



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 30-60 AÑOS EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

**TESIS:**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**MARLENE ITZEL FRAGOSO MENDOZA**

**ASESORES:**

AYDE VALVERDE PEREZ  
MANUEL MILLAN HERNANDEZ



**CIUDAD DE MEXICO, JULIO 2019**



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.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
TESIS DIGITALES  
RESTRICCIONES DE USO

DERECHOS RESERVADOS  
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la ley federal del derecho de autor (LFDA) de los estados unidos mexicanos. (MEXICO)

El uso de imágenes, fragmentos de videos y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente con fines educativos e informativos, y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando 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.

# INDICE

CAPITULO	PAGINA
INDICE DEDICATORIA	4
1.- RESUMEN	5
2.- ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
5. OBJETO DE ESTUDIO	21
6. JUSTIFICACIÓN	21
7. HIPÓTESIS	21
8. POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS	22
9. TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
10. DEFINICION D EVARIABLES	24
11. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	25
12. ANALISIS DE DATOS	25
13. - RECURSOS HUMANOS, FISICOS, ETICOS Y FINANCIEROS	26
14. RESULTADOS	28
15. DISCUSIÓN	35
16. CONCLUSIÓN	36
17. BIBLIOGRAFÍA	37
18. ANEXOS	38

DEDICATORIA:

A MI DIOS POR GUIARME PASO A PASO EN ESTE CAMINO

A MIS PADRES ANGELINA Y MANUEL POR SU EJEMPLO DE FORTALEZA, DEDICACIÓN Y AMOR INFINITO

A MI ESPOSO ERNESTO POR SER MI COMPAÑERO DE VIDA Y APOYO INCONDICIONAL

A MI HIJA SOPHIA POR INSPIRAME A JAMÁS DESISTIR

## 1.- RESUMEN

### **Incidencia de Depresión en Mujeres de 30-60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7**

Autores: Fragoso Mendoza Marlene Itzel <sup>1</sup> Dra. Sandra Vega Garcia<sup>2</sup> Dra. Valverde Pérez Ayde <sup>3</sup> Dr. Manuel Millán Hernández <sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar 7.  
<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 7.<sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar Hospital de Psiquiatría con UMF No. 10,

**Introducción:** La depresión es una enfermedad con gran impacto en la salud pública, teniendo en las mujeres un porcentaje del 5% con respecto a los hombres con el 3.5%, existen rangos de edad en la mujer en donde se presenta una mayor incidencia de la depresión, como es la relacionada con el posparto, la menopausia y la vejez, sin embargo las tasas de presentación de depresión se ha incrementado a cualquier edad. .

**Objetivo:** Describir la incidencia de depresión en mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Material y Métodos:** Estudio transversal analítico, por muestreo no aleatorizado, por conveniencia

**Infraestructura:** Se realizará en las instalaciones de la unidad médica número 7 del Instituto Mexicano del seguro social en la consulta externa.

**Recursos:** Orientación de los asesores metodológico y clínico, acceso a las instalaciones en donde el costo será absorbido por el médico residente

Experiencia del grupo: Los integrantes del grupo tienen amplia experiencia como investigadores

Tiempo a desarrollarse: Julio 2019 a diciembre 2019,

Palabras clave. Depresión. Mujeres.

## 2.- ANTECEDENTES

Dentro de las etapas del ciclo vital se encuentra la etapa prenatal que va desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento, la etapa posnatal que se divide en el periodo neonatal que abarca desde el nacimiento hasta el día 28 de vida extrauterina, la niñez que llega hasta los 14 años en donde se lleva a cabo un reajuste hormonal preparando al cuerpo para que se presente la menarca. Se considera periodo premenárquico desde el nacimiento hasta la aparición de la primera menstruación iniciando así el ciclo sexual, ovulación y etapa reproductiva, la cual en nuestro país se presenta en promedio a los 11 años.

El periodo posmenarquico se considera desde la primera menarca hasta el inicio de la primera gestación. La etapa concepcional desde que inicia la gestación hasta 6 semanas después del nacimiento del producto, en la etapa Postconcepcional se incluye el climaterio y la menopausia, en todas estas etapas al haber un cambio hormonal se ve aumentado el riesgo de que se presenten diversas patologías entre ellas la Depresión.

La clasificación de STRAW se utiliza para conocer la cronología del envejecimiento reproductivo de la mujer, mostrando así los cambios clínicos, endócrinos, en donde se incluye ciclos menstruales, síntomas, mediciones de hormona folículo estimulante, hormona luteinizante, recuento folicular, hormona antimulleriana, inhibina B, lo cual nos ayuda para conocer en qué etapa se encuentra la mujer y con ello identificar más prontamente alguna enfermedad propia de cada etapa.<sup>(1)</sup>

La Etapa reproductiva de la mujer son aquellos años que abarcan desde la menarca hasta que se agotan los folículos ováricos y con ello cesa la posibilidad de obtener un embarazo, todo esto guiado por los sucesos que se dan durante el ciclo sexual femenino. Durante el ciclo sexual normal en etapa reproductiva se presentan la fase folicular, en donde a través de la influencia de las hormonas Folículo estimulante (FSH) Y Luteinizante (LH) provenientes de la Hipófisis, se da la maduración del óvulo el cual es preparado para la ovulación a la mitad del ciclo. Los ovarios por su parte a través de la secreción de estrógenos y progestágenos son los encargados de preparar al endometrio volviéndolo más grueso y vascularizado volviéndolo óptimo para la implantación en caso de que se dé la fecundación por un espermatozoide.

Después de 3 días de la ovulación si la fecundación no se llevó a cabo el óvulo entra en una etapa de regresión-degradación, y con ello el endometrio se presentándose la menstruación y con ello el ciclo vuelve a comenzar, el ciclo sexual se presenta mensualmente cada 28-32 días durante la etapa reproductiva.

Al ciclo sexual lo podemos dividir en 2 fases, durante la primera los estrógenos estimulan la producción y liberación de la hormona folículo estimulante aumentando así su concentración, hacia la mitad del ciclo concentraciones elevadas tanto de FSH como de LH permiten que se dé la ovulación, para posteriormente producir una retroalimentación negativa de la secreción de gonadotropinas disminuyendo así sus niveles, permitiendo una retroalimentación regulatoria a través de hormonas hipofisarias y ováricas.<sup>(2)</sup>

La etapa reproductiva la podemos dividir de acuerdo a la clasificación de STRAW, como temprana, media y tardía, en donde la duración de cada una de ellas es variable, los ciclos menstruales durante la etapa temprana tienden a ser irregulares con tendencia a la regularidad a medida que avanzan hacia la media y la tardía.

Dentro de las comorbilidades que se pueden encontrar en esta etapa las podemos dividir aquellas asociadas a su reproducción como son complicaciones durante el parto, desordenes del estado de ánimo, y hasta la muerte materna, enfermedades asociadas a entidades adquiridas como son infecciones de transmisión sexual, violencia, diferentes tipos de cánceres, crónicas degenerativas

1.- Las defunciones maternas ocupan el segundo lugar dentro de la mortalidad reportada, en donde cada año mueren aproximadamente 287 000 por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, siendo más frecuente en países en vías de desarrollo. En las mujeres más jóvenes menores de 20 años existe un aumento de riesgo que se presente un aborto, parto pretérmino o inmaduro, así como malformaciones congénitas y complicaciones tales como inserción baja de placenta, toxemias, distocias de hombros, falta de progresión del trabajo de parto, muerte fetal. Por su parte en mujeres añosas existen factores de riesgo que pueden estar sobre agregadas como es la multiparidad, hábito tabáquico, y enfermedades crónicas degenerativas asociadas.<sup>(3)</sup>

2.-La posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual se ve favorecido por la práctica de relaciones sexuales no seguras, siendo este el mayor factor de riesgo para que se presente sumado a las características de vulnerabilidad económica, falta de acceso a la información, y a los servicios de salud con las cuales cuenta gran parte de la población femenina, en especial en un periodo comprendido de 15-25 años, existen diversas enfermedades de transmisión sexual que aumentan su incidencia en esta etapa como es la presencia de VIH –SIDA, Virus del papiloma Humano, Hepatitis B y C, lo cual constituyen un aspecto muy importante a tomar en cuenta en la prevención.<sup>(4)</sup>

3.- La infección por el virus del papiloma humano (VPH) día a día juega un papel más preponderante pues es la causa número uno de que se presente el cáncer cervico uterino que a su vez es la segunda causa de neoplasia en mujeres en edad reproductiva, seguido del cáncer de mama.<sup>(5)</sup>

4.- La violencia hacia la mujer es un tema de suma importancia ya que el 35% de las mujeres en alguna ocasión en su vida han sido víctimas de violencia por parte de la pareja ó de carácter sexual fuera del ámbito de pareja durante su etapa reproductiva y en la menopausia.

5.- La depresión es la principal causa de morbilidad femenina en años laborables, ocupando el 20% en etapas como el posparto, y siendo mucho más frecuente el suicidio consumado en las mujeres con respecto a los hombres. En Europa representa más del 7%de la mortalidad prematura, en España el riesgo de que la población en general desarrolle un episodio de depresión grave en su vida aumenta casi a la mitad en el caso de ser mujeres 16.5% con respecto a hombres que es del 8.9%.

Como podemos observar la depresión es un padecimiento que se presenta más frecuentemente en la mujer en ciertas etapas de la vida, como es el posparto, menopausia , lo cual es importante tomar en cuenta ya que la esperanza de vida ha aumentado a 76.59 años en comparación con 71.58 años para los hombres, siendo 4 años más de supervivencia par ellas según lo reportado por el INEGI con base en estadísticas vitales de enfermedad, se estima que para el 2050 la tasa de supervivencia será de 90 años, por lo cual estarán muchos más años en etapas en donde haya cambios hormonales aumentando el riesgo de que se presente. <sup>(6)</sup>

De acuerdo a un estudio realizado en Estados Unidos el estado depresivo mayor afecta a una de cada 5 mujeres de 20 – 40 años <sup>(7)</sup>, el cual es un periodo que se considera de fertilidad para la mujer en este estudio se menciona la relación que existe entre la aparición de depresión antes del embarazo y como esta afecta la duración de la lactancia materna en la mujer, encontrándose que para las mujeres con antecedente de depresión antes del embarazo aumentan las probabilidades de amamantar con una duración menor a 8 semanas en comparación con las mujeres que no contaban con dicho antecedente en especial en una edad comprendida entre los 25-29 años. <sup>(7)</sup>

Lo cual trae como consecuencia que aumente el riesgo de cáncer de mama en la mujer, persistencia del sobrepeso en la madre, o presencia de alergias y enfermedades respiratorias continuas durante el desarrollo del producto. Con lo cual se muestra la importancia de poder detectar aquellas pacientes que cursen con Depresión y poder tratarlas de manera temprana para así poder evitar lo más posible consecuencias como las aquí descritas.

La depresión posparto es la complicación psiquiátrica con mayor trascendencia clínica en etapa reproductiva, afectando del 10-15% de la población femenina en posparto en mujeres de 20-45 años, sin embargo cuando se trata de una madre adolescente la incidencia se eleva hasta un 26%. El cuadro empieza con manifestaciones clínicas entre las primeras 4 semanas posparto y los primeros 6 meses, dentro de la sintomatología se encuentran labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida del aptito y trastornos del sueño, pérdida de la memoria, concentración, fatiga e irritabilidad. Para que se pueda realizar el diagnostico deben cumplir con los criterios de depresión mayor de acuerdo al DSM IV y estos síntomas deben persistir por lo menos durante 2 semanas interfiriendo en el desempeño normal de la madre. <sup>(8)</sup>

Dentro de los factores de riesgo para que se presente esta entidad es el haber presentado ansiedad o depresión durante el embarazo, haber estado ante situaciones estresantes intensas, tipo de personalidad de la paciente, estado socioeconómico y complicaciones obstétricas asociadas, es importante identificar a las pacientes que tengan estos factores de riesgo realizar un tamizaje prenatal y con ello poder otorgar un tratamiento temprano. Existen factores que se consideran protectores como es el que cuenta con un apoyo, familiar, soporte social y un adecuado estado socioeconómico

Dentro de los medios de tamizaje se encuentra la escala de depresión de Edinburgh, la cual fue diseñada para la valoración de sintomatología durante la etapa posnatal. Esta escala consta de 10 preguntas, las cuales se califican de 0-3. <sup>(9)</sup>

Se debe promover un aumento en la difusión de los programas de prevención durante el embarazo para diagnosticar y tratar de manera temprana los síntomas depresivos, así como fortalecer los programas ya existentes y estrategias previas promoviendo el apego materno, y un mejor desempeño entre las relaciones de pareja aumentando y fortaleciendo el apoyo de las redes sociales con las que se cuenten previamente.

Es importante localizar aquellas pacientes que se encuentren en estado de mayor vulnerabilidad como es el caso de poder ser madre soltera, el haber presentado algún tipo de abuso físico, sexual a lo largo de su vida, padecer hipotiroidismo, o que se encuentren sometidas diversos tratamientos por comorbilidades asociadas que las pueda predisponer tanto a un estado de inmunosupresión como de mayor riesgo de padecer depresión durante el embarazo en caminarlas a una pronta terapia y ayuda de tipo psiquiátrica.

Como primera línea de elección en el tratamiento es el no farmacológico, de debe derivar a terapia interpersonal y cognitivo conductual evaluando el estado mental de la madre siempre y cuando se trata de una depresión leve-moderada. Si es que se decide iniciar tratamiento farmacológico se debe evaluar riesgo-beneficio y si es necesario iniciar con la mitad de la dosis necesario e ir aumentando paulatinamente tratando de persistir con monoterapia.

Dentro de los fármacos se encuentran la Sertralina, Paroxetina e inhibidores tricíclicos como es la Nortriptilina e Imipramina, ya que en estos se ha probado que la cantidad que se excreta en la leche materna es mínima y no produce efectos adversos ni se ha relacionado con la teratogénesis <sup>(10)</sup>

Cuando existen síntomas depresivos o antecedente de Trastorno depresivo mayor antes del parto se aumenta el riesgo de un bajo apego materno en comparación con las mujeres que no presentaron estos síntomas previamente, así mismo se ha observado que se potencian situaciones de estrés con la pareja con el incremento de conflictos entre ellos, aunado a que se acentúa una merma en el apoyo social por parte de las redes de apoyo con las que cuenta las mujeres, debido a los cambios de humor repentinos, tendencia al aislamiento, o irritabilidad que se presentan frecuentemente tanto en el posparto de manera natural como lo presentado secundario a la depresión.

De acuerdo a un estudio realizado con el fin de detectar la incidencia de depresión en mujeres mexicanas en esta etapa se aplicaron cuestionarios en 3 momentos diferentes a 210 mujeres, el tercer trimestre del embarazo, 6 semanas después del parto y 6 meses después del parto, los resultados mostraron que existe una incidencia de depresión prenatal del 9.0% y del 13.8% a las 6 semanas, del 13.3% a los 6 meses después del parto. Por su parte la incidencia de síntomas depresivos prenatales fue del 16.6% y del 17.1% las 6 semanas y del 20% a los 6 meses después del parto. Con lo que se puede observar que existe una mayor incidencia de depresión en la etapa del posparto con respecto a la preparto. <sup>(11)</sup>

La revista mexicana de psicología menciona que la depresión en la mujer en edad reproductiva incide de diferentes maneras, y en donde al tener el antecedente de depresión antes del

embarazo puede influir negativamente en las conductas maternas que son cruciales para el crecimiento y desarrollo infantil, tal como es la merma de expresión afectiva de la madre al producto durante los primeros 6 meses de vida, generando en un futuro situaciones de inseguridad y falta de adaptación al medio a medida que el niño va creciendo con el consecuente mal desarrollo en la etapa infantil y de adolescente.

Así mismo es más fácil que se presente una falta de interés por el desarrollo sano del hijo, la madre no acude de manera regular a las consultas médicas para evaluación del niño, le es difícil continuar tratamientos médicos con consecuencias en la salud, y tiende más a la frustración personal d que mucha vez se ve reflejado en las conductas con tendencias agresivas hacia el menor. <sup>(12)</sup>

Según cifras de la Encuesta Nacional de Salud 2012, existen alrededor de 6.3 millones de mujeres entre los 45 y los 54 años en etapa de menopausia y climaterio con una prevalencia del 18.3 %. <sup>(13)</sup> La menopausia en la mujer mexicana se presenta en un rango de 41-55 años con una edad promedio de 47.8 años sin embargo existen factores que pueden alterar la edad de presentación como es lo reportado por un estudio multicéntrico de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (REDLINC) que fue publicado en el 2006, el cual menciona que las mujeres que viven a una mayor altitud sobre el nivel del mar mayor a 2,000 metros presentan la menopausia más tempranamente, en tanto que las mujeres que viven a menor altitud o sobre el nivel mar lo hacen de manera más tardía. <sup>(14)</sup>

Existen varios padecimientos crónico-degenerativos como osteoporosis, enfermedad cardiovascular artero-esclerosa, atrofia genitourinaria y alteraciones neurológicas, que así mismo empiezan a debutar en esta etapa de vida promoviendo un deterioro en la calidad de vida, y aumento de la morbimortalidad de las pacientes.

Un estudio prospectivo de cohorte demuestra que durante la transición del climaterio a la menopausia aumenta el riesgo de que se presente la depresión , especialmente en los 2 años después de iniciada la menopausia, existen factores que se asocian a la aparición de la depresión durante el climaterio como son el haber presentado anteriormente disforia premenstrual, depresión posparto, haber sido víctima de maltrato físico y psicológico durante la juventud, así como haber sobrellevado un divorcio, haber tenido un funcionamiento sexual bajo o el haber abusado de sustancias psicotrópicas. <sup>(15)</sup>

Existen diversas investigaciones acerca de lo relacionado con la depresión y la menopausia y posmenopausia, se sabe que la deficiencia de estrógenos puede cumplir un papel importante en la depresión en la mujer ya que menores concentraciones de estradiol y mayores niveles de FSH promueve que se precipite dicha patología, relacionándose así a los estrógenos con el sistema serotoninérgico que es el encargado de la regulación del área afectiva y emocional.

En un estudio comparativo, Young et al. observaron que los niveles de E 2eran significativamente menores en mujeres premenopáusicas deprimidas en comparación con mujeres

sin depresión de la misma edad. Los mismos autores reportan una vida media menor de la hormona luteinizante (LH) en mujeres con depresión tanto en fase folicular como en fase lútea<sup>(16)</sup>

La menopausia natural es consecuencia de la atresia total de los folículos ováricos. El cese de la actividad endocrina del ovario es progresivo, los cambios hormonales se inician en la perimenopausia con la disminución de los niveles de las hormonas ováricas inhibina y anti-mülleriana, posteriormente aparece aumento de FSH, descenso de estradiol e irregularidad en los ciclos menstruales. Durante los ciclos anovulatorios existe un hiperestrogenismo relativo sin oposición gestagénica que puede ocasionar hiperplasia endometrial la cual es una de las patologías que más se deben de estudiar a la mujer a lo largo de su vida. Tras la menopausia se llega al agotamiento folicular y la caída de estradiol. Los niveles de FSH ascienden hasta estabilizarse a los 1-2 años posteriores de inicio de la menopausia con valores promedio de >40 UI/L.

La menopausia corresponde al final de la vida reproductiva de la mujer, una etapa importante desde el punto de vista biológico y social, ya que demarca grandes cambios físicos, psicológicos y hormonales como es la disminución gradual de la secreción estrogénica generando alteraciones a nivel orgánico y psicológico en la mujer.

Se empiezan a tomar diferentes ejes en los roles que juega la mujer en esta etapa , se empieza a presentar la fase de nido vacío, que consiste en la salida del hogar de todos los hijos aquí mismo se empieza a presentar la jubilación y con esto cambios en la situación económica, exceso de tiempo libre , el que puedan estar más tiempo en el hogar y tengan la sensación de falta de utilidad, se dan crisis entre los cónyuges debido al nuevo estilo de vida que deben asumir lo que aumenta el riesgo de que se presenta una separación de los mismos , así mismo se empiezan a presentar enfermedades crónico degenerativas y con ello se pueden suscitar periodos de tristeza, falta de comprensión a las enfermedades establecidas y con ello una posible depresión por la falta de estabilidad en la salud.

Se producen cambios en la dinámica que antes tenía la mujer con su pareja, el tiempo se divide entre el conyugue y sus hijos, así como con sus nietos si es que están presentes. En algunas situaciones la mujer adopta nuevamente el rol de cuidadora de menores, pues al ya estar jubilada ó con menor carga de trabajo le son asignadas tareas de cuidar a los nietos, lo que la puede llevar a una situación de desgaste, cansancio, labilidad emocional, así mismo en estos rangos de edad le es más difícil a una mujer conseguir empleo debido a que no es tan fácil que les permitan acceder a ingresar a laborar.

Es importante tomar en cuenta que, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en 1974, la esperanza de vida en todo el mundo era de 55 años; para finales del siglo XX era de 65 años y las proyecciones sugieren que para el 2025 se acerque a los 65 años de edad, lo cual traduce una

población cercana al 90% que estará en un rango de edad de 65 años, y un 30% que sea mayor a 80 años. De acuerdo a lo emitido por la encuesta Intercensal 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, donde se reporta que México tiene una población aproximada de 119,938.473 habitantes para el año 2015, en donde el 15% tiene 55 años o más. , lo cual es de suma importancia hacer énfasis en el diagnóstico oportuno de comorbilidades que se puedan presentar en esta etapa de la vida para poder ofrecer una orientación oportuna con diagnósticos certeros de comorbilidades asociadas a esta etapa de la vida. <sup>(17)</sup>

El término “depresión” surge a mediados del siglo XIX por Sir Richard Blackmore donde se hace referencia a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. En 1980 se introduce en el DSM III el diagnóstico de depresión mayor, sin embargo, aquí se le da una orientación sintomática en donde aspectos psicopatológicos dejan de ser considerados. Contrastando con la evidencia con la cual hoy contamos, que apoya la existencia de diversas formas clínicas cuya identificación es primordial, como es la aparición de la depresión melancólica, atípica, psicótica y la depresión bipolar, subtipos como la depresión estacional o aquellas donde predominan síntomas somáticos, ó que dentro de su curso presentan crisis de pánico o síntomas obsesivos. <sup>(18)</sup>

La depresión es una enfermedad que en muchos casos no se puede detectar de una manera oportuna, en donde el médico de primer contacto logra tasas de detección del trastorno depresivo mayor entre un 30-40% únicamente del total de los pacientes que lo padecen según lo reportado en un artículo realizado por Calvo Gómez, JM emitido por la facultad de medicina de Colombia. <sup>(19)</sup>

El costo de los problemas de salud mental se estima entre el 2.5 y el 4.5% del PIB anual, del presupuesto en salud en México solo se destina un aproximado del 2% a la salud mental, siendo que la Organización Mundial de la salud recomienda se destine al menos entre 5-10% del presupuesto total. Siendo el 80% de este monto destinado a la a la manutención de hospitales psiquiátricos, con muy poco aporte destinado a la prevención, detección oportuna y rehabilitación de padecimientos psiquiátricos. Todo esto influye y retrasa en muchas ocasiones la atención que se le pueda brindar a las pacientes, así como limita el acceso a medicamentos y tratamientos a corto plazo, así como internamientos ante crisis o aquellos que sean a largo plazo.

De acuerdo a la encuesta nacional de salud mental realizada en México en el año 2018 <sup>(20)</sup> un 18% de la población urbana en edad productiva (15-64 años) sufre de algún trastorno del estado de ánimo en nuestro país, tomando en cuenta que solo una de cada cinco que lo padezca recibirá tratamiento, y de acuerdo al INEGI el 1-2% de la población en edad productiva presenta por lo menos un intento de suicidio en su vida producto de una depresión no tratada a tiempo.

Se considera que en el mundo aproximadamente 350 millones de personas sufren depresión, un 18% más que hace una década de acuerdo a lo reportado por la OMS en el día internacional de la Depresión el 7 de abril ,en donde se tiene registrado que el 4.4% de la población mundial sufre depresión, en donde para el caso de las mujeres corresponde a un 5.1% y para los hombres un 3.6%, tomando en cuenta que los países de bajos y medianos ingresos son los que se ven más afectados por esta patología , el 50% de las personas que sufren depresión viven en el Sudeste Asiático y en la región del pacifico, teniendo como característica que dentro de estos están los países más poblados

como es China e India. , mencionando que es en la edad adulta y en las mujeres quienes más lo padecen.

Según la Organización mundial de la salud Alemania es el país a nivel mundial con más casos de depresión siendo más de 4 millones de personas las afectadas, seguido de Italia y Francia con más de 3 millones, en cuarto lugar se encuentra España con 2 millones aproximadamente. Siendo el sexo femenino el más afectado teniendo un 5.1% con respecto al 3.6% del sexo masculino.

En el contexto del continente americano y dentro de los trastornos mentales la depresión constituye el trastorno más común con un 5% seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. Siendo un serio problema dentro de la salud pública con un alto costo social participando dentro de la carga global de las enfermedades en un 12% , afectando al 28% de los años vividos con discapacidad constituyendo unas de las 3 principales causas de mortalidad entre las personas de 15-45 años aludiendo al suicidios como principal factor condicionante.

En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor incidencia de depresión con 5,8 %seguido de Cuba 5,5% y Paraguay 5,2%. Chile y Uruguay tienen el 5%; Perú, 4,8%; mientras Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana muestran 4,7 %. A ellos les siguen Ecuador 4,6%, Bolivia, El Salvador y Panamá con 4,4%, México, Nicaragua y Venezuela con 4,2% , Honduras 4,2 %y Guatemala con el 3,7%.

En México, tiene su máxima incidencia de depresión en mujeres de 35-45 años. La prevalencia en población general es 6-12% a lo largo de la vida, en varones 6%, y 10% en mujeres. En poblaciones de alto riesgo, como adultos mayores, la incidencia es más alta, afecta hasta el 37,2%. En los Estados de la República Mexicana, las tasas más elevadas de suicidio X 100.000 habitantes, se han registrado en: Querétaro 23,5, Oaxaca 12,7, Aguascalientes 12,1, Sonora 11,8, Morelos 11,1, Campeche 9,0, Durango 8,8, Tabasco 8,7, Colima 8,6, y San Luís Potosí 8,5. <sup>(21)</sup>

En el Instituto Mexicano del seguro social se tienen registros que de acuerdo al CIE 10 menos del 5% de la población femenina padece depresión, en la Unidad de Medicina familiar 7 que cuenta con una población total de 380.803 pacientes, de las cuales casi el 60% son mujeres , el 12% presenta algún tipo de trastorno del estado de ánimo de acuerdo al CIE 10.

En el desarrollo de la depresión aunque no se conoce con exactitud las regiones cerebrales afectadas en su totalidad así como su influencia ambiental, factores heredofamiliares y un circuito neuroanatómico que nos explique la patología, se sabe que estructuras como la corteza prefrontal, hipocampo, amígdala y el núcleo acumbens son los encargados de la regulación de las funciones emotivas, de recompensa y ejecución, las cuales se involucran con vías nerviosas afectas en la depresión <sup>(22)</sup>.

La depresión se considera una enfermedad del talante siendo la causa más común de sufrimiento mental, se considera que se trata tanto de un trastorno biológico como de una mala respuesta a la presencia de estrés psicosocial con una consecuente inadecuada manera de afrontar la

situación adversa, de lo cual se derivan los términos depresión endógena y depresión exógena. La exógena tiene su origen en una causa externa generalmente bien definida como puede ser la pérdida de un empleo, fallecimiento de algún familiar querido, o cambio radical en el estilo de vida. La endógena tiene un componente biológico interno como pudiendo derivar de una psicosis bipolar o unipolar.

Con el paso del tiempo los episodios de depresión van siendo más graves con periodos de latencia más cortos siendo más difíciles de tratar, e involucrando el uso de más de 1 antidepresivo en muchos casos. El modelo de Kindling nos habla de que cada episodio depresivo genera un efecto neurotóxico con alteraciones en hipocampo y aparición de atrofia cortical, necrosis neuronal e inhibición de la neurogénesis, por lo que se debe tener como objetivo la remisión completa del periodo depresivo y con ello poder mantener estable a la paciente mejorar su calidad de vida, disminuir morbimortalidad asociada a este padecimiento, <sup>(23)</sup>

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente, la cual muchas veces es diagnosticada erróneamente, una de cada 5 personas va a deprimirse a lo largo de su vida y el 80% de estas consultaran por síntomas físicos como depresión enmascarada con el firme convencimiento que se trata de otra patología de origen orgánico. De acuerdo al DSM IV a la depresión se le define como un trastorno del estado de ánimo o humor en donde está constituido por síntomas de tipo afectivo en los cuales se incluyen tristeza patológica, apatía, anhedonia, irritabilidad, labilidad emocional, alteraciones en el sueño, alteraciones en el apetito, se puede incluir síntomas de tipo cognitivo y físicos siendo los afectivos los que más se presentan.

Dentro de los criterios diagnósticos más utilizados son los enlistados por la Clasificación Internacional de enfermedades /Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 ) y la de la American Psychiatric Association (DSM V-TR)

La CIE -10 tiene como criterios para un episodio depresivo mayor

A: Presencia de 5 ó más de los siguientes síntomas por al menos 2 semanas, con cambios relevantes en las actividades previas, en donde uno de los síntomas debe incluir:

a).- Estado de ánimo depresivo b).- pérdida del interés o anhedonia.

- 1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por lo menos 5/7 de los días de la semana.
- 2.- Disminución del interés por las actividades diarias ó anhedonia casi la mayor parte del día.
- 3.- Pérdida mayor al 5% del peso sin estar bajo algún régimen dietético en 1 mes, con alteraciones en el apetito que puede incluir aumento o disminución del peso.
- 4.- Insomnio o hipersomnia la mayor parte de los días de la semana
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotriz la mayor parte de los días de la semana, que puedan ser observables por otras personas
- 6.- Fatiga o falta de energía la mayor parte del día
- 7.- Sentimientos de inutilidad o minusvalía, culpa excesiva
- 8.- Incapacidad para concentración o presencia de indecisión constante
- 9.- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas.

A su vez esta clasificación la divide en leve, moderado o grave (y este a su vez en si tiene o no síntomas psicóticos). La depresión es una enfermedad que incluye un proceso multifactorial y complejo cuya posibilidad de presentación depende de un grupo amplio de factores de riesgo sin que se pueda establecer una relación totalmente definida entre cada uno de ellos.

La condición de ser mujer se considera el segundo factor de riesgo para desarrollar depresión, después de los antecedentes heredofamiliares, sí los refieren estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud y el estudio Eseméd en España. Ahí se refiere que el periodo de edad en donde mayor incidencia de depresión se tiene es entre los 25 y 45 años de edad, y que en la mujer se suelen presentar más síntomas somáticos, y en muchos casos la depresión se ve asociada a ansiedad, trastornos somatomorfos, abuso de sustancias, trastornos en la conducta alimentaria. <sup>(24)</sup>

Existen circunstancias de la vida propias de las mujeres que se relacionan con su cultura y no solamente asociadas a su condición biológica, y aunque estos factores estresantes también afecten a los hombres lo hacen con una menor frecuencia, lo cual aumenta el riesgo de que se presente en la mujer, dentro de estos factores se encuentran:

La influencia del poder y los estatus desiguales que tienen las mujeres en comparativa con los hombres, que aumenta sus probabilidades de vivir con un mayor grado de pobreza, como son un menor acceso a los recursos comunitarios y a la atención de su salud, generan incertidumbre sobre el futuro en ellas mismas y sus familias, provocándoles sentimientos de baja autoestima, falta de control de su vida, Al trabajar fuera del hogar y seguir manteniendo responsabilidades domésticas donde se producen un estado de preocupación por no estar desempeñándose de la mejor manera en ambas situaciones, aunado a esto muchas mujeres enfrentan la maternidad sin una pareja, teniendo que laborar en diversos lugares transportándose durante largos periodos presentando agotamiento físico excesivo, lo cual limita su desarrollo en diversos ámbitos. <sup>(25)</sup>

De ahí que sería conveniente abordar la patología desde un punto de vista de género tomando en cuentas las características propias de cada mujer como es la edad de aparición de la menarquia, partos, etapa del posparto menopausia y edad de presentación. Como ya se señaló en mujeres de edad media se tiene como factores de riesgo, los antecedentes personales y familiares de depresión, la presencia de sofocos y una mayor duración de la peri menopausia, la historia de síntomas depresivo premenstruales o de depresión posparto y las circunstancias vitales estresantes, así como la presencia de depresión asociada a evento hormonales como el embarazo o ciclo menstrual.

También existen asociaciones entre un modo de crianza con mucha restricción y poca permisividad en el área sexual con el posterior desarrollo de la depresión y conductas sexuales de riesgo durante la etapa adulta, así como la similitud entre un estereotipo femenino con rasgos depresivos y con prácticas sexuales sin protección adecuada y mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual<sup>(26)</sup>

## Escalas de Medición para depresión

En México se cuentan con diversos instrumentos de medición tales como las escalas autoevaluadas en donde se realiza la gradación de cada ítem obteniéndose un puntaje final y así junto con la entrevista clínica se puede establecer la presencia y gravedad de la depresión así como su respuesta al tratamiento, desde el primer nivel de atención como es el caso de la escala de Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for depression y Montgomery Asberg depression rating scale.

El inventario de depresión de Beck fue creado por el psiquiatra investigador y fundador de la Terapia Cognitiva Aaron T. Beck y sus colaboradores en 1961, es una escala actualmente válida en nuestro país que valora síntomas clínicos compatibles con melancolía así como pensamientos intrusivos que se encuentren en la depresión, esta es la escala que presenta un mayor porcentaje de síntomas cognitivos, su versión más actualizada consta de 13 ítems, esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975.

La escala de Montgomery que fue ubicada en 1979 y validada actualmente en nuestro país, consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y gravedad de la depresión, esta escala se prefiere sea aplicada por un clínico y después pueda ser realizada de manera autoaplicable.

La escala de Hamilton es una escala que analiza cualitativamente a los pacientes deprimidos, la versión original consta de 21 ítems y fue publicada en 1960 válida en México y hoy en día existe una versión reducida hecha por el mismo autor que consta de 17 ítems. La versión española fue realizada en 1986. En esta escala se pretende medir la intensidad o gravedad de la depresión, clasificándolos en leve, moderada, severa y muy severa, funciona de una manera excelente para monitorizar como es la evolución de los síntomas en la práctica clínica desde un primer nivel, por lo cual se ha decidido utilizar en este estudio.

De acuerdo a GPC IMSS 161-09 Diagnóstico y tratamiento del trastorno en el adulto, la meta del tratamiento es que remitan totalmente los síntomas y con ello se logre un restablecimiento funcional temprano, siempre se debe proporcionar al paciente y sus familiares información completa acerca del padecimiento haciendo énfasis en la importancia del apego al tratamiento. La elección del tratamiento se hará con base en la severidad diagnóstica (leve, moderado, grave) determinando pautas como locación, tratamiento farmacológico, psicosocial, tomando en cuenta que tipo de psicoducción y redes de apoyo tiene el paciente.<sup>(27)</sup>

De primera línea el tratamiento farmacológico es el que se prefiere, independientemente de que grado de depresión se trate, se debe mantener el tratamiento farmacológico durante al menos 8 meses para así evitar recaídas siempre tomando en cuenta respuesta previa, subtipo de depresión, comorbilidades psiquiátricas y medicas asociadas, posibles interacciones medicamentosas, efectos adversos, costos y tasas de remisión a corto mediano y largo plazo, considerando que el efecto deseado sobre el paciente se alcanza 2-4 semanas después de iniciado el tratamiento tomando en cuenta que la adherencia al tratamiento sea el óptimo.

En trastornos depresivos leves-moderados no se recomienda el uso combinado de psicoterapia/farmacoterapia como uso estándar sin embargo es recomendable en pacientes crónicos o con tendencia a recurrencia o en aquellos en quienes la monoterapia no tuvo éxito, tienen uso concomitante de fármacos para otras comorbilidades , o que tienen trastornos con el uso de sustancias potencialmente adictivas.

Es recomendable iniciar el tratamiento farmacológico con un inhibidor de la recaptura de serotonina como Fluoxetina, Paroxetina a dosis establecidas, sin embargo en paciente que tengan otras patologías no psiquiátricas y que consuman diversos medicamentos es preferible el uso de sertralina o citalopram. Se debe mantener el tratamiento durante 5-6 semanas posteriores a la remisión total de los síntomas, tomando en cuenta que pacientes con elevado riesgo de recurrencia se les debe de mantener periodos de mantenimiento más prolongados.

Si se agrega la terapia en depresión leve a moderada es necesario que sea de tipo cognitivo-conductual durante 10-12 semanas con 6-8 sesiones totales mínimas. En la depresión moderada-grave es preferente la terapia interpersonal, con 16-20 sesiones en un periodo de 5 meses. Por su parte paciente con depresión crónica o de carácter recurrente es necesario la combinación de fármacos aunado a terapia cognitivo conductual. El tratamiento se puede ver beneficiado si es que se agrega un programa de ejercicio físico previamente estructurado y siempre vigilado durante 30-60 minutos, tres veces a la semana pues se ha identificado que tiene esto un impacto positivo sobre la disminución de los síntomas depresivos.

Así mismo es importante poder identificar tempranamente si es que existe alguna condición psiquiátrica tal como es la depresión, ya que si se presenta y no se trata rápidamente puede traer consecuencias negativas en el desarrollo de la vida tanto personal, familiar, y social en la mujer, generando mermas económicas por ausentismo laboral alteraciones en la dinámica familiar, y posibles repercusiones en su salud.

La depresión es un factor coadyuvante que puede fomentar el desapego al tratamiento de otras comorbilidades en las mujeres, tales como la suspensión de medicamentos antihipertensivos, hipoglucemiantes, abandono en el tratamiento quimioterapéutico, apareciendo complicaciones de las otras comorbilidades, generando dolor, incapacidad laborar, molestias físicas que envuelven en un círculo vicioso a la paciente, pues existe falta de apego a los tratamientos preexistentes y se agrava con esto su estado depresivo, y a mayor grado depresión menor interés en preservar o recuperar su estado de salud de patologías concomitantes

La depresión representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables, implica más discapacidad que la producida por enfermedades crónicas, En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres y es 1.5-1.7 más frecuente en la mujer con respecto al hombre. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

El ausentismo laboral es la falta de presencia en el trabajo con incumplimiento sucesivo de las funciones establecidas en el contrato de trabajo sea de manera previsible o justificada. Existen

estudios que asocian a la depresión con un aumento en la incidencia del ausentismo laboral, siendo aún mayor la depresión en comparación con otras patologías como hipertensión, diabetes mellitus, lumbalgias, afectaciones gastrointestinales, y con un impacto casi igual reportado por trastornos cardiacos, de ahí la importancia de evitar que la depresión se vuelva un proceso crónico que refleje mermas económicas.<sup>(28)</sup>

Así mismo la depresión es un factor que puede aumentar hasta 3 veces la presencia de ausentismo laboral aunado a otras situaciones como la presencia de dolor crónico como lo señala un artículo Canadiense, el cual muestra que del 100% de las personas que presentaron una falta en la semana anterior en su trabajo, el 19% presentaba criterios para diagnosticar Trastorno depresivo mayor en comparación con el 7.9% de ausentes laborales que no presentaban depresión, cabe mencionar que en el total de la población estudiada presentaban por lo menos una condición de dolor crónico como era la presencia de Fibromialgia, tipos de artritis, problemas de espalda y migraña. Lo cual indica que la depresión es un factor importante que puede precipitar que las personas falten a su empleo exacerbando condiciones de base en las pacientes.<sup>(29)</sup>

Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada, aumentando el índice de morbimortalidad y con un incremento en el riesgo de suicidio. El 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a trastornos mentales entre ellos la depresión, tomando en cuenta que se estima que para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludables a escala mundial y la primera causa en países desarrollados.

La depresión es uno de los factores mayormente asociados a la conducta suicida, se considera que existe un riesgo cuatro veces mayor de suicidio en personas deprimidas en comparación con personas que no lo están, y es 20 veces mayor cuando se trata de un episodio mayor depresivo.

Aproximadamente 800,000 personas se suicidan al año, siendo mayor el número de tentativas de suicidio, teniendo como factor individual un intento de suicidio no consumado previo el más determinante, estando el suicidio entre las primeras 3 causas de defunción en el grupo etario comprendido entre 15-45 años, siendo 79% de estos llevados a cabo en países de ingresos bajos a medianos en donde, la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos que más se utilizan en todo el mundo, estimándose que para el año 2020, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio<sup>(30)</sup>

Algunos de los factores que más se asocian con el riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: contar con antecedentes heredofamiliares de enfermedades mentales, intentos previos de suicidio, asociación con ansiedad y abuso de drogas y alcohol, cabe mencionar que en los hombres es mayor la tasa de suicidios consumados con respecto a las mujeres que presentan mayores tasa de intentos de suicidios sin que lleguen a culminarse.

De acuerdo a lo emitido en la GPC IMSS-161-09, Es recomendable evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos mediante la valoración de los siguientes aspectos:

1.- Presencia de intentos suicidas previos, que estén asociados a otros trastornos mentales, o que se encuentren bajo el influjo de abuso de alguna sustancia.

2.- El ser portador de dolor crónico, enfermedades terminales, que generen una gran invalidez.

Se debe considerar una urgencia siquiátrica el tener ideación suicida persistente , antecedente de intento suicida previo con ideas de muerte o suicidas actuales, para lo cual se debe buscar un internamiento pronto para así yugular la crisis y poder ofrecer un tratamiento a largo plazo evitando complicaciones en agudo.

### 3.- Planteamiento del problema

¿Cuál es la Incidencia de la Depresión en las mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar 7?

De acuerdo a lo señalado en la encuesta intercensal 2015 ,la cual nos habla de volumen, composición, distribución y comportamiento de la población así como de sus viviendas dentro del territorio nacional, a nivel municipal y por entidad federativa , menciona que en México hay 61.4 millones de mujeres que representa más de la mitad de la población nacional, (51.4%) siendo el estado de Hidalgo el que cuenta con una mayor cantidad de mujeres . En donde el proceso de transición demográfica que se ha venido presentando es una tendencia a una población mayor entre 40-65 años. Con lo que aumentan las posibilidades de padecer patologías propias de este rango de edad, como puede ser la depresión.

De acuerdo a lo reportado por INEGI en el 2018 las gráficas muestran un aumento en el número de personas jóvenes en edad laborable resultado de la disminución de la natalidad y de niños registrados entre 0-4 años. El 24 % de las mujeres y el 26 % de los hombres se muestra que tenían menos de 15 años de edad; un 47% Las féminas y un 65.% de los hombres tenían entre 15-59 años, en tanto que el porcentaje de adultos mayores representaba el 29.% para ellas y el 9% para ellos, de ahí la importancia de prestar suma atención a la población femenina que cursa entre los 30-60 años que abarca el periodo reproductivo, climaterio, menopausia y posmenopausia, y su alta elación con la depresión.

| La depresión es una enfermedad recurrente, con tendencia a la cronicidad y que en muchos de los casos requiere de tratamientos a largo plazo. A pesar de esto, su diagnóstico aún continúa planteando múltiples desafíos tanto conceptuales como clínicos tanto para el médico familiar ó de primer contacto en donde la depresión suele ser subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente de ahí la importancia en promover el aumento en el conocimiento de lo que implica esa patología para que así se pueda llevar a cabo un armónico desarrollo de la mujer, disminuyendo en la medida de lo posible las comorbilidades que se presentan y evitar complicaciones catastróficas como es el suicidio.

Es de suma importancia el abordaje, tratamiento y seguimiento del tema de la depresión en específico en la mujer especialmente en etapas donde se sabe existe un mayor incidencia de depresión, como es el caso de la etapa del posparto, menopausia y aquellas donde haya más vulnerabilidad por sus condiciones en general, como es la aparición de crisis paranormativas familiares .

---

#### **4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la incidencia de depresión en mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar?

#### **5.-OBJETO DE ESTUDIO**

---

Describir la Incidencia de Depresión en mujeres de 30-60 años de la Unidad de Medicina Familiar 7

#### **6.- JUSTIFICACIÓN**

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta aproximadamente a 300 millones de personas en el mundo, teniendo su máxima incidencia en nuestro país en mujeres con el 5.1% con respecto a los hombres con un 3.6% en un rango de edad entre los 35-45 años, siendo la principal causa de morbilidad femenina en años laborables, permaneciendo gran parte de los pacientes aun sin un diagnóstico y tratamiento, aumentando así el riesgo de que se generen mermas en la calidad de vida, deterioro de la salud , y aumento de la morbilidad femenina.

Es por esto que consideré que es de suma relevancia que se pueda realizar un diagnóstico pronto y tratamiento oportuno para así evitar consecuencias tales como el suicidio o alteraciones en la vida de las mujeres en al ámbito personal, laboral y familiar.

#### **7.- HIPÓTESIS**

Se aceptó la hipótesis alterna, encontró que si existe una elevada incidencia de depresión en mujeres de 30-60 años

---

Hipótesis Nula: No existe una incidencia elevada de la depresión en mujeres de 30-60 años.

Hipótesis Alterna: Si Existe una incidencia elevada de la depresión en mujeres de 30-60 años.

---

## 8.- POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

---

### Tipo de estudio

Tipo de estudio: Observacional, tipo de estudio en donde no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

Por la medición del fenómeno en tiempo: Transversal

Por la dirección del análisis: Transversal analítico

Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto

### Lugar y tiempo de estudio

El protocolo planteado se realizará en la Unidad de Medicina Familiar 7 en la Ciudad de México, durante el periodo comprendido entre Julio a Diciembre del 2019. La Unidad de Medicina Familiar 7, unidad de primer nivel de atención, ubicada en Calzada de Tlalpan No.4220, Colonia Huipulco, Ciudad de México, código postal : 01400, la cual labora en dos turnos: matutino y vespertino de Lunes a Viernes, así como los días sábados únicamente en el horario matutino; además de un servicio de Atención Médica Continua de 24 horas. Aparte de Consulta Externa, la unidad presta servicios de Laboratorio, Farmacia, Medicina Preventiva, Programa de Vacunación, Epidemiología, Estomatología, Nutrición, , Archivo Clínico, Rayos X con ultrasonido y mastografía, Medicina del Trabajo, Prestaciones Económicas, Trabajo

El estudio se realizará de Julio a Agosto del 2019, primero se aplicara la encuesta de Hammlton a pacientes femeninas que se encuentren la sala de consulta externa que tengan una edad comprendida entre 30-60 años y que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, para posteriormente analizar la información identificando los grupos de edad que mayor incidencia de depresión presenten. Para finalmente publicar los resultados y hacer entrega de los mismos a las autoridades correspondientes.

### Población:

El presente estudio se realizará en la Ciudad de México en un periodo comprendido entre Julio –Diciembre del 2019, en la población femenina de 30-60 años derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 7 que se encuentre en la consulta externa, se cuenta con una población total de mujeres entre 30-60 años de 48 350, en donde el 12% presenta un trastorno del estado de ánimo de acuerdo a lo reportado por el Ciel

## 9.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra.

Se realiza el cálculo de muestra para realizar el ensayo de la hipótesis de trabajo, basándonos en la fórmula ya preestablecida para ensayos clínicos para establecer diferencias de proporciones donde se conoce la población finita y sin reemplazo.

Parámetros utilizados para el cálculo de la muestra

<b>Población total de mujeres entre 30-60 años en la UMF # 7</b>	<b>48,350</b>
<b>Índice de confianza</b>	95%
<b>Margen de error</b>	0.5%
<b>Tamaño de la muestra</b>	382

$$n = \frac{Nz^2(P)pq}{\varepsilon^2(N - 1) + z^2(P)pq}$$

Z: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos.

Z	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

e: error muestral deseado, en este caso es del 0.5%

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio, en este caso equivale a 0.5

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: es el tamaño de muestra, número de encuestas que se realizarán, que en este caso es de 172.79 de acuerdo a la fórmula realizada.

10.- DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	La medición se realizará preguntándole a la paciente	Cuantitativa discreta	a) 30-35años b) 36-40 años c) 41-45 años d) 46-50años e) 51-55 años f) 56-60años
Estado Civil	Condición de unión social de pareja	La medición se realizará preguntándole a la paciente	Cualitativa Nominal	a.- Soltera b.- Casada c.- Viuda d.- Unión Libre e.- Divorciada
Ocupación	Actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneraciones	La medición se realizará preguntándole al paciente	Cualitativa Nominal	0.- Desempleada 1.- Ama de casa 2.- Empleada 3.- Jubilada
Depresión	Estado de tristeza; con cierto grado de abandono que puede darse a nivel personal, social, familiar ó laboral. Sentido de desesperanza injustificado ó justificado	La medición se obtendrá con la aplicación de la escala de Hamilton	Cualitativa Nominal	a.- estado normal b.- depresión menor c.- menos que depresión menor d.- depresión mayor e.- más que depresión mayor
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	La medición se realizará preguntándole grado de estudios al paciente	Cualitativa nominal	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Universidad

## 11.- Descripción general de estudio

Se seleccionó un tema de interés para la salud pública debido a la problemática tan grande que representa la depresión tanto a nivel mundial como en nuestro país y particularmente para el Instituto Mexicano del seguro social no quedando exenta la Unidad de Medicina Familiar 7.

Se realizaron búsquedas bibliográficas sobre este tema, posteriormente este proyecto fue presentado ante el comité de investigación autorizándolo, realizándose la recolección de la información, la obtención de datos fue facilitada por el departamento de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 7, quienes otorgaron datos acerca de la población derechohabiente femenina con la que se cuenta en el rango de edad especificado en dicha unidad.

Una vez conociendo la población de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión respectivos se aplicó la escala de Hamilton, previo consentimiento informado firmado por la paciente en donde se le explicó ampliamente el objetivo de este estudio. Una vez obtenida la información, se realizó un tamizaje y en caso de padecer depresión se indicaron niveles del padecimiento de acuerdo a cada paciente, siendo derivadas a su médico familiar.

## 12.- ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos mediante la técnica entrevista-encuesta se introdujeron al programa de Excel para posteriormente ser procesado por el programa estadístico de SPSS que fue otorgado por la unidad, en donde se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales provenientes de las variables evaluadas , obteniéndose medidas de tendencia central como media, mediana y moda , medidas de dispersión como varianza, desviación estándar y coeficiente de variación, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

### 13.- RECURSOS HUMANOS, FISICOS, ETICOS Y FINANCIEROS

Este proyecto de investigación se realizó con base al artículo 65 de la Ley General de Salud de la República Mexicana (Ley General de Salud, título quinto investigación para la salud, capítulo único, artículo 65) y en apego a las normas y lineamientos en materia de investigación en humanos del IMSS y la declaración de Helsinki.

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El respeto a la persona o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, son los principios éticos aceptados en investigación biomédica con seres humanos. Consecuentemente, para la protección de la privacidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida en los estudios, se recurre al consentimiento informado.

Por parte del investigador se manifiesta libre de conflictos de intereses, se otorgan los datos para su contacto y la disponibilidad de responder a cualquier cuestión. Se aclara que la información verídica se hará pública, preservando de manera anónima la identidad de los participantes.

Es importante aclarar que este estudio será de tipo analítico ya que identifica la proporción de mujeres Entre 30-60 años que cursan con Depresión , ejerciendo total libertad para permanecer, abandonar el estudio siempre respetando la privacidad de la información obtenida.

#### RECURSOS

##### - RECURSOS MATERIALES

- Equipo de cómputo, impresión, Hojas tamaño carta, Bolígrafos,
- Cuestionario de Hamilton y Menopausal rating Scale
- Hoja de recolección de datos , Consentimiento informado
- Programa SPSS, Microsoft Office 10

#### RECURSOS FÍSICOS

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 7 del Instituto Mexicano del seguro social

#### RECURSOS HUMANOS

- Asesores e investigador :
- Investigador:
  - a. Residente de Medicina Familiar: Fragoso Mendoza Marlene Itzel
- Asesores:
  - a. Responsable de tesis: Sandra Vega García
  - b. Asesor clínico: Ayde Valverde Pérez
  - c. Asesor metodológico: Manuel Millán Hernández
- Director de la Unidad de Medicina Familiar 7 :
  - a. Daniel Ernesto Navarro Villanueva
- Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar 7: Daniel Ernesto Navarro Villanueva
- Sujetos de estudio: Pacientes femeninas de 30-60 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar 7 del Instituto Mexicano del seguro social que se encuentren en consulta externa.

- RECURSOS FINANCIEROS

Todos los gastos que se derivaron de esta investigación corrieron a cuenta del residente de Medicina Familiar que lo llevará a cabo

## 14.- RESULTADOS

Se realizaron 140 encuestas aproximadamente las cuales arrojaron datos que a continuación se presentan con respecto a cada variable:

### ANALISIS UNIVARIADO

Con respecto a la variable edad se encontró que existe una mayor población de mujeres entre 30-35 años correspondiendo al 31.4% del total de la población de mujeres en el rango de edad establecido, de 36-40 años con 20.7%, de 41-45 años con 15.7%, de 51-55 años con un 12.1%, 56-60 años con un 11.4%, y de 46-50 años un 8.65 , siendo este último el menor. ( Tabla y Grafica 1)

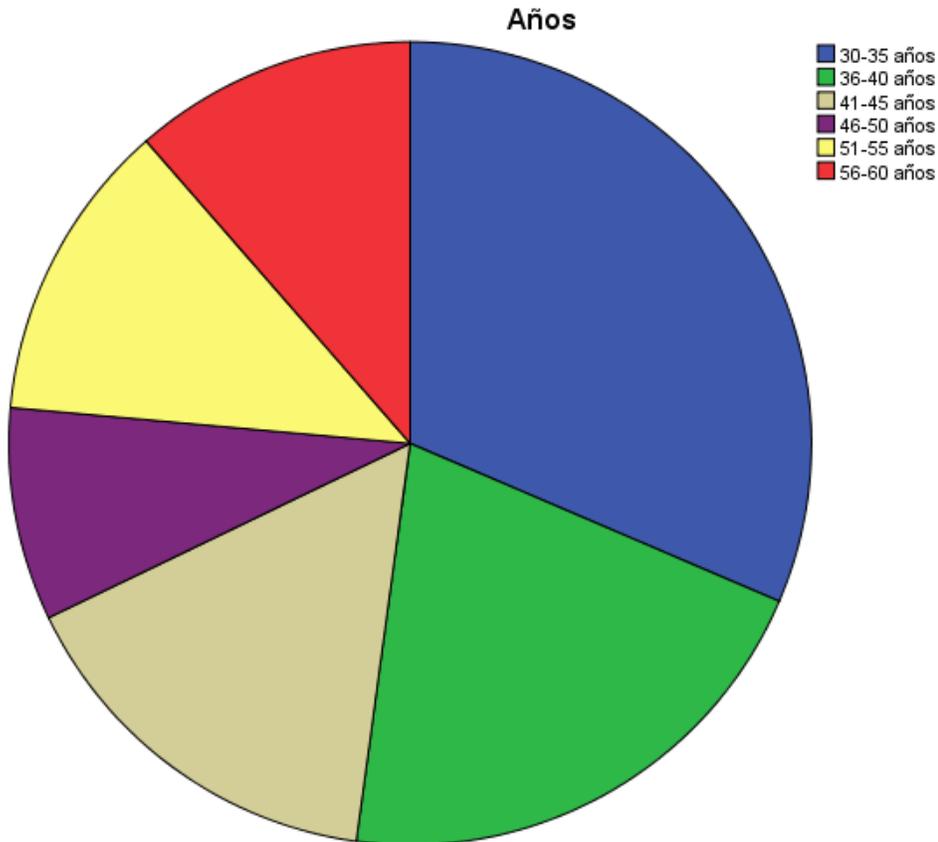
Tabla 1.- Medidas de tendencia central y dispersión según edad, en la consulta externa de la UMF # 7

Junio-Julio 2019

		Años			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	30-35 años	44	31.4	31.4	31.4
	36-40 años	29	20.7	20.7	52.1
	41-45 años	22	15.7	15.7	67.9
	46-50 años	12	8.6	8.6	76.4
	51-55 años	17	12.1	12.1	88.6
	56-60 años	16	11.4	11.4	100.0
	Total	140	100.0	100.0	

Gráfica 1.- Medidas de tendencia central y dispersión según edad, en la consulta externa de la UMF # 7

Junio-Julio 2019



Con respecto a la variable ocupación se encontró que el 54.3% de las mujeres del 100% de las mujeres en estudio son empleadas, el 37.9% son amas de casa, un 5.0% se encuentran desempleadas, y un 2.9% están jubiladas. (Tabla y Gráfica 2 )

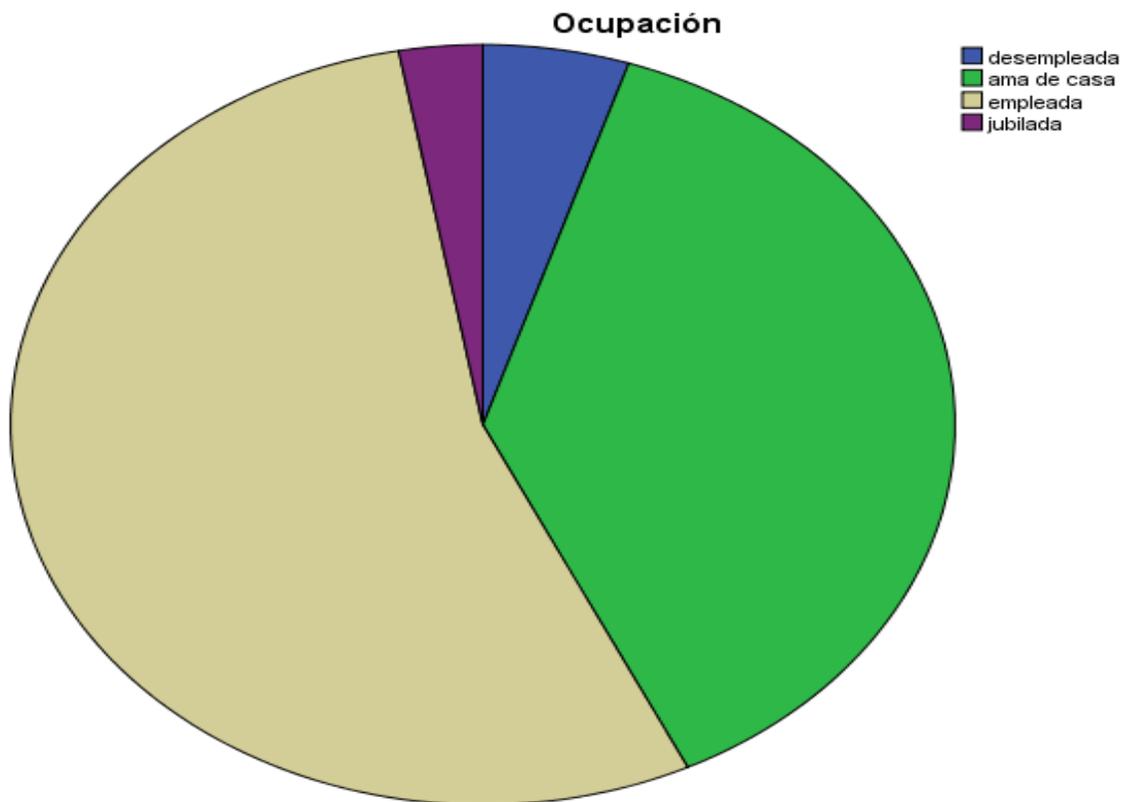
Tabla 2.- Frecuencias y porcentajes según ocupación, en la consulta externa de UMF #7

Junio-Julio .2019.

<b>Ocupación</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	desempleada	7	5.0	5.0

ama de casa	53	37.9	37.9	42.9
empleada	76	54.3	54.3	97.1
jubilada	4	2.9	2.9	100.0
Total	140	100.0	100.0	

Gráfica 2.- Frecuencias y porcentajes según ocupación , en la consulta externa de UMF #7  
Junio-Julio 2019.



Para la variable de estado civil se encontró que la mayoría de las mujeres correspondientes a un 43.6% se encuentran casadas, un 32.9% se encuentran en unión libre, un 12.9% se encuentran divorciadas , un 7,9 % son solteras y la menor parte corresponde a ser viuda con un 2.9%. (Tabla y Gráfica 3 )

Tabal 3.- Frecuencias y porcentajes según estado civil, en la consulta externa de UMF #7

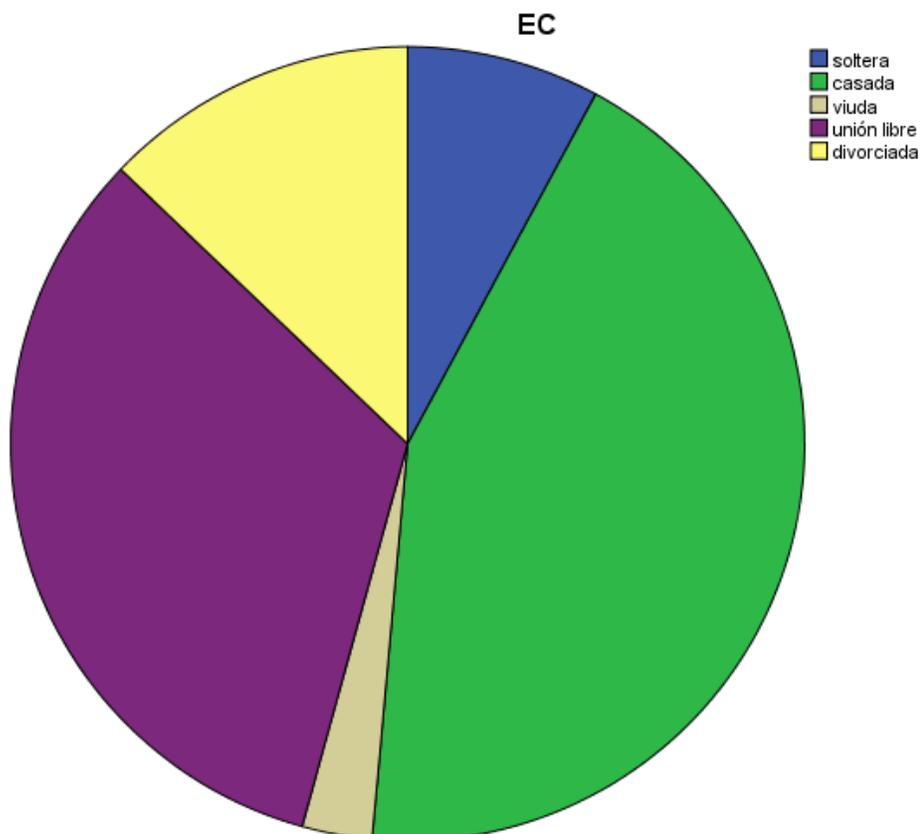
Junio-Julio 2019.

**EC**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltera	11	7.9	7.9	7.9
	casada	61	43.6	43.6	51.4
	viuda	4	2.9	2.9	54.3
	unión libre	46	32.9	32.9	87.1
	divorciada	18	12.9	12.9	100.0
	Total	140	100.0	100.0	

Gráfica 3.- Frecuencias y porcentajes según estado civil, en la consulta externa de UMF #7

Junio-Julio 2019.



Con respecto a la variable escolaridad el mayor porcentaje se encuentra en las mujeres que tiene un grado de estudios de secundaria con un 36.4% concordando con la media nacional que es de 2do de

secundaria , estando en un empate entre nivel licenciatura universidad con un 23.6%, siendo el nivel primaria el que menor porcentaje obtuvo únicamente con un 16.4%. (Tabla y gráfica 4 )

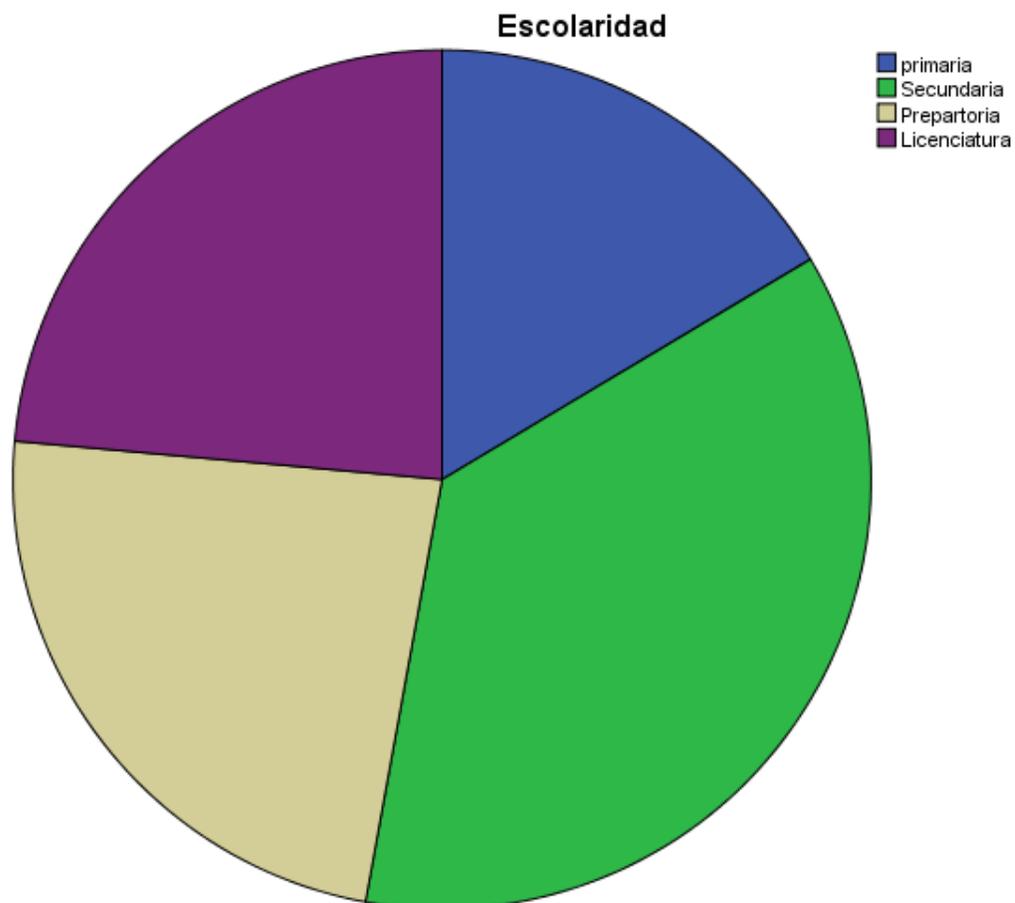
Tabla 4.- Frecuencias y porcentajes según escolaridad, en la consulta externa de UMF #7

Junio-Julio 2019.

		<b>Escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	23	16.4	16.4	16.4
	Secundaria	51	36.4	36.4	52.9
	Prepartoria	33	23.6	23.6	76.4
	Licenciatura	33	23.6	23.6	100.0
	Total	140	100.0	100.0	

Gráfica 4.- Frecuencias y porcentajes según escolaridad, en la consulta externa de UMF #7

Junio - Julio 2019.



Con respecto a la variable se encontró que la mayor parte de las mujeres se encuentran cursando con una depresión leve correspondiendo a un 45.7% , mientras que el 24.3 % no se encuentra deprimidas, un 17.9% tiene una depresión moderada , un 6.4% tiene una depresión muy severa y un 5.7% una depresión severa, todo esto con respecto a lo establecido de acuerdo a la escala de Hamilton. (Tabla y Gráfica 5 )

Tabla 5.- Frecuencias y porcentajes según depresión, en la consulta externa de UMF #7

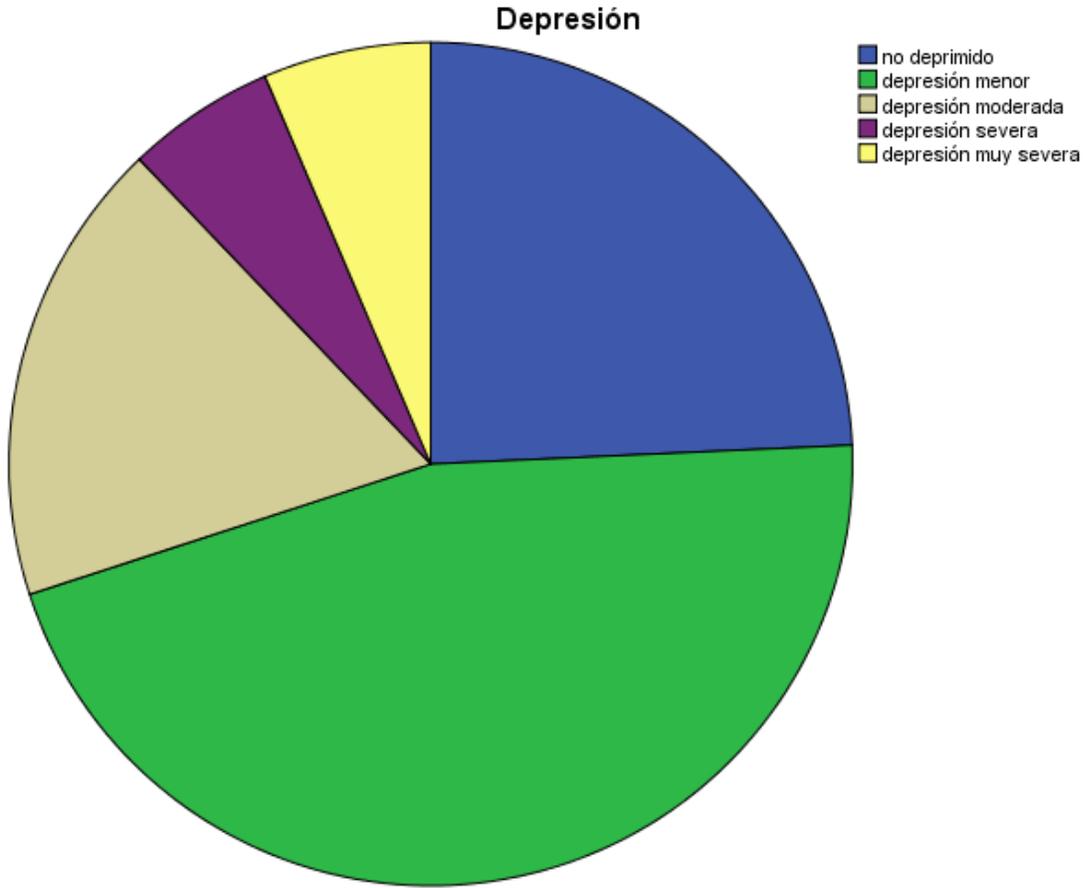
Junio-Julio 2019.

		<b>Depresión</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no deprimido	34	24.3	24.3	24.3
	depresión menor	64	45.7	45.7	70.0
	depresión moderada	25	17.9	17.9	87.9
	depresión severa	8	5.7	5.7	93.6

depresión muy severa	9	6.4	6.4	100.0
Total	140	100.0	100.0	

Gráfica 5.- Frecuencias y porcentajes según depresión, en la consulta externa de UMF #7

Junio-Julio 2019.



## 15.- DISCUSIÓN

En mi estudio encontré que si existe una elevada incidencia de depresión en mujeres de 30-60 años en donde un 45.7% de las mujeres encuestadas se encuentran con depresión leve, con una media de edad de 30-35 años, con un grado de estudios equivalente a secundaria, siendo casadas la mayoría de ellas teniendo como ocupación el ser empleada . Por lo cual es de suma importancia prestar atención a mujeres en este rango de edad ya que se han presentado cambios en la edad de aparición de la depresión con respecto a lo que antes se conocía que correspondía a etapas en donde existían cambios hormonales .

## 16.- CONCLUSIÓN

La depresión es un trastorno mental que ha ido en aumento su incidencia representa un enorme problema de salud publica, en toda la población siendo más frecuente en la población femenina, en donde se han visto cambios en las edades de presentación por lo cual se deben prever y poder ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

---

## 17.- Bibliografía.

---

1. Torres Jiménez Ana Paola , Torres Rincóna José María. Climaterio y Menopausia. An. Gineco 2018;61(2 ):51-57.
2. Blümel JE , Hernández JA, Motta E. Age at menopause in Latin America .2006 ;13(4):706-12
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017):462-74.
4. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. 2013;10(2): 196-98.
5. de Sanjosé S<sup>1</sup>, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, Bosch FX.. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2007; 7(7):453-9..
6. Rojas Mariano, García Victor Manuel. Realidad, Datos y espacio. Revista Internacional de estadística y Geografía.2011; 2(2): 7-15
7. Jordyn T. Wallenborn, Joseph Anny-Claude, Whitney C. Graves, Masho Saba . Pregnancy Depression and Breastfeeding duration, a look at Maternal Age , Journal of Pregnancy . 2018;10(2):1-7
8. O'Hara MW , McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9(1):379-407
9. Cox J.M, Holden R. Escala de depresión pos-parto Edinburgh. Revista Británica de Psiquiatría 2007;150(15)
10. Guía de Practica Clínica .Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión prenatal y posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención.2014 .SSA-666-14.
11. Lara Ma. Asunción, Patiño Pamela Navarrete, Nieto Lourdes. Prevalencia e incidencia de depresión perinatal y síntomas depresivos en mujeres mexicanas.2015; 2(1) :13-20
12. Ochoa Gómez Carolina , Cruz Agudelo Andres , Moreno Carmona Norman . Depresión en la mujer ¿ Expresión de la realidad actual ? . Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 2018;6(1): 113-135. [Citado 2018 Nov 11].  
Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
13. Encuesta Nacional de Salud .México 2012.
14. Blümel JE , Hernández JA, Motta E.: Age at menopause in Latin America.2006;13(4):706-12
15. Dorador González María de Lourdes· Orozco Calderón Gabriela . Síntomas Psicológicos en la Transición Menopáusica .Rev. chil. obstet. ginecol.2018;83(3):228-239.
16. Young T.,Palta M., Dempsey J., et al. The occurrence of sleep disorder breathing among middle age adults. N Engl J Med .2015;41( 4):1230-1235.
17. Encuesta intercensal , México 2015

18. Cobo Jesus . El concepto de depresión historia, definición, nosología, clasificación. An psiquiatr.2015;9(4);11-17.
19. Calvo Gómez Jose Manuel , Jaramillo González Luis Eduardo. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. estudio de revisión. Rev. Fac. Med. 2015; 63(3): 471-82.
20. INCyTU. Salud Mental en México. 2018
21. . F. Juárez. Depresión en el mundo 2017. (citado 2017 Feb 23). Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-población mundial y depresión>.
22. Escobar Izquierdo Afonso, Guadarram Leyla, Linei Zhang. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión Departamento de Fisiología, Rev. Fac. Med. 2016;2(1): 181-190
23. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. Am J Psychiatr 2015;157(1): 1243-1251
24. Maldonado Fuentes Francisco. Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente.2013;19(1):329-362.
25. Flores Palacios Fátima . Vulnerabilidad y representación social de género en mujeres. 2014;9(2):1-3.
26. Duarte Raya F, Rico Maldonado MA, Gonzalez ,Guzman EG . Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc .2016;54(1):58-63.
27. Guía de práctica clínica . Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, IMSS 161-09,actualización 2015.
28. Cabello Salmerón María. Discapacidad laboral y depresión prevalencia, evolución y factores relacionados desde una aproximación múltiple.2014;3(1):1-3.
29. Sarah Stephen , Stansfeld A , Robertson Emma. The role of depression and chronic pain conditions in absenteeism: results from a National Epidemiologic Survey. Journal of Occupational and Environmental Medicine.2017;49(11):1206-1211.
30. Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto IMSS-161-09 , actualización 2015

## 18. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Incidencia de depresión en Mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Frago Mendoza Marlene Itzel 1 Dra. Sandra Vega García 2 Dra. Valverde Pérez Ayde 3 Dr. Manuel Millán Hernández 4 <sup>1</sup>Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 7. <sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 7

		<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>						
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>								
Nombre del estudio:	Incidencia de Depresión en Mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar 7							
Patrocinador externo (si aplica):	NINGUNO							
Lugar y fecha:	Se realizará en la Unidad de Medicina Familiar 7 ubicada en Calzada de Tlalpan 4220 Huipulco, Tlalpan, en la Ciudad de México entre los meses de Julio – Agosto del año 2019							
Número de registro:								
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado de la importancia de un pronto diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión en las diferentes etapas que vivimos como mujeres.							
Procedimientos:	Se me ha informado que se me realizará una encuesta para conocer en qué etapa del ciclo vital me encuentro, y posteriormente por medio de la escala de Hamilton se me podrá identificar si es que estoy cursando con Depresión.							
Posibles riesgos y molestias:	No presentaré ningún riesgo al participar en este estudio							
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me explicará en qué etapa de la mujer es la que se presenta mayor incidencia de depresión y con ellos se me podrá realizar una diagnóstico más oportuno.							
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la encuesta el responsable de este proyecto me explicará si cuento o no con depresión							
Participación o retiro:	Se me ha informado que mi permanencia o retiro en el proyecto es voluntaria y no se verá afectado mis tratamiento y seguimiento en el Instituto Mexicano del seguro social							
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada y los resultados de los estudios se me mantendrán de manera confidencial, quedando restringida mi identificación como sujeto participante de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General en Material de Investigación para la Salud.							
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autorizo que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.							
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.							
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.							
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Disponible en la Unidad médica							
Beneficios al término del estudio:	La responsable de este estudio me ha informado que en caso de contar con depresión se me otorgará tratamiento seguimiento por parte de mi médico tratante..							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:								
Investigador Responsable:	Sandra Vega García. Matrícula 98380884. Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar 7. Consulta externa. Adscripción: Delegación Sur, Ciudad de México. Instituto Mexicano del seguro social Teléfono: 55732211 FAX: sin fax email: dra_svega@hotmail.com							
Colaboradores:	<p>Marlene Itzel Frago Mendoza Matrícula: 97381332 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar 7. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 7. Teléfono: 54215170. Fax: Sin fax email: marlencita_231985@hotmail.com. Ayde Valverde Pérez. Especialista en Medicina Familiar y Diplomado en Terapia Familiar. Matrícula: 99075010. Lugar de trabajo: consulta externa. Unidad de medicina familiar 7, Delegación Sur, D.F. IMSS Teléfono: 55732211 ext: 21478. Fax: sin fax email: dra.valverde@yahoo.com.. Millán Hernández Manuel, Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Gestión Directiva en Salud. Matrícula: 98374576 Lugar de trabajo: Hospital de psiquiatría/Unidad de Medicina Familiar 10. Adscripción: Hospital de psiquiatría/Unidad de Medicina Familiar 10. Delegación sur, Instituto Mexicano del seguro social Teléfono Celular: 55732211 De oficina: 56232300 ext. 75172 FAX: Sin fax</p>							
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							
Nombre y firma del sujeto	Residente de medicina familiar :Fragoso Mendoza Marlene Itzel 97381332	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
Testigo 1	Testigo 2							
Nombre, dirección, y firma	Nombre, dirección, y firma							
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.								
Clave:								



Instrumento de recolección Escala de Hamilton

Incidencia de depresión en mujeres de 30-60 años en la Unidad de Medicina Familiar No7

Investigador: Marlene Itzel Fragoso Mendoza. Vega García Sandra, Valverde Pérez Ayde, Millán Hernández Manuel.

Autores: Fragoso Mendoza Marlene Itzel <sup>1</sup> Dra. Sandra Vega Garcia<sup>2</sup> Dra. Valverde Pérez Ayde <sup>3</sup> Dr. Manuel Millán Hernández <sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar 7.

<sup>3</sup> Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 7. <sup>4</sup> Especialista en Medicina Familiar Hospital de Psiquiatría con UMF No. 10,

Escala de Depresión de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Número de seguridad social: _____		
Edad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____		
Escolaridad: _____		
Fecha de evaluación _____		
1.- Humor deprimido( tristeza, depresión, desamparo, inutilidad.	0. Ausente 1.- Estas sensaciones se indican solo al ser preguntadas 2.- Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3.-Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4.-El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	Puntaje
2.- Sensación de Culpabilidad	0.- Ausente 1.- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2.-Ideas de culpabilidad, ó meditación sobre errores pasados ó malas acciones 3.-La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 4.-Oye voces acusatorias o de denuncias y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	Puntaje
3.-Suicidio	0.- Ausente 1.- Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2.-Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3.-Ideas de suicidio o amenazas 4.-Intentos de suicidio ( Cualquier intento serio se califica con 4 puntos )	Puntaje
4.-Insomnio precoz	0.- Ausente 1.-Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2.-Dificultades para dormirse cada noche	Puntaje
5.-Insomnio medio	0.- Ausente 1.- El paciente se queja de estar inquieto toda la noche 2.-Está despierto durante toda la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica con 2 puntos( excepto si está justificado orinar, tomar o dar medicación)	Puntaje
6.- Insomnio tardío	0.- Ausente 1.- Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2.- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	Puntaje



7.-Trabajo y actividades	1.- Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones. 2.-Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión o vacilación. 3.-Disminución del tiempo dedicado a sus actividades o descenso en su productividad 4.-Dejo de trabajar por la presente enfermedad	Puntaje
8.-Inhibición (lentitud del pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0.- Palabra y pensamientos normales 1.-Ligero retraso en el diálogo 2.- Evidente retraso en el dialogo 3.-Dialogo difícil 4.-Torpeza absoluta	Puntaje
9.-Agitación	0.- Ninguna 1.-“Juega con sus manos, cabello, etc.” 2.- Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira del cabello, etc.	Puntaje
10.-Ansiedad Psíquica	0.- No hay dificultad 1.-Tensión subjetiva e irritabilidad 2.-Preocupación por pequeñas cosas 3.- Actitud aprensiva en la actitud o en el habla 4.-Terrores expresados sin preguntarle	Puntaje
11.- Ansiedad somática	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: Gastrointestinales: boca seca, diarrea, flatulencias, eructos, retortijones. Cardiovasculares: Palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios: Hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinarias, sudoración.  0.- Ausente 1.- Ligera 2.-Moderada 3.- Grave 4.- Incapacitante	Puntaje
12.- Síntomas somáticos gastrointestinales	0.- Ninguno 1.- Pérdida del apetito, pero si comen sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez en el abdomen 2.-Dificultad en comer si no se le insiste, solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	Puntaje
13.-Síntomas generales	0.- Ninguno 1.-Pesadez en las extremidades, espalda ó cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2.-Cualquier síntoma bien definido se califica con 2 puntos.	Puntaje
14.-Síntomas Genitales	Síntomas como: Pérdida de la libido, trastornos menstruales.  0.- Ausente 1.Débil 2.- Grave 3.- Incapacitante	
15.-Hipocondria	0.- No hay 1.- Preocupado de sí mismo ( corporalmente)	

	<p>2.-Preocupado por su salud</p> <p>3.- Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc.</p> <p>4.- Ideas delirantes hipocóndricas</p>	
<p>16.-Pérdida de peso (completar A o B)</p>	<p>A.- Según manifestaciones del paciente ( primera evaluación)</p> <p>0.- No hay pérdida de peso</p> <p>1.-Probable pérdida de peso con la enfermedad actual</p> <p>2.-Perdida de peso definida( según el enfermo)</p> <p>B.-Según pasaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0.-Pérdida de peso inferior 500gr en una semana</p> <p>1.-Pérdida de peso de más de 1kg en una semana ( por término medio)</p>	
<p>17.- Insight ( conciencia de la enfermedad )</p>	<p>0.-Se da cuenta que está deprimido y enfermo</p> <p>1.-Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2.-Niega que esté enfermo.</p>	