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>Unidad de Medicina Familiar No. 39, IMSS Tabasco. Delegación Estatal Zacatecas. marzo-junio 2018</p>
<p>Número de registro:</p>	<p>Pendiente:</p>
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Sr(a). le comentamos a usted que la justificación para realizar el presente estudio es el siguiente: Pretendemos hacer este estudio con el fin de identificar los factores socioculturales que influyen para el trastorno de depresión en el conyugue del migrante y de esta manera establecer estrategias con el fin de favorecer una disminución en la prevalencia de la depresión, con el fin de diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad depresiva y disminuir la morbimortalidad. El mayor porcentaje de migración es del sexo masculino, por lo que la mujer es quien en la gran mayoría de las veces es la que se responsabiliza del núcleo familiar, siendo más susceptible dos veces más al trastorno de depresión, ya sea por factores hormonales, o psicosociales, la mujer es más vulnerable a presentar depresión a causa de la migración ya que se siente abandonada, triste, sola, desprotegida, y es ella quien debe hacerse cargo de la familia mientras su pareja llega a su destino, se preocupa constantemente, presenta problemas para dormir por pensar en su familia y asumir la responsabilidad de su hogar. además de que la depresión es un trastorno que se encuentra subdiagnosticado en nuestra población, y va mermando lentamente la salud siendo causa de invalidez, además una de sus principales complicaciones es el suicidio. Por lo que es de suma importancia tener las herramientas en atención primaria de la salud para poder diagnosticar y tratar de manera temprana. En base a lo anterior se crea la necesidad de determinar la relación entre migración y depresión en la población adscrita en la unidad de medicina familiar de tabasco.</p> <p>El objetivo general es identificar la relación que existe entre la depresión del cónyuge y la migración masculina en la población de la localidad de Tabasco, Zacatecas</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>Le comentamos a usted el procedimiento general: El presente protocolo de investigación ha sido enviado al Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en, Zacatecas (CLIS 3301) para su evaluación y autorización. Se ha dado a conocer a la Directora de Microzona de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS, en la Delegación Estatal Zacatecas la justificación y los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo de investigación. Su participación como cónyuge de la persona migrante consistirá en lo siguiente: se le dará a contestar un cuestionario el cual está distribuido en 6 capítulos: el primero incluye la ficha de identificación, como son sus iniciales, número de seguro social, entre otros. el segundo capítulo contiene unas preguntas que preguntan sobre sus características sociodemográficas como son cuál es su edad, grupo de edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia. El capítulo No. 3 contiene sus características socioeconómicas El No. 4 consiste en antecedentes de enfermedades que le han diagnosticado, como presión alta, diabetes, obesidad, entre otras. El No. 5</p>

	<p>corresponde a preguntas para conocer su tipo de familia, es decir, cuantas personas viven con usted, a que se dedican, entre otras y el No. 6 es una serie de preguntas para conocer si existe un problema de depresión.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Le comentamos que este estudio, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud se considera dentro de la categoría de riesgo mínimo o nulo para usted ya que su participación consistirá en solo dar respuesta a este cuestionario y cuyas molestias están relacionadas al tiempo que usted se tardará en dar contestación y que en términos generales es de aproximadamente 20 minutos.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Le informamos que su participación en este estudio no tendrá beneficios directos para usted. Sin embargo, existe el beneficio potencial de que al identificar algún factor de depresión, se le apoyará en tratar de manera temprana la enfermedad.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Usted, como participante, si es que así lo decide de manera voluntaria, podrá solicitar y recibir la información suficiente y necesaria sobre los resultados obtenidos del cuestionario aplicado.</p>
Participación o retiro:	<p>Usted, como participante y derechohabiente al IMSS, si es que así lo decide de manera voluntaria tiene la elección de continuar participando o retirarse en cualquier momento de aplicación del cuestionario sin detrimento o repercusiones sobre el derecho que tiene de solicitar y brindarle atención médica en la UMF No. 39, o de servicios de calidad y oportunidad para usted y su familia en cualquier institución del IMSS.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>En todo momento se le garantizara la privacidad y confidencialidad de la información. El cuestionario se aplicará en un área aislada, confortable, libre de ruidos. La información y datos obtenidos serán resguardados y en caso de su difusión y/o publicación en todo momento se guardará la confidencialidad de su persona. El cuestionario será aplicado por equipo de salud ampliamente calificado.</p>
Beneficios al término del estudio:	<p>La investigación pretende identificar la relación que existe entre la presencia de "tristeza" p depresión y el hecho de que su esposo hacia emigrado hacia Estados Unidos u otra parte del país. Los beneficios potenciales serán identificar si tiene algún grado de depresión, diagnosticar y tratar adecuadamente esta enfermedad por lo que se enviara con su médico familiar para su tratamiento.</p>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigadores Responsables:	<p>Nombre: Pedro Walle Serrano Teléfono móvil: 4921051444 Correo electrónico: pwalles@hotmail.com</p> <p>Nombre: Dr. Eduardo Martínez Caldera Teléfono móvil: 4939393117 Correo electrónico: eduardo.martinezcal@imss.gob.mx calmared_2011@hotmail.com</p> <p>Nombre: Dra. Julieta Martínez Pinedo Teléfono móvil: 4921026323 Correo electrónico: martinez.pinedo@hotmail.com</p>
De igual manera, en caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC 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: comision.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del participante</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
Clave: 2810-009-013	

22.2 Instrumento de recolección de la información

22.2.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- 1.- Folio: _____
- 2.- Iniciales del nombre de la entrevistada (Iniciar con apellidos paterno y materno): _____
- 3.- Número de Seguro Social: _____
- 4.- Agregado del número de afiliación: _____
- 5.- Consultorio al que pertenece usted: _____
- 6.- ¿Turno de atención medica al que pertenece usted? ()
1.- Matutino 2.- Vespertino

22.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.-

1. ¿Qué edad tiene? ()
 1. Igual o menor de 19
 2. 20 – 24 años
 3. 25 – 29 años
 4. 30 - 34 años
 5. 35 -39 años
 6. 40 – 44 años
 7. 45 – 49 años
 8. 50 – 54 años
 9. Igual o mayor de 55 años
- 2.- ¿Cuál es su estado civil actual? ()
 1. Casado/a.
 2. Divorciado/a.
 3. Unión libre
- 3.- ¿Cuál es la religión que usted profesa? ()
 - 1.- Católica
 - 2.- Testigos de jehová
 - 3.-Cristianismo
 - 4.- Adventista

5.- Otras

5.- ¿Cuál es su ocupación? ()

1.-Ama de casa

5.- Minería

2.- Estudiante

6.- Profesionista

3.- Obrero

7.- Técnico

4.- Comerciante

8.- Otras

6.- ¿Cuál es su nivel de escolaridad? ()

1.-Analfabeta

6.- Secundaria incompleta

2.-Prescolar

7.- Bachillerato terminado

3.- Sabe leer y escribir

8.- Bachillerato incompleto

4.-Primaria completa

9.- Licenciatura completa

4.-Primaria incompleta

10.- Licenciatura incompleta

5.- Secundaria terminada

11.- Maestría

12.- Doctorado

7. ¿Cuál es su nacionalidad? ()

1. Mexicana

2. Extranjera

8. ¿Cuánto tiempo tiene que migró su pareja?

9. ¿Cuál es el lugar al que migró su pareja?

22.2.3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

SOMATOMETRÍA:

1. Peso en Kilogramos: _____

2. Talla en centímetros: _____

3. Índice de masa corporal (para ser determinado por el encuestador): _____

4. Padece alguna de las siguientes enfermedades:

a. Presión alta

- b. Diabetes Mellitus
- c. Cáncer
- d. Otra (especifique):_____

22.2.4. CUESTIONARIO PARA CLASIFICAR TIPO Y ESTRUCTURA FAMILIAR

1. ¿Cuántos hermanos tienes?
 - a. No tengo hermanos
 - b. 1-2 hermanos
 - c. 3 o más
2. ¿con quién vives? (puedes seleccionar una o más opciones)
 - a. Mamá
 - b. Papá
 - c. Hermanos
 - d. Otros, especifique_____
3. ¿Quiénes aportan dinero a la casa?
 - a. Papá
 - b. Mamá
 - c. Mamá y Papá
 - d. Hermanos
4. ¿en dónde vives?
 - a. En la ciudad
 - b. En una comunidad
 - c. En área rural
5. ¿en tu casa cuentan con los servicios? (puedes seleccionar más de una opción)
 - a. Agua
 - b. Luz
 - c. Drenaje
 - d. Teléfono
 - e. Internet
6. ¿con qué cocinan los alimentos?
 - a. Estufa de gas
 - b. Estufa eléctrica

- c. Parilla
- d. Leña

Evaluación del ámbito social familiar, de acuerdo con la evaluación anterior se clasifica la familia según su puntuación de la siguiente forma:

Familia socialmente integrada: 171 a 290 puntos

Familia socialmente marginada: 121 a 170 puntos

Familia con deprivación social: 0 a 120 puntos

I. Ocupación e ingreso		NO	SI
a. El trabajo del proveedor es acorde con su preparación		0	10
b. Los ingresos cubren las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, recreación, salud, etc.) de la familia		0	20
II. Escolaridad		NO	SI
a. La escolaridad de los hijos es acorde con la edad		0	10
b. El rendimiento escolar de los hijos es, en promedio	bajo	medio	Alto
c. La escolaridad promedio de la familia es superior a los nueve años escolares		0	10
III. Vivienda		NO	SI
a. Es adecuada en relación a dormitorios y personas		0	10
b. Se dispone de agua potable y luz eléctrica		0	10
c. La basura se almacena y elimina adecuadamente		0	10
d. Las excretas se eliminan de manera adecuada		0	10
e. La fauna domestica no afecta la salud familiar		0	10
IV. Acceso a servicios de salud		NO	SI
a. La familia es derechohabiente de alguna institución de salud		0	10
b. El hogar está situado cercano a servicios de salud		0	10
c. El horario de trabajo de los padres permite acudir regularmente al servicio de salud		0	10
V. Alimentación		NO	SI
a. La alimentación es suficiente en cantidad		0	10
b. La alimentación es suficiente en calidad (balanceada)		0	10
c. Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad)		0	10
VI. Recreación		NO	SI

a. Las actividades recreativas fomentan la salud		0	10
b. El hogar está situado cercano a servicios de salud		0	10
c. Los integrantes de la familia realizan algún deporte		0	10
VII. Cooperación con la comunidad			
a. La familia forma parte de algún comité comunitario o social		NO	SI
b. La familia coopera con los proyectos comunitarios		0	10
c. La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria		0	10
VIII. Autogestión en salud			
a. La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria		NO	SI
b. La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud		0	10
c. La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud		0	10

22.2.5. METODO GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANOS

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (Si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.

	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO
ESTRATO I	4-6
ESTRATO II	7-9
ESTRATO III	10-12
ESTRATO IV	13-16
ESTRATO V	17-20

22.2.6. TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su

elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido	0-7
Depresión ligera/menor	8-13
Depresión moderada	14-18
Depresión severa	19-22
Depresión muy severa	>23

HUMOR DEPRESIVO (TRISTEZA, DESESPERANZA, DESAMPARO, SENTIMIENTO DE INUTILIDAD)	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
SENTIMIENTOS DE CULPA	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
SUICIDIO	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
INSOMNIO PRECOZ	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
INSOMNIO INTERMEDIO	
No hay dificultad	0

Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
INSOMNIO TARDÍO	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
TRABAJO Y ACTIVIDADES	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
INHIBICIÓN PSICOMOTORA (LENTITUD DE PENSAMIENTO Y LENGUAJE, FACULTAD DE CONCENTRACIÓN DISMINUIDA, DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD MOTORA	
Palabra y pensamiento normales	
	0
Ligero retraso en el habla	
	1
Evidente retraso en el habla	
	2
Dificultad para expresarse	
	3
Incapacidad para expresarse	
	4
AGITACIÓN PSICOMOTORA	
Ninguna	
	0
Juega con sus dedos	
	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	
	2
No puede permanecer quieto ni permanecer sentado	
	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	
	4
ANSIEDAD PSÍQUICA	
No hay dificultad	
	0
Tensión objetiva e irritabilidad	
	1
Preocupación por pequeñas cosas	
	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	
	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	
	4

ANSIEDAD SOMÁTICA (SIGNOS FÍSICOS DE ANSIEDAD: GASTROINTESTINALES: SEQUEDAD DE BOCA, DIARREA, ERUCTOS, INDIGESTIÓN, ETC; CARDIOVASCULARES: PALPITACIONES, CEFALÉAS; RESPIRATORIOS: HIPERVENTILACIÓN, SUSPIROS; FRECUENCIA DE MICCIÓN INCREMENTADA; TRANSPIRACIÓN)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES	
Ninguno	0
Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimules. Sensación de pesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
SÍNTOMAS GENITALES (TALES COMO: DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO Y TRASTORNOS MENSTRUALES)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
HIPOCONDRIA	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
PÉRDIDA DE PESO	
Pérdida de peso inferior a 500gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2

INTROSPECCIÓN (INSIGHT)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

22.3 ACTA DE DICTAMEN

Forma Dictamen

Página 1 de 1



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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3301** con número de registro **17 CI 32 056 012** ante
COFEPRIS

HOSP GRAL ZONA/MP 1 ZACATECAS, ZACATECAS

FECHA **11/10/2017**

DR. PEDRO WALLE SERRANO

P R E S E N T E

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

"MIGRACIÓN MASCULINA COMO CAUSA RELACIONADA A DEPRESIÓN DEL CONYUGE"

que someti 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-2017-3301-49

ATENTAMENTE

DR.(A). **EVERARDO NAVARRO SOLIS**
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3301

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD IDONEIDAD SOCIAL

23. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/lms_s_161RR.pdf fecha de ultimo acceso: 30 de septiembre de 2017
- ² Vargas BE, Heinze G, García J, Fernandez MA, Dickinsson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* Vol. 47 (No. 5) Septiembre-Octubre 2004.
- ³ Pinto-Hernández AL. Depresión en mujeres ¿Es difícil ser mujer? *Salud en Chiapas*. años I. Vol. 3, julio-diciembre de 2013
- ⁴ Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med* 1994;10:77-84.
- ⁵ Bojorquez-Chapela L, Salgado-de Snyder Nelly. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental* Vol. 32, (No. 4), julio-agosto 2009
- ⁶ Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *arch gen psychiatry* 1988; 45: 977-986.
- ⁷ Flores-Ramos M, Heinze G, Silvestri-Tomassoni R, Association between depressive symptoms and reproductive variables in a group of perimenopausal women attending a menopause clinic in Mexico city. *Womens ment health*; 2010; 13 (1): 99-105.
- ⁸ Gaviria-A SL. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Rev. Colomb. psiquiat.*, Vol. 38 (Número 2) 2009.
- ⁹ Carvalho-dos Santos VT, da Silva-Coqueiro, Santos-Souza M, Rodrigues-barbosa A, et al. Depressive symptoms in brazilians elderly: population-based study. *Revista cubana de enfermería* 2013; 29 (2).
- ¹⁰ Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de galicia (avalia-t); 2014.
- ¹¹ Rivera-Heredia ME, Martínez-Servín LG, Obregón-Velasco N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental* 2013; 115-122 Vol. 36, (No. 2), marzo-abril 2013.
- ¹² García-Fabela L, Melano-Carranza E, Aguilar-Navarro S, García-Lara JMA, Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Funes JA. Hypertension as a risk factor developing depressive symptoms among community-dwelling elders. *Revista de investigación clínica*; 61 (4). 2009 274-280.
- ¹³ De la Roca-Chiapas JM, Hernández-González M, Candelario M, De la Luz-Villafana M, Hernández Et al. Association between depression and higher glucose levels in middle-aged mexican patients with diabetes. *Revista de investigación clínica*. 65 (3). 2013-; 209-213.
- ¹⁴ Moral-de la Rubia J, Segovia-Chávez MP. Discrimination in clinical settings and its relationship to depression and anger in women living with HIV. *Medicina Universitaria* 2014; 16(62): 2-8.
- ¹⁵ Sequeira-Cordero A., et al. Neurobiología de la depresión *Rev Mex Neuroci* 2009; 10(6): 462-478
- ¹⁶ Vázquez RD, González-Macías Laura, Berlanga C, Aedo FJ. Effect of acupuncture treatment on depression: Correlation between psychological outcomes and salivary cortisol levels. *Salud Mental* 2013; 34 (1)
- ¹⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013
- ¹⁸ Cano-Vindel A 1, Salguero JM 2, Mae-Wood C 1, Dongil E3 y Latorre JM 4 La depresión en Atención Primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 2012. Vol. 33(1). 1Universidad Complutense de Madrid. 2Universidad de Málaga. 3Universidad Católica de Valencia. 4Universidad de Castilla la Mancha

-
- ¹⁹ Medrano-Espinosa O, Rodríguez-Hernández C, Valencia-Granados J, García S, Suárez-Cuenca JA. Depresión: una enfermedad inflamatoria. *Psiquis (México)*, Mar-Abr. Vol. 22, (Núm 2), 2013
- ²⁰ *Salud Mental*. Marzo-abril 2007; Vol. 30, (No. 2): 33-41. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas
- ²¹ Cartilla RC, Bromberger JT, Zhang Y, Perel JM, Matthews KA. Depressive symptoms are with hemostatic factors in middle-aged women: A report from the Study of Women Health Across the Nation (SWAN). *MedUNAB* 7(29);2004
- ²² Agudelo D, Carretero-Dios H, Blanco-Picabia Alfonso, et al. Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del st/dep revisado, *Salud Mental*, Vol. 28, (No. 3), junio 2005.
- ²³ Armendariz-García NA, Alonso-Castillo MM, López-García KS, Alonso-Castillo BA. Depression in women. Ceoncept analysis from the nursing perspective. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(2) 270-276
- ²⁴ Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821-30.
- ²⁵ Santiago- Cabrera AS, Lizardo-Cruzado. Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (2), 2014
- ²⁶ Carrasco-González G. La migración centroamericana en su tránsito por México hacia los Estados Unidos. *Alegatos*, num 83, México, enero/abril de 2013.
- ²⁷ INEGI. XII Censo de Población y Vivienda 2010. Estadística/ Población, hogares y vivienda/Migración internacional/ Porcentaje de la población migrante internacional por entidad federativa expulsora según lugar de destino y sexo, 2010. Disponible en <http://www.cuentame.inegi.org.mx/> última revisión 30 de septiembre 2017.
- ²⁸ Rivera-Heredia ME, Obregón-Velasco N, Cervantes-Pacheco El. Migración, sucesos estresantes y salud: perspectivas de las mujeres michoacanas de comunidades rurales con familiares migrantes. *Acta Universitaria*, vol. 23, (núm. 1), noviembre, 2013, pp. 49-58 Universidad de Guanajuato Guanajuato, México.
- ²⁹ López-Montaña LM El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres. *Ánfora*, 19 (32), 117-136. Universidad Autónoma de Manizales. ISSN 0121-6538.
- ³⁰ Mariano-galindo RN. Prevalencia de la depresión en mujeres madres de familia como consecuencia de la migración
- ³¹ Kessler R, Angermeyer M, Anthony J, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the world health organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6 (3): 168-173.
- ³² López-Montaña LM. El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres. *Ánfora*, 19 (32), 117-136. Universidad Autónoma de Manizales. ISSN 0121-6538.
- ³³ Patiño-Rodríguez C, Kirchner-Nebot T. Estrés migratorio y sintomatología depresiva: Rol mediador del afrontamiento. *Revista mexicana de psicología*, vol. 28, (núm. 2), julio-diciembre, 2011, 151-160
- ³⁴ Martínez-Ruiz DT. Los tejidos de una etnografía emocional de la migración: El caso de la vida familiar entre migrantes y no migrantes en localidades michoacanas en contexto transnacional. Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- ³⁵ II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar* 2005; 7(Supl. 1): 15-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf> Fecha de último acceso: 07 de octubre 2017