



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 3 GUADALAJARA



TITULO:

"SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 165, DEGOLLADO, JALISCO".

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

DR. SALVADOR CASTELLANOS ARÁMBULA.
INVEST.

COORD. CLINICA
DE EDUC. E

g9SALM)LMF

MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.

MEDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE.

Número de registro:

R-2019-1305-140

GUADALAJARA, JALISCO.

FEBRERO DEL 2022.

ASESOR DE TESIS

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIERREZ AYALA.



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.

"SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOKETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 165, DEGOLLADO, JALISCO".

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SALVADOR CASTELLANOS ARÁMBULA.
MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.
MEDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE.

AUTORIZACIONES:



DRA. GABRIELA GUTIÉRREZ GARCÍA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR # 3, DELEGACION ESTATAL JALISCO.



DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.
ASESOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 53. DELEGACIÓN ESTATAL
JALISCO.



DRA. ROSALBA O ZCO SANDOVAL.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 3 DELEGACION ESTATAL JALISCO.

GUADALAJARA, JALISCO FEBRERO DEL 2022.

"SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 165, DEGOLLADO, JALISCO".

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. SALVADOR CASTELLANOS ARÁMBULA.
MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.
MEDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE.

AUTORIZACIONES:

DR. EMILIO MISAEL BAR **RIGA.**
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO 1 EDUCACIÓN OOAD
DELEGACIÓN JALISCO.

DR. LUIS RAÚL PAC CO ALLEJO.
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLAC INSTITUCIONAL OOAD
DELEGACIÓN JALISCO .

GUADALAJARA, JALISCO FEBRERO DEL 2022

**SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE
20 A 59 AÑOS CON TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO**

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

PRESENTA:

DR. SALVADOR CASTELLANOS ARAMBULA

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1305**.
Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA 01)

Registro COFEPRIS **17 CI 14 039 030**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA152011 22**

FECHA **Viernes**, 13 de diciembre de **2019**

Dr. SALVADOR CASTELLANOS ARÁMBULA

PRESENTE

Tengo el arado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS CON TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO**. que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-20191305-140

ATITAMENTE

Dr. Joé..lánchez Corona
Presidente-a-él(Con) ité Local de Investigación en Salud No. 1305

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá soliar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

Imprimir

IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION JALISCO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 165

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO

**SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES
FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

TESISTA

MCP. SALVADOR CASTELLANOS ARAMBULA

Degollado, Jalisco, Octubre de 2019

SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

TESISTA

MCP. SALVADOR CASTELLANOS ARAMBULA

Médico residente de primer grado de la especialidad de Medicina Familiar

Matricula: 991410740

Unidad de Medicina Familiar N° 165.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal Jalisco.

Dirección Calle Reforma 160, Centro C.P. 47980, Degollado, Jalisco.

Teléfono: 3313000560

Correo electrónico: castellanossalvador@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.

Matrícula 99062994

Profesora Titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de base del IMSS.

Delegación Estatal Jalisco.

Belisario Domínguez No. 1000 Col. Independencia CP 44340

Teléfono 36683030 Ext. 31898

Correo Electrónico: liverlupita@hotmail.

SEDE DEL ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 165

CONTENIDO

ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	
Sentido de vida	9
Depresión	13
Escala de depresión de Hamilton	19
Test propósito en la vida	21
Fluoxetina	22
JUSTIFICACIÓN	26
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	27
Planteamiento del problema	
Pregunta de investigación	
HIPOTESIS	28
OBJETIVOS	29
MATERIAL Y METODOS	30
Diseño del estudio	30
Sede del estudio	30

Universo de estudio	30
Tamaño y selección de la muestra	30
Muestra y muestreo	30
Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	32
Criterios de eliminación	33
Variables	33
Operacionalización de variables	34
Procedimiento	35
Análisis estadístico	36
Aspectos éticos	37
Recursos humanos, financieros y factibilidad	38
RESULTADOS	40
REFERENCIAS	51
ANEXOS	
Anexo 1. Consentimiento bajo información	44
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	47
Anexo 3. Test de Hamilton	48
Anexo 4. Test de sentido de vida	50

ABREVIATURAS

RESUMEN

TÍTULO

SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES FEMENINAS DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO.

ANTECEDENTES

El término sentido de vida es un concepto utilizado por múltiples disciplinas, se conceptualiza como el bienestar resultante de una construcción personal (subjetiva), en la que interactúan múltiples dimensiones o subsistemas, en los que se relacionan las creencias, las actitudes, las prácticas espirituales, la dieta, el ejercicio físico y las pautas de comunicación familiar y social, lo cual proporciona como resultado una realidad dinámica y cambiante. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como

comorbilidad o situaciones de estrés. En México, uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento dado de su vida

OBJETIVO

Conocer la percepción del sentido de vida y evaluación de la depresión en pacientes femeninas de 20 a 59 años en tratamiento con Fluoxetina en la unidad de medicina familiar no 165, Degollado, Jalisco.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo. Se analizaron las encuestas de variables socio-demográficas, así como la escala de depresión de Hamilton y el test propósito de vida a cada una de las pacientes del sexo femenino de entre 20 y 59 años que acudieron a la consulta de medicina familiar y/o atención médica continua en la UMF # 165, Degollado, Jalisco. Se tomó la muestra de acuerdo a la consulta de pacientes con diagnóstico de depresión.

El análisis estadístico se realizó, mediante estadística descriptiva e inferencias, incluyendo pruebas para diferencia de proporciones, diferencia de medias y chi cuadrado entre grupos, las variables cualitativas se describieron mediante razones y proporciones. El análisis se realizó mediante un equipo de cómputo con interpretación del análisis estadístico SPSS para Windows versión 19. El protocolo se apegó a las diferentes directrices, normas y reglamentos institucionales, nacionales e internacionales en materia de investigación en seres humanos.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Se cuenta con las instalaciones de UMF 65 y del servicio de medicina familiar y/o atención médica continua, de donde se obtuvieron los pacientes y los datos. Se tienen los recursos tecnológicos, humanos y materiales requeridos en el desarrollo e implementación de este proyecto de investigación. No se plantearon intervenciones, recursos o tecnologías adicionales a las requeridas para la atención habitual de los

pacientes con la patología de estudio.

Los recursos y materiales empleados en el protocolo fueron financiados por el investigador. El tiempo estimado para el desarrollo del proyecto fue el comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

Todos los investigadores que participaron en el trabajo contaron con experiencia teórica y práctica en el campo abordado por el proyecto.

TIEMPO A DESARROLLARSE

Esta investigación se realizó en un periodo de 2 meses posterior a la aprobación por el Comité Local de Investigación en Salud.

INTRODUCCION

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.¹ Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.² La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.³

El tratamiento farmacológico disponible en la actualidad únicamente alcanza tasas de respuesta y remisión sintomática modestas. Los antidepresivos actuales, a pesar de

sus distintos mecanismos de acción, tienen como común denominador la regulación de sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina), y comparten similar eficacia.⁴ Con la evidencia actual, las guías de tratamiento sugieren que la decisión entre los distintos antidepresivos debe basarse en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio.⁵

La presencia de significado en la vida se ha definido como qué tan significativo considera que es su vida, mientras que la búsqueda de significado tiene definido como el impulso para encontrar el significado de uno mismo en la vida.⁶ No abordar la falta de sentido o lo existencial de la vida o crisis existenciales pueden conducir a psicopatologías como la depresión, ansiedad, adicción, agresión, desesperanza, apatía, niveles más bajos de bienestar, enfermedad física y suicidio.⁷

MARCO TEORICO

SENTIDO DE VIDA

Todos en algún momento nos hemos hecho la pregunta por el sentido de vida, que no es más que otra cosa que aquello que debemos hacer ahora , es decir ¿qué queremos?, ¿a dónde vamos? Por lo tanto el entender como el ser humano responde al sentido de vida, permitirá tener un mayor alcance respecto a si tienen un sentido de vida bueno, o sufren de la llamada neurosis noógena en otras palabras de los conflictos morales, o expresándonos en términos más generales, de los problemas espirituales, entre los que la frustración existencial suele desempeñar una función importante.

En la búsqueda del sentido le corresponde a uno decidir si desea o no realizar este último, por lo que la realización interior de sentido implica en todo momento la toma de

decisión. No importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros. Asimismo el sentido difiere de un hombre a otro, como también al momento por el que se atraviesa. García, Gallego y Pérez encontraron que personas con un alto nivel de sentido de vida tienen un mínimo o nulo nivel de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado – alto de desesperanza. Por otro lado diversas investigaciones empíricas, permiten afirmar que la adicción a las drogas está ligada a una situación de falta de sentido de vida. Es decir, que las consecuencias de la opción adictiva son siempre de vacío existencial, y viceversa, que las consecuencias del vacío existencial son la opción adictiva, como forma de refugio ante la frustración existencial. También se determinó que la familia tiene un peso importante en el sentido de la vida.

Además Manrique, encontró en su estudio realizado en adolescentes infractores que a mayor tiempo de permanencia en la institución de resocialización mayor es la intensidad del sentido de vida. La familia (real e ideal) es importante como valor fundamental en torno al cual se construye su sentido de vida. García-Bermejo, Rollan, y Villarubia, por su parte refiere que las personas con alto bienestar psicológico, tendrán un alto sentido de vida. En la misma línea, Moreno encontró que a mayor grado de sentido de la vida menor nivel de ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte. Gómez halló, que el Logro de Sentido de vida se asocia al nivel nulo/mínimo de indecisión vocacional compleja, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel medio/ alto de indecisión, de manera estadísticamente significativa.

Por otro lado el sentido no sólo debe, sino que también puede ser encontrado en el “llamado segundo nacimiento”, y es en este proceso de ir creciendo, de convertirse en adulto que el sentido se matiza en una situación determinada, con una función determinada, con el sentir adolescente y que no está exento de desviarse adquiriendo conductas inadaptadas.⁸

El constructo «sentido de la vida» fue desarrollado por el psiquiatra y neurólogo vienés Viktor Emil Frankl [1905-1997] -mundialmente conocido por su libro El hombre en busca de sentido, como núcleo de la teoría motivacional de la logoterapia, escuela de

psicoterapia por él fundada y enmarcable en la denominada «psicoterapia existencial». El experimentar que la vida propia tiene sentido es, para este autor, la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal. El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo; y autorrealización. Cuando no se alcanza el logro existencial se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La desesperanza por causa existencial puede comportar riesgo suicida más en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero que sí se experimenta el logro mismo de sentido.

Ahondando en estas ideas, Lukas afirma que la falta de sentido de la vida da lugar a una frustración existencial en la que se desespera. Entre el vacío existencial y la desesperanza, por tanto, existiría una relación estrecha; ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, y de sentimientos y de expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo llevar a la comisión de suicidio. El riesgo de cometer suicidio se incrementa notablemente cuando se experimenta vacío existencial, tanto más cuanto más sinsentido resulta la propia existencia. En relación con ello, Yalom halló que el vacío existencial se asociaba con la psicopatología, mientras que el logro de sentido de la vida se relacionaba con la dedicación personal a una causa, a valores y a metas vitales personales claras y definidas. En la misma línea, Ryff y Keyessugirieron que un componente crítico de la salud mental incluye la convicción y el sentimiento personales de que la vida tiene sentido.

Los resultados de otros estudios apuntan en la misma línea. Así, Edwards y Holden, en un estudio en el que esperaban encontrar las relaciones entre el sentido de la vida y las estrategias de afrontamiento como predictores de suicidio, hallaron que aquel

opera parcialmente a modo de amortiguador entre el estilo de afrontamiento y las manifestaciones suicidas. Por su parte, Hunter y O'Connor encontraron que las expectativas sobre el futuro condicionan el parasuicidio; las expectativas positivas acerca del futuro discriminaban a sujetos parasuicidas de sujetos control en mayor medida que otras variables. Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez observaron que la atribución de los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables se asociaba de manera notable a la generación de expectativas de desesperanza. Gallego-Pérez y García-Alandete hallaron una relación negativa significativa entre sentido de la vida y desesperanza, de modo que al vacío existencial se asociaba mayor nivel de desesperanza (riesgo de suicidio), al contrario que con el logro de sentido de la vida. Esta relación significativa entre desesperanza y riesgo suicida también ha sido reportada por Guibert y Del Cueto. Los resultados de las investigaciones reseñadas confirman lo que señala E. Lukas: «Cuando se pone en duda lo indispensable que resulta el sentido en la propia existencia, cuando se desvanece la vivencia de un sentido, se hipoteca el terreno afectivo».

La desesperanza, por su parte, está relacionada en el modelo desarrollado por A. T. Beck y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionando significativamente con ideaciones y tendencias suicidas: a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta suicida. La desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, por cuanto forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y con ideaciones suicidas.

Esta relación directa entre desesperanza e ideación y tendencias suicidas es afirmada en numerosos trabajos empíricos, así como la relación inversa entre desesperanza y sentido en la vida. Así, según Beck, Steer, Beck y Newman y Beck, Steer y Brown, la desesperanza es más importante que la depresión misma a la hora de explicar ideaciones suicidas, y ambas son las dos variables más importantes, junto con el historial de intentos de suicidio al momento de identificar ideaciones suicidas. McLeod,

Pankhania, Lee y Mitchell encontraron que un grupo de sujetos parasuicidas mostraban dificultades en su habilidad para generar pensamientos positivos sobre el futuro, comparados con un grupo control; dificultades que no se mostraban cuando la depresión era controlada. Esta relación mediadora de la desesperanza entre la depresión y la conducta suicida ha sido encontrada en otros estudios. Clarke y Kissane hallaron que la desesperanza se asocia, de manera significativa, a ideaciones suicidas y deseos de morir, así como con consecuencias negativas sobre la enfermedad física y mental. En un estudio realizado con adolescentes Esposito, Spirito, Boergers y Donaldson encontraron que aquellos que tenían en su haber múltiples intentos de suicidio mostraban puntuaciones superiores en desesperanza que los que lo habían intentado en una sola ocasión. Por su parte, Noffsinger y Knoll indican que las personas que padecen desórdenes depresivos, entre otros trastornos y factores, muestran un riesgo particularmente elevado de suicidio. Para Viñas, Villar, Caparrós, Juan, Cornellá y Pérez, el sentimiento de desesperanza es uno de los más importantes factores de riesgo de conductas suicidas, así como síntoma clínico de la depresión y etiológicamente relevante con respecto a ésta; estos autores hallaron en un grupo de estudiantes adolescentes una clara relación entre desesperanza e ideación suicida: a mayores niveles de desesperanza, mayor presencia de tal tipo de pensamientos. A tenor de estos resultados, pues, la desesperanza correlaciona de manera directa y significativa con ideaciones y tendencias suicidas, de tal modo que a mayor grado de desesperanza, mayor riesgo de suicidio.

En relación con lo expuesto, el objetivo de este trabajo consiste en comprobar las relaciones entre el sentido existencial y la desesperanza. La hipótesis por contrastar mantiene que sentido de la vida y desesperanza están significativamente asociadas de manera negativa, de tal manera que al logro de sentido se asocian niveles inferiores de desesperanza y, por el contrario, al vacío existencial se asocian niveles superiores de desesperanza.⁹

En los últimos años se ha producido un elevado interés en el estudio del significado de la vida como un factor de protección. Para Frankl, el sentido de la vida es la fuerza

motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal. El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo y autorrealización. Desde esta perspectiva, se teoriza que cuando no se alcanza el sentido de la vida, se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La ausencia de sentido de la vida da lugar a una frustración en la que la persona se desespera, pudiendo llegar al suicidio. Varios estudios realizados en población general han encontrado una fuerte relación entre bajos niveles de sentido de la vida con el riesgo de suicidio. En población clínica, encontraron que el sentido de la vida y el bienestar estaban inversamente relacionados con la ideación suicida. Sin embargo, hasta donde nosotros conocemos, no existen estudios en los que se haya investigado el sentido de la vida como factor de protección hacia el suicidio en población clínica con alto riesgo suicida como es en el TLP. El estudio de los factores mediadores del riesgo suicida en personas diagnosticadas de TLP nos permitirá identificar factores donde intervenir para reducir la conducta suicida.¹⁰

DEPRESIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo , con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial. Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030. En los estudios en gemelos reportan una heredabilidad de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado. La prevalencia la depresión es variable según el país y así, el National Comorbidity Survey Replication (www.hcp.med.harvard.edu/ncs/Americano) observó que un 16,2% de las personas presentan depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada: 12,1%). (Programa de Acción para mejorar la brecha de salud mental OMS). Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad. En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003, refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).⁷ Complementario a lo anterior, en la Encuesta Nacional de

Comorbilidad 2005 se reporta una Prevalencia General de 7.2%. Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Así mismo al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres. A pesar de la evidencia, en nuestro país, menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado. Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos. La incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas.

En México la ENEP encontró que los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas.¹²

En México, los trastornos con mayor frecuencia en población general se dan por ansiedad (14.3%), consumo de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%). Los hombres presentan mayor prevalencia de algún trastorno mental alguna vez en la vida destacando los trastornos relacionados con abuso de sustancias; en comparación con

las mujeres quienes presentan mayor prevalencia en los últimos doce meses, sobresaliendo trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

Mediante entrevista clínica en población comunitaria, se ha detectado que los trastornos mentales más incapacitantes pertenecen al espectro ansioso y depresivo; específicamente en México, se reportan: estrés postraumático, fobia social y depresión. Las afectaciones de los problemas de salud mental por si solos, pueden ser mayores que las asociadas a las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o artritis; más aún, la discapacidad aumenta cuando interactúan las enfermedades mentales y las crónicas. Por ejemplo, en pacientes con cáncer, las bajas puntuaciones en salud mental por sentirse desilusionados o tristes, reducen el tiempo de supervivencia; lo cual puede llegar a tal grado que le impida a la persona realizar totalmente sus actividades cotidianas y laborales.

En este sentido, es importante destacar las afectaciones sobre la calidad de vida entendida como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, dentro del contexto en el que vive, en relación con sus objetivos, estándares y preocupaciones. Se reconoce que no existe un acuerdo unánime en su definición ni en los componentes que la integran; pero se coincide en señalar que se trata de un concepto multidimensional, que incluye tanto el bienestar subjetivo como las condiciones de vida objetivas, envueltos en un contexto sociocultural y medioambiental. Es por ello que se ha trabajado desde diferentes enfoques: biomédico, psicosocial, ecosistémico, conductual; así como con modelos específicos: satisfacción subjetiva, combinado (importancia-satisfacción), dinámico (sociocultural-personalidad) y funcionamiento del rol. Dado su carácter multidimensional, se proponen algunas áreas como: salud física, estado psicológico, independencia, relaciones sociales, creencias personales y características del entorno; enfatizando que estas dimensiones interactúan entre sí y al momento de evaluarlas se deben considerar tanto aspectos positivos como negativos. El concepto de calidad de vida adquiere relevancia porque permite evaluar aspectos positivos del bienestar que experimentan las personas en diferentes esferas de su vida, validando la experiencia subjetiva y recuperando los recursos para la

integración a la vida comunitaria. No se limita solo a curar lo psicopatológico. En pacientes afectados por alguna enfermedad, suele trabajarse la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que aborda la experiencia que tiene el paciente sobre su enfermedad, incluso se utiliza para evaluar los resultados del tratamiento y uso de servicios. En cambio, en estudios de población abierta se utiliza la evaluación de la calidad de vida en general porque las personas no suelen sentirse enfermas, no cuentan con un diagnóstico, ni acuden a solicitar un servicio de salud; sino que se evalúa el bienestar cotidiano, sin enfermedad.

Las investigaciones en población clínica muestran que diferentes trastornos mentales (estado de ánimo, ansiedad, somatomorfos y alimentarios) y enfermedades físicas se asocian con el deterioro en la calidad de vida. Al identificar el trastorno que más contribuye al deterioro de la calidad de vida, se señala que la depresión afecta a todos los componentes de la calidad de vida, mientras que otros trastornos solo afectan ciertos dominios. El discurso de los pacientes indica que la depresión es el trastorno que más les impacta porque se mantiene presente en todo momento. Entre las dimensiones de la calidad de vida que se ven afectadas en los pacientes se encuentran: malestar, dificultades en sus relaciones sociales, disminución de actividades, falta de confianza en sí mismos y de autonomía, y deterioro en su salud. Aunque cabe señalar que también reconocen algunos aspectos positivos como la importancia del cuidado recibido, apoyo, esperanza y expectativas de mejoría. En este sentido, se reconoce que los pacientes con mayor severidad presentan mayor deterioro en la calidad de vida. Asimismo, se reporta el deterioro en la calidad de vida en población subclínica con síntomas ansiosos y depresivos. En el caso de la población no clínica, esta suele trabajarse como grupo de comparación de aquellos grupos con enfermedades físicas como diabetes, insuficiencia renal, cáncer, etc.; o con trastornos mentales de depresión, somatomorfos, alimentarios, etc. De esta manera, se presenta una tendencia favorable tanto en salud mental como en calidad de vida en comparación con los pacientes afectados. Sin embargo, existen pocos estudios en los que se valore a la población comunitaria como centro de interés, que permitan tener el conocimiento

necesario sobre la gravedad y la carga que tienen los problemas de salud mental en el nivel de la población general. A pesar de las consecuencias negativas en la calidad de vida, las personas con problemas de salud mental suelen ser atendidas de forma tardía e insuficiente. La atención suele brindarse hasta que la persona ya presenta un trastorno mental. Esta demora se asocia con el desconocimiento que tienen las personas de los síntomas iniciales y las afectaciones incipientes, es decir, carecen de conocimiento para la detección; lo que se suma a la escasez de personal, servicios y acciones comunitarias sobre salud mental. Todo ello acarrea mayor severidad, comorbilidad, costo del tratamiento y peor pronóstico de recuperación; aumentando la brecha de tratamiento y deteriorando la calidad de vida. Estas carencias se acentúan en aquellas comunidades con menor grado de desarrollo, con desventajas sociales e inequidad, por lo que se requieren diagnósticos comunitarios que evalúen las necesidades y condiciones de cada contexto que sirvan como un marco de referencia para las intervenciones de promoción, prevención y detección oportuna. La evolución de los trastornos mentales indica que el malestar y los síntomas se presentan previamente al establecimiento del diagnóstico, también sabemos que algunas personas que lo requieren no asisten a los servicios de salud, es decir que en la población comunitaria ya están presentes algunos síntomas de los trastornos mentales y que no están siendo identificados. Sin embargo, desconocemos cuáles son los síntomas incipientes que se presentan con mayor frecuencia en la población comunitaria y de qué manera la presencia de estos síntomas psicopatológicos influye sobre diversas áreas de la calidad de vida de población adulta de comunidad abierta.¹³ La depresión y la angustia son enfermedades determinadas por factores genéticos y biológicos del desarrollo y psicológicos, así como sociales y culturales. Por la misma razón, para su diagnóstico y evaluación, los tres factores deben ser tomados en consideración, al igual que para diseñar las modalidades terapéuticas a emplear. Cuando la evaluación sólo toma en cuenta uno de los factores, ésta resulta parcial e incompleta. Esto redundaría en que el paciente reciba un tratamiento por debajo de sus necesidades. No hay que olvidar que la depresión es una enfermedad mortal, por el

suicidio. El no valorar y tratar al paciente en forma adecuada, lo expone al riesgo de la cronicidad por recaídas y a la muerte por suicidio.¹⁴

La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. En México, uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento dado de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerarse como indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Por lo cual las estimaciones indican que el diagnóstico previo de depresión mayor incrementa la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad en aproximadamente 7%. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre.^{14,15}

Uno de los factores etiológicos de la obesidad lo constituye la personalidad. Según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida. La impulsividad es considerada el predictor más fuerte del sobrepeso, ya que suele ser necesario que para mantener un peso saludable se siga una dieta balanceada y un programa de actividad física constante, lo cual implica compromiso y moderación, algo generalmente difícil para individuos altamente impulsivos.¹⁵

En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.¹⁶

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. Se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.¹⁷

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad

de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.¹⁸

Los factores de riesgo de depresión son historia familiar de enfermedad mental, trastornos crónicos físicos o mentales, cambios mayores de vida y estrés, ausencia de apoyo psicológico, dificultades económicas, edad avanzada, insomnio y algunos medicamentos.¹⁹

Lamentablemente, para diagnosticar el trastorno depresivo los síntomas de este deben provocar malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, para que este acuda a consulta, además de realizar alguna prueba diagnóstica como el Test de Hamilton.^{19,20,21}

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

La Escala de Depresión de Hamilton es un instrumento de evaluación diseñada por Max Hamilton y publicada en 1960, creada con el objetivo de servir como método de detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado del paciente a lo largo del tiempo. De este modo, sus principales objetivos son la valoración de dicha gravedad, la valoración de los efectos de posibles tratamientos sobre cada uno de los componentes que evalúa y la detección de recaídas. Esto quiere decir que la Escala de Depresión de Hamilton no está pensada para el diagnóstico, sino para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado con depresión mayor. Sin embargo, a pesar de ser este su objetivo original, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones, como por ejemplo en las demencias.

COMO SE VALORA

La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960 siendo revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems, de estos los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la gravedad o intensidad de la depresión, por lo que en la

práctica, se ha utilizado una versión reducida de 17 ítems. La Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión (MHRSD), se desarrolló para superar las limitaciones que los autores encontraban en la versión de 17 ítems de la escala de Hamilton (Miller, Bishop, Norman y Maddever, 1985). Existen dos versiones más, adaptadas al español.

Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son: Índice de melancolía, formado por los ítem 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales); Índice de ansiedad, formado por los ítem 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática); Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítem referidos a insomnio.

En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9

Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

Se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como intensidad de los síntomas). Hamilton sugiere que, para aumentar la

fiabilidad de las evaluaciones, estén presentes dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio.

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. En la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los primeros 17 ítems. El rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte >13 o >18 , según el estudio. A efectos de categorizar la intensidad o severidad del trastorno depresivo: 0-6 sin depresión; 7-17 depresión ligera; 18-24 depresión moderada; 25-52 depresión grave. Para el índice de melancolía, que cuantifica los ítem más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo: 0-3 no depresión; 4-8 depresión menor; >9 depresión mayor. El índice de ansiedad/somatización se considera alto a partir de una puntuación >7 . ^{22,23,24,25,26}

TEST DE PROPÓSITO EN LA VIDA Y COMO EVALUARLO.

Purpose in Life (PIL). Permite obtener una medida del sentido de la vida versus el vacío existencial desde planteamientos logoterapéuticos. Según Guttman, alcanza un alto coeficiente de fiabilidad (0.84), y ha sido baremado para la población española, habiendo sido probada su consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88. Se ha utilizado la Parte A del PIL, una escala de 20 ítems cuya puntuación se lleva a cabo con base en una escala tipo Lickert (de uno a siete para cada ítem), y se suman los valores numéricos que el sujeto selecciona. Las puntuaciones pueden oscilar entre 20 y 140. Siguiendo a Noblejas, el análisis factorial del PIL permite distinguir cuatro factores, que explican el 54% de la varianza en el espacio de los valores y el 100% en el factorial. Estos factores son: "Percepción del sentido": captación de motivos y razones para vivir la vida y la valoración que ésta, en general, merece; explica el 35.9%

de la varianza y está compuesto por los ítems 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17 y 20. La puntuación puede oscilar entre 9 y 56. “Experiencia de sentido”: percepción de la vida propia y la vida cotidiana como plena de cosas buenas; explica el 6.8% de la varianza, e incluye los ítems 1, 2, 5, 9, 17, 19 y 20. La puntuación puede oscilar entre 7 y 49. “Metas y tareas”: objetivos ligados a acciones concretas en la vida y a la responsabilidad personal percibida hacia los mismos; explica el 5.8% de la varianza, y está integrado por los ítems 3, 7, 8, 13, 17, 19 y 20. La puntuación puede oscilar entre 7 y 49. “Dialéctica destino/libertad”: tensión entre ambos elementos y afrontamiento de la muerte como acontecimiento incontrolable, impredecible e inevitable; explica el 5.5% de la varianza e incluye los ítems 14, 15 y 18. La puntuación puede oscilar entre 3 y 21.²⁷

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

Los antidepresivos de segunda generación son la opción de primera línea para el tratamiento farmacológico de la depresión, la fluoxetina ha demostrado equilibrio óptimo entre eficacia, tolerabilidad y aceptabilidad.

Furukawa TA, Cipriani A, Cowen PJ, Leucht S, Egger M, Salanti G. Optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors, venlafaxine, and mirtazapine in major depression: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jul; 6(7):601-609.

FLUOXETINA.

La fluoxetina es un antidepresivo de la clase inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Fue documentada en 1974 por los científicos de Eli Lilly and Company. Fue presentada a la FDA en febrero de 1977, con Eli Lilly recibiendo la aprobación final para la comercialización del medicamento en diciembre de 1987. Su patente expiró en agosto de 2001. Está indicada para tratar, tanto en adultos como en niños, los trastornos depresivos, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la bulimia nerviosa y el trastorno disfórico premenstrual. También se usa ocasionalmente para

tratar el alcoholismo, el trastorno por déficit de atención, ciertos trastornos del sueño (en particular, los síntomas de cataplejía asociados a la narcolepsia), migrañas, trastorno por estrés postraumático, síndrome de Tourette, tricotilomanía, obesidad e incluso algunos problemas sexuales. Es un fármaco no relacionado químicamente con la familia de los tricíclicos, tetracíclicos o con otros antidepresivos desarrollados anteriormente, de los que difiere no sólo por su estructura química (se trata de un compuesto bicíclico), sino también por su mecanismo de acción.

La síntesis de la fluoxetina es considerada por muchos como un éxito por la psicofarmacología moderna, puesto que se trató de la primera molécula antidepresiva con un perfil de seguridad favorable y efectos colaterales bien tolerados, lo que permitió que alcanzara una popularidad sin precedentes. La acción serotoninérgica de la fluoxetina es selectiva y no se vincula con reacciones adversas de tipo sedante y cardiovascular, típicamente observadas en los agentes antidepresivos conocidos hasta entonces, especialmente los tricíclicos. Las reacciones adversas más frecuentes son boca seca, pérdida de peso, ansiedad, nerviosismo e insomnio entre otras. Es un fármaco de acción específica: es un inhibidor potente de la recaptación de la serotonina en la neurona presináptica, con una acción relativamente más débil sobre la noradrenalina. Esto aumenta la concentración de serotonina en biofase, disminuyendo el recambio de serotonina por estímulo de los autorreceptores 5HT-1A y 5HT-1D. A medio y largo plazo se produce un efecto adaptativo con regulación negativa de los autorreceptores que se vincula con un efecto ansiolítico que se alcanza el primer día. La fluoxetina se caracteriza por tener efectos más activantes que los otros compuestos de la misma familia. Estudios recientes señalan que, a diferencia de los otros ISRS, aumenta los niveles de dopamina y noradrenalina en la corteza prefrontal. Esto se asocia con efectos positivos sobre la cognición y las funciones ejecutivas y explicaría su particular eficacia en el tratamiento de la depresión comórbida en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Es frecuentemente usada para tratar la depresión severa, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia nerviosa, anorexia. También se ha usado para la cataplexia, obesidad, y la dependencia del alcohol, como

también el síndrome del atracón. Ha demostrado ser efectiva para la depresión en ensayos controlados doble ciego de seis semanas, donde también ayudó aliviar la ansiedad y mejoró el sueño. Dio mejor resultado que el placebo en la prevención de la recurrencia de la depresión cuando los pacientes que originalmente respondieron positivamente a la fluoxetina fueron tratados durante 38 semanas adicionales. La eficacia de la fluoxetina tanto para la depresión geriátrica como pediátrica ha sido demostrada en ensayos controlados.

Las investigaciones sugieren que una parte significativa de la resistencia a los ISRSs paroxetina (Paxil) y citalopram (Celexa) puede ser explicada por la variación genética del transportador Pgp. La paroxetina y citalopram, que son sustratos del Pgp, son transportados activamente desde el cerebro por esta proteína. La fluoxetina no es un sustrato del Pgp, y por lo tanto modificar un tratamiento con paroxetina o citalopram por otro con fluoxetina podría ser beneficioso para los pacientes que no respondieron a la paroxetina o citalopram.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que los trastornos afectivos y de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres en una proporción de 2 a 11, lo cual podría deberse a una serie de factores sociales y culturales; sin embargo, también se ha comparado la tasa de depresión en países con culturas diversas, encontrándose una proporción similar de cuadros depresivos entre hombres y mujeres. En México, la prevalencia reportada de depresión es similar a la encontrada en otros países, observándose por igual que los trastornos afectivos afectan con mayor frecuencia a las mujeres, siendo la razón de morbilidad específica para depresión de 2.5 mujeres por cada hombre. Estos hallazgos son predominantes durante la vida reproductiva de la mujer, y se relacionan de manera directa con los niveles circulantes de estrógenos, por lo que se propone que ésta y otras hormonas gonadales, así como los aspectos psicosociales, pueden ser los causantes de la mayor prevalencia de trastornos afectivos en mujeres que en hombres.

La observación de que algunas mujeres son vulnerables a sufrir síntomas psicológicos de intensidad suficiente para considerarse trastornos mentales ante algunos cambios

hormonales ha llevado a un grupo de autores a sugerir que podríamos agruparlos como Reproductive-Related Disorders (RRD) o TRER⁷. Dentro de este grupo se incluyen los trastornos durante el embarazo, trastornos en el puerperio, síndrome premenstrual (SPM) y trastornos durante la perimenopausia. La definición propuesta de los TRER es: un grupo de entidades diagnósticas caracterizadas por el momento de su ocurrencia (ligado al proceso reproductivo), fenomenología diversa, asociaciones epidemiológicas y vulnerabilidad compartida.

Este grupo de trastornos llevan a una elevada carga de enfermedad en las mujeres, por lo que su estudio cobra gran importancia, asimismo, los trastornos perinatales contribuyen con un 6% de los Disability Adjusted Life Years (DALYS) totales en las mujeres en edad fértil, a lo que debería agregarse la contribución del trastorno disfórico premenstrual (TDPM). Recientemente se ha hecho mucho énfasis en la atención de la salud mental de la mujer como una estrategia de salud pública efectiva para reducir la carga de la enfermedad mental en la comunidad.²⁸

JUSTIFICACION

El aumento en la prevalencia de la depresión en nuestro país se ha convertido en un problema de salud pública en México, ya que es asociada a una elevada morbilidad, generando altos costos en el sistema de salud. La depresión, cuya magnitud, al ser considerada entre las alteraciones patológicas del estado de ánimo con síntomas afectivos, se advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades concomitantes o situaciones de estrés. La depresión como unidad de estudio tiene una gran trascendencia, porque sería importante valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psico-sociales y económicas, que provocan como daño en el individuo, su familia y la sociedad en conjunto. , obteniendo así indicadores del grado de desintegración familiar y social, o en caso hasta de marginación social o laboral, por lo tanto debería ser un problema atendido como prioritario por la gran repercusión social que ésta tiene. La vulnerabilidad y la depresión dentro de las enfermedades mentales en los trastornos del humor, debido a la frecuencia, recurrencia y su repercusión, existe la posibilidad de prevenir el problema, con beneficios de cada acción y recurso que se utiliza para prevención y control. En este trabajo se pretende incluir resultados del estudio de factibilidad, comenzando con la puesta en marcha de las encuestas que se llevaran a cabo, así como la sintomatología de las emociones, jerarquizando la resolución para este problema de

salud y tomar las decisiones correspondientes. Se pretende realizar este estudio porque en la unidad de medicina familiar # 165 en Degollado, Jalisco se observa la gran prevalencia de consulta pacientes del sexo femenino, teniendo como tratamiento la prescripción de fluoxetina, aunado a que en las consultas no están correctamente diagnosticadas con depresión, muchas de ellas solo presentan síntomas relacionados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las pacientes del sexo femenino con síntomas de depresión son un motivo de consulta con el que nos enfrentamos a diario en la práctica médica. Existe la queja continua de las pacientes de los sentimientos de desesperanza y soledad, sentimiento de sentirse aisladas del ámbito familiar. Siendo una queja continua y hasta de manera común el autodiagnóstico como depresión. Esto mismo conlleva al aumento en la demanda de consulta médica, el auto tratamiento por recomendación, el abuso en la prescripción de medicamentos, aumentando de esta manera el costo en farmacia. Con el fin de determinar que percepción tiene cada una de su calidad de vida, o de tener un sentido de vida como estímulo para el crecimiento personal es que se pretende llevar a cabo un estudio de la percepción en el sentido de vida de las pacientes con tratamiento en quien se sospeche o se cuente ya con el diagnóstico de depresión, para evaluar el estado de ánimo de las pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el sentido de vida y evaluación de la depresión en pacientes femeninas de 20 a 59 años en tratamiento con fluoxetina en la unidad de Medicina Familiar # 165, Degollado, Jalisco?

HIPOTESIS

Se plantea la ejecución de un estudio con fines de conocer la prevalencia de depresión y explorar la percepción del sentido de vida entre pacientes femeninas de 20 a 59 años en tratamiento con fluoxetina en la unidad de medicina familiar. No se planea comparación entre grupos o comprobación de asociaciones entre variables, por lo que no se considera necesaria la formulación de hipótesis de trabajo en este momento, aunque se plantea la formulación de hipótesis para posteriores estudios con base en la información y conclusiones de este trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer el sentido de vida y evaluación de la depresión en pacientes femeninas de 20 a 59 años con tratamiento con fluoxetina en la unidad de medicina familiar no. 165, Degollado, Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el sentido de vida de las pacientes femeninas de 20 a 59 años con tratamiento con fluoxetina en la unidad de medicina familiar no. 165, Degollado, Jalisco.

- Clasificar los grados de depresión de las pacientes femeninas de 20 a 59 años con tratamiento con fluoxetina en la unidad de medicina familiar no 165, Degollado, Jalisco.
- Conocer las características sociodemográficas de las participantes

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, transversal, descriptivo.

SEDE DEL ESTUDIO

Consulta Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar # 165 del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

UNIVERSO DE ESTUDIO

La población blanco y la muestra se delimita de acuerdo al periodo temporal considerado para la integración del estudio, por la estrategia de muestreo y por el tamaño estimado de la muestra calculado.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico con reclutamiento secuencial de casos a lo largo del tiempo de disponibilidad para el mismo hasta dar cumplimiento al tamaño de muestra requerido, donde se incluyeron todas las pacientes femeninas entre 20 y 59 años que acudieron a consulta en UMF # 165, teniendo tratamiento antidepresivo con fluoxetina en un periodo de 4 meses de Marzo a Julio del 2020.

Las personas de este universo fueron elegidas para su inclusión, en la muestra de estudio, al cumplir con los criterios de selección que se enlistaron.

MUESTRA Y MUESTREO

Las características del universo de trabajo son consideradas como de una población de número infinito o no determinado de unidades de investigación; debido a lo cual se hace necesario el establecimiento de un método de muestreo y la determinación a priori de un número mínimo de unidades de investigación a evaluar con el fin de identificar la prevalencia de la variable primaria de estudio. Se planeó la realización de una metodología de muestreo no probabilístico de tipo incidental donde todas las pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad serán incluidas en el proceso de estudio hasta completar el tamaño de la muestra estipulado a priori (ver más adelante). El periodo de tiempo que se considera para la integración de la muestra total se encuentra comprendido entre Marzo y Julio del 2020.

Para el cálculo de la muestra se tomó la determinación de la prevalencia puntual de depresión y el tratamiento con fluoxetina.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

La fórmula aplicada es la siguiente:

Los valores utilizados en el cálculo para prevalencia de depresión y para el cálculo de tratamiento con fluoxetina son:

Z_{α} que corresponde al valor de la confianza estadística, la cual fue prefijada en un 95%; para un error tipo 1 del 5% expresado como un valor alfa de 0.05 a dos colas. Para esta confianza el valor de la Z es de 1.96.

El resto de los parámetros utilizados variaron de acuerdo a objetivo deseado tomando en cuenta reportes previos de la literatura:

La prevalencia conocida de depresión en adultos mexicanos se ha estimado alrededor del 4.5% ($P=0.104$).²⁹

La precisión de la medición de la prevalencia puntual de depresión ente las pacientes será estrechada a un 10% de fluctuación en el valor real, lo que equivale a una diferencia puntual de 0.01.

Con base en lo anterior se despeja la fórmula que fue anteriormente comentada, quedando de la siguiente manera el cálculo:

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

$$P \text{ (PREVALENCIA)} = 0.045$$

$$d \text{ (diferencia)} = 0.1$$

$$1 - P = 0.955$$

$$Z_{2 \cdot 1 - \alpha / 2} = 3.8416$$

$$P(1 - P) = 0.04298$$

$$(Z_{2 \cdot 1 - \alpha / 2}) (P(1 - P)) = 0.16509$$

$$d^2 = 0.01$$

$$(Z_{2, 1-\alpha/2})^2 (P(1-P)/d^2) = 16.5093$$

Con base en lo anterior se concluye que se requieren de por lo menos 17 pacientes con depresión, se considera el 20% de posibles pérdidas por lo que el tamaño de la muestra mínimo requerido será de 22 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes femeninas entre 20 y 59 años.
- Con diagnóstico de depresión (por médico familiar o auto diagnóstico) en tratamiento con fluoxetina.
- Firma de consentimiento informado por la paciente o su representante legal y dos testigos
- Derechohabientes de la UMF # 165 en Degollado, Jalisco, que acudan a la consulta de medicina familiar y/o atención médica continua.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes femeninas menores de 20 años y mayores de 60 años
- Pacientes femeninas derechohabientes de otras clínicas.
- Pacientes femeninas con demencia.
- Pacientes femeninas con trastorno psiquiátrico diferentes a depresión.
- Pacientes femeninas con otros tratamientos antidepresivos diferentes a la fluoxetina.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no deseen continuar con el cuestionario.

- Que el cuestionario este llenado incorrectamente.

VARIABLES

Debido a que se trata de un estudio de tipo transversal no se establecen variables dependientes e independientes. Durante el desarrollo del estudio transversal la información será captada en un cuaderno de recolección de datos, el cual se encuentra incluido en el apartado de anexos de este mismo protocolo. Con fines de estudio las variables del estudio son clasificadas en variables principales, variables exploratorias y variables confusoras. Las variables enlistadas a continuación como primarias son consideradas como indispensables en el análisis y la falta de cualquiera de una de ellas se considera como criterio de eliminación.

CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable primaria de estudio:

Sentido de Vida

Evaluación de la Depresión.

Variables confusoras:

Edad, escolaridad, estado civil, ocupación.

Variables exploratorias:

Diagnóstico motivo de consulta.

Diagnósticos concomitantes.

Fármacos concomitantes.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Estadístico descriptivo	Prueba estadística
Depresión	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos	Cualitativa nominal	1.- Leve. 2.- Moderado. 3.- Severo.	Proporciones	Chi Cuadrado
		Dicotómica	1.- Presente 2.- Ausente		
Test Sentido De vida	Instrumento que provee una via de exploración sobre diferentes cuestiones existenciales	Cualitativa nominal Dicotómica	1.- Positiva menor a 50 puntos. 2.- Negativa mayor a 50 puntos.	Proporciones	Chi Cuadrado.
Escala de Depresion de Hamilton	Escala heteroaplicada diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios de pacientes deprimidos.	Cualitativa Nominal, politómica	1.- No deprimido. 2.- Depresion ligera/menor. 3.- Depresion moderada 4.- Depresion severa. 5.- Depresion muy severa.	Proporciones	Chi cuadrado
Edad	Número de años al momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años	media	T Student
Escolaridad	Grado máximo de estudios concluidos	cualitativa nominal, politómica	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Postgrado	Proporciones	Chi cuadrado
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física con relación a otra	cualitativa nominal politómica	1. Soltero 2. Casado 3. Union libre 4. Viudo 5. Divorciado 6. No especificado	Proporciones	Chi cuadrado
Ocupación	Hace referencia a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo	cualitativa nominal politómica	1. Empleado 2. Hogar 3. Jubilado 4. Pensionado 5. Comerciante 6. Otros	Proporciones	Chi cuadrado

PROCEDIMIENTO

La evaluación clínica de cada uno de las pacientes fue realizada en un único momento, en cuanto fue posible completar la totalidad de la información requerida en el cuaderno de recolección de datos.

Todos los procedimientos para el interrogatorio, examen físico e integración de la historia clínica correspondiente fueron realizadas mediante métodos universalmente aceptados y con conformidad a la Ley General de Salud, en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. La historia clínica fue realizada al momento de la evaluación de la paciente. En la consulta de atención médica continua y de medicina familiar, se realizó la encuesta de características socio-demográficas, registrando algunos datos de identificación y en especial para contacto en el futuro, incluyendo la forma en que inicio su enfermedad actual, los tratamientos que ha recibido, las molestias que ha tenido. En la entrevista se aplicaron la encuesta de depresión de Hamilton y el test de propósito en la vida. Del resultado de estas encuestas se identificaron las pacientes que se diagnosticaron con depresión, y el nivel de percepción de la calidad de vida en cada una de las pacientes. De esos registros se tomó la información necesaria para análisis en el estudio.

Todos los datos positivos y de interés clínico fueron registrados en el cuaderno de recolección de datos (CRD).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se realizó mediante un equipo de cómputo con interpretación del análisis estadístico SPSS para Windows versión 19.

Al iniciar el análisis estadístico de los grupos se procedió a la verificación del comportamiento de la distribución de las variables incluidas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste. En forma global la estadística descriptiva empleada en la presentación de los datos incluye las medidas de tendencia central y dispersión de empleo más común (media aritmética y desviación típica), cuando se consideró pertinente, se incluyeron además mediana, valores mínimos y máximos o rangos de dispersión. Las tasas de prevalencia y de incidencia fueron calculadas con base en estos resultados. Para el caso de posibles análisis exploratorios adicionales que requieran de estadística inferencial se escogieron los procedimientos estadísticos más adecuados para su análisis.

Poder estadístico. Las ecuaciones para la estimación del poder estadístico fueron derivadas directamente de las ecuaciones seleccionadas para el cálculo del tamaño de la muestra. Los criterios de decisión para todas las pruebas seleccionadas son un error tipo I de 5% y un error tipo II del 20%, por lo que el punto de corte para el criterio de significancia estadística es fijado en $p \leq 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

El trabajo de investigación que se llevó a cabo fue sujeto a la Ley General de Salud, en relación a aspectos éticos de investigación en seres humanos, apegándose a los artículos 13, 14, 16, 17, 18 y 23 entre otros. Dicha investigación, de acuerdo al artículo 17 se considera con riesgo mínimo debido a que es una investigación voluntarios con pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

El protocolo no requirió de consentimiento informado.

También se consideró dentro de la declaración de Helsinki de la AMM dentro de los principios y las consideraciones éticas se respetaron algunos lineamientos importantes como son la privacidad y la confidencialidad. La confidencialidad de los datos se garantizó mediante la codificación de los pacientes obtenidos de la base de datos del Servicio de Atención Médica Continua, resguardando la información personal de los pacientes.

Respecto a estos puntos podemos dar las siguientes especificaciones:

Confidencialidad. Los datos obtenidos de cada uno de los participantes se utilizaron única y exclusivamente para la realización del siguiente proyecto de investigación. Asegurando a los participantes que no se les identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y que los datos respecto a su privacidad serán tratados en una forma confidencial.

Anonimato. Durante la obtención de la información así como durante la realización de todo el proyecto de investigación, se respetó en todo momento la privacidad de los participantes, sin revelar en ningún momento los datos de identificación a ninguna persona ajena al proyecto en cuestión.

El protocolo de investigación fue sometido a aprobación para su realización por el Comité de Investigación de 1305 y a los Comités de Ética Nacionales y Locales del Instituto Mexicano del Seguro Social, según fue requerido.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

Los recursos humanos requeridos para el desarrollo del estudio fueron, en forma mínima: los investigadores autores del trabajo.

Dr. Salvador Castellanos Arámbula, residente 1er. Año de Medicina Familiar.

Recursos físicos y Materiales

Instalaciones de la UMF # 165, Degollado, Jalisco.

Calculadora.

Equipos electrónicos y de Cómputo.-

Laptop, impresora, copiadora, paquete estadístico SPSS para Windows versión 25.0, material de oficina, consultorio de Medicina Familiar.

Equipos de comunicación.

Teléfono celular.

Material de papelería.

Hojas de papel, lápices, plumas, agenda.

Financiamiento y Factibilidad.

La totalidad de los recursos económicos requeridos para llevar a cabo el estudio fueron realizados por el investigador. Por lo cual se contó con los requerimientos necesarios para la realización de este protocolo, además de los recursos ya comentados.

Aspectos de Bioseguridad.- No requeridos por el tipo de estudio.

DIFUSION

Se plantea la difusión de los resultados mediante su exposición en foros nacionales e internacionales y su eventual publicación en una revista biomédica de circulación

internacional indexada. El trabajo fue presentado además como tesis de grado por uno de los investigadores.

RESULTADOS

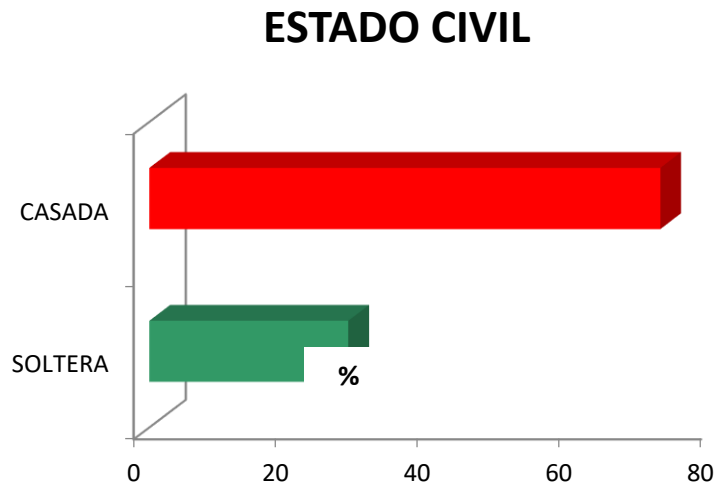
Fueron seleccionadas para este estudio 25 pacientes, las cuales fueron atendidas en la UMF # 165, del municipio de Degollado, Jalisco durante la práctica diaria de la consulta de Medicina Familiar; las cuales cumplían con los criterios de diagnóstico de depresión más tratamiento con Fluoxetina, todas las pacientes se encontraban tomando la misma dosis del medicamento (20 miligramos cada 24 horas) durante el mismo periodo de tiempo (24 meses).

Para su descripción al presentar los datos demográficos, el estudio incluyó solo pacientes del sexo femenino. La edad promedio del grupo total de las pacientes fue de 39.36 ± 14.58 , con una edad mínima de 19 y una máxima de 59 años.

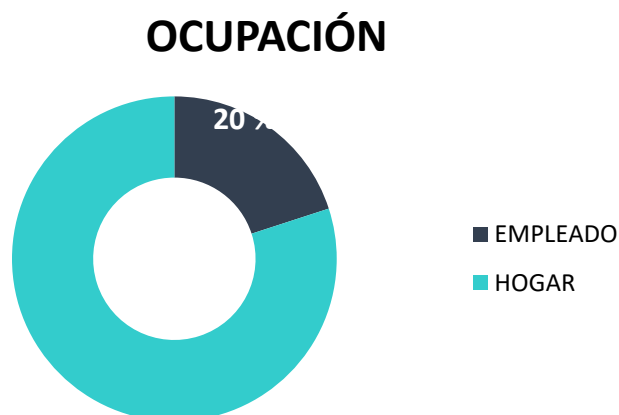
Dentro de sus características demográficas encontramos que el 72 % de las pacientes está casada (grafica 1), 80 % se dedica al hogar (grafica 2), 44 % tiene estudios de educación media básica y solo el 8 % completaron el grado de licenciatura, como se muestra en la tabla 1.

GRAFICA 1. Con un total de 25 pacientes, en donde 18 (72%) son casadas, y 7 (28 %) solteras.

Grafica 1



Grafica 2



80 %

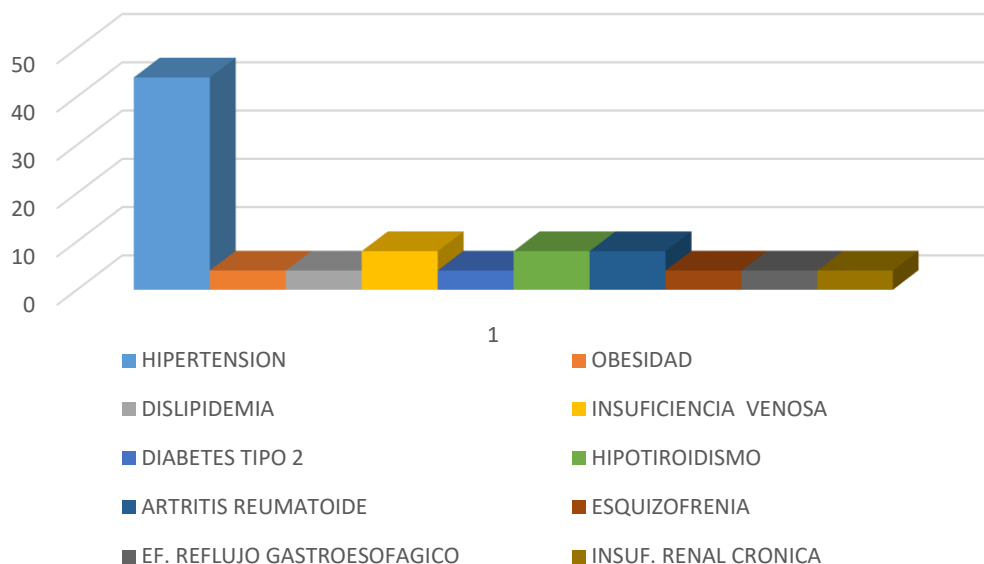
Tabla 1. Distribución de la escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	8	32	32
SECUNDARIA	11	44	76
PREPARATORIA	4	16	92
LICENCIATURA	2	8	100
Total	25	100	

Se consideró importante durante la interpretación de los resultados, como otra forma de característica interviniente para el estudio, analizar de manera exploratoria la presencia de comorbilidades, resultando que 44 % de las pacientes cuentan con antecedentes de hipertensión, y 8% presentan insuficiencia venosa, hipotiroidismo, y artritis reumatoide, entre otras (grafico 3).

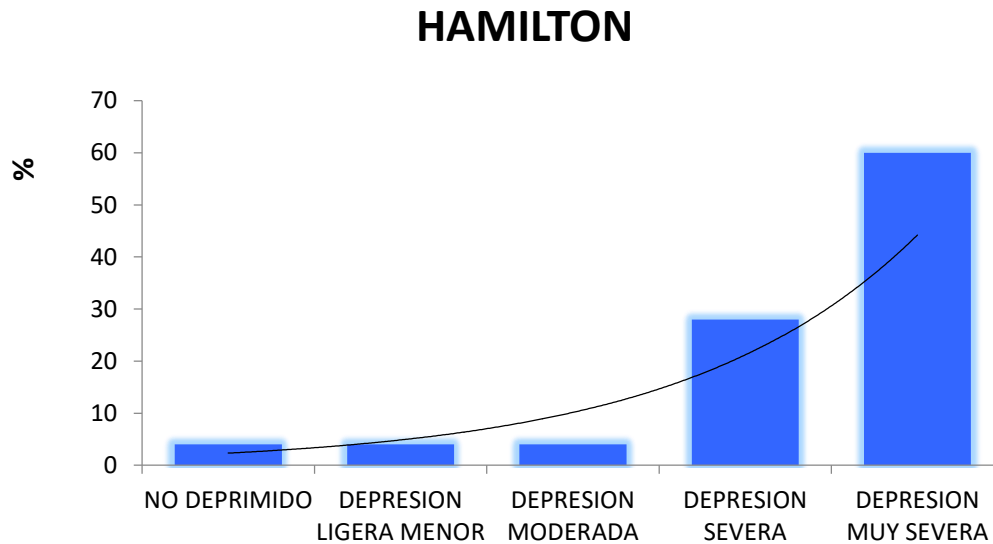
Grafica 3

COMORBILIDADES



En cuanto a la depresión que fue nuestra variable principal, la información obtenida fue a través de fuente directa de entrevista, ésta fue evaluada para su adecuado diagnóstico de acuerdo a la escala de Hamilton, obteniendo que 15 de las pacientes (60 %) tuvieron depresión muy severa, como lo muestra el grafico 4.

GRAFICO 4.



Así mismo se evaluó como otra de nuestras variables de interés principal, el sentido de vida, utilizando el test The purpose in life test (PIL) en donde los resultados arrojaron que 3 pacientes (12%) de la población estudiada vieron afectado su propósito o sentido de vida (grafico 5), y además se encontraban ubicadas en estado de depresión severa y muy severa, sin tener relevancia estadísticamente significativa $p= 0.976$ (tabla 3).

Grafica 5

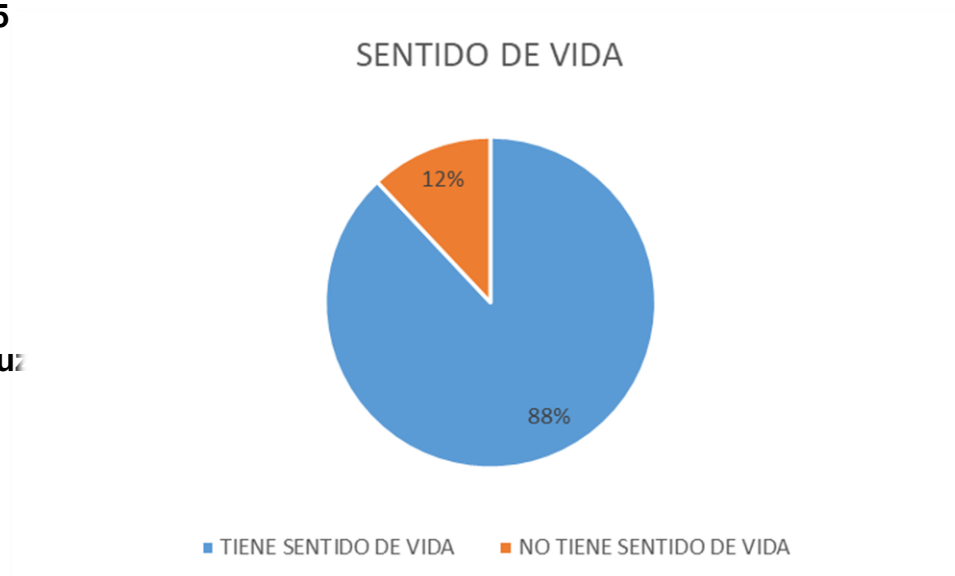


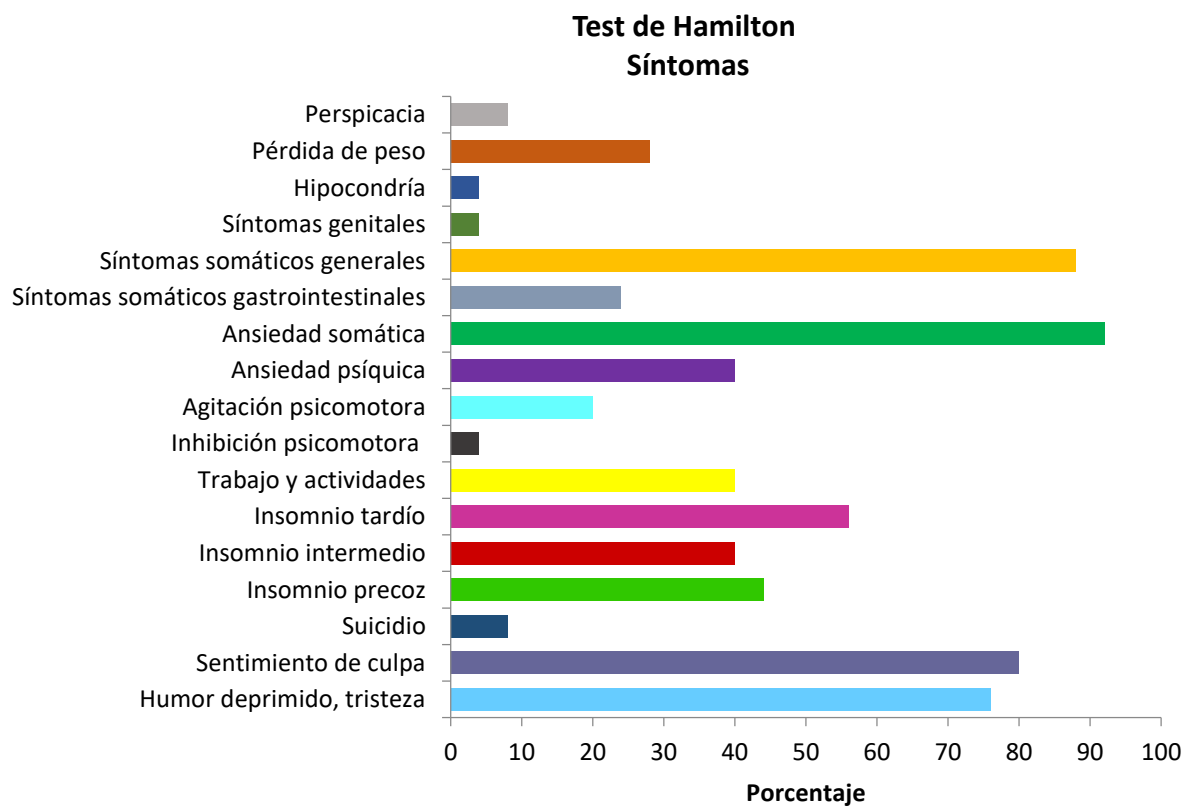
Tabla 3
Tabla cruz

n (%)	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	TOTAL
C/SV	21 (87.5)	1 (100)	22 (88)
S/SV	3 (12.5)	0 (0)	3 (12)
TOTAL	24 (100)	1 (100)	

Para el total del grupo la concordancia de tener sentido de vida fue $p > 0.05$
 CSV=Con sentido de vida, SSV=Sentido de vida

Por otro lado, en este estudio encontramos que para evaluar la gravedad de la depresión, los ítems más prevalentes fueron el humor depresivo 76%, sentimiento de culpa 80%, Insomnio tardío 56%, ansiedad somática incapacitante 92%, síntomas somáticos generales 88% (Grafica 6), observando así una más baja autoestima, mayor número de acontecimientos vitales negativos, peor percepción de la salud, mayor prevalencia de ansiedad y peores condiciones de vida efectiva.

Grafica 6



En la tabla 4 se compararon algunos factores sociológicos que pudieran asociarse a la presencia de depresión como son el estado civil (solteras-casadas), la escolaridad (básica/medio-superior), y la ocupación (hogar-empleado), sin encontrar una correlación positiva de estos comportamientos con la depresión.

De igual forma en la tabla 5 se muestra esta misma comparación de factores sociológicos con sentido de vida sin encontrar correlación de significancia.

Tabla 4

Depresión			
	<i>r</i>	P	95% IC
Estado civil	0.133	.525	-1.268 - .665
Escolaridad	0.109	.605	-.339 - .569
Ocupación	0.217	.298	-1.619 - .519

Tabla 5

Sentido de vida			
	<i>r</i>	P	95% IC
Estado civil	0.318	.121	-.066 - .526
Escolaridad	0.241	.245	-.060 - .224
Ocupación	0.123	.558	-.448 - .248

DISCUSIÓN

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estimaba que en 2020 sería la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.³⁰

Basado en datos previos este estudio se realizó en población femenina bajo el contexto de que las mujeres presentan mayor gravedad en sus cuadros afectivos que los hombres, lo cual también se relaciona con los procesos de vulnerabilidad, la experiencia de enfermedad, la manifestación de la enfermedad somática, la búsqueda de ayuda y la atención en los servicios sanitarios. De acuerdo con la evidencia, consideramos que esta desventaja en la salud mental de las mujeres respecto de los hombres también estaría relacionada con procesos de estratificación social tales como el empleo, la conciliación de la vida familiar y las tareas del hogar, las oportunidades y los recursos con los que cuentan.³¹

Los pacientes deprimidos pueden tener múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso de desarrollo de alguna enfermedad dada a lo largo de un periodo establecido; la edad media observada en nuestra población que se encontró en la 4ta

década de la vida (edad cada vez más temprana), coincide con los datos de la OPS, que señala una alta prevalencia en el adulto, siendo el porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años, que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo. Según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo en el grupo de edad de 15 a 44 años, medida en años de vida vividos con discapacidad.³²

Por otra parte el nivel de educación media básica fue la más observada, y el 80% de las pacientes estudiadas desarrollaba sus actividades dentro del hogar, así la tendencia de la conjunción de educación y trabajo pudiera estar influyendo sobre el menor bienestar psicológico como lo enmarcan algunos autores ya que el desempleo genera mayor grado depresivo y ansiedad, así como menor autoestima y satisfacción con la vida, debido a que se ve deteriorada su solvencia económica la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la imposibilidad de predecir y planificar el futuro y la pérdida de una posición social valorada.³³

En cuanto a co-morbilidades, se encontró que la hipertensión arterial tuvo una prevalencia de 44% en el grupo de pacientes estudiadas, lo cual es muy similar a lo reportado por Angelina Dois, con prevalencia de hipertensión en población chilena de 51%, así como ha sido reportado por otros investigadores, lo que demuestra que a su vez este dato pueda asociarse a un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares, considerando importante la evaluación del estado de ánimo de aquellas personas adultas que cursan con la hipertensión arterial y un plan precoz de tratamiento para el cuadro depresivo.³⁴

El mayor porcentaje de las pacientes evaluadas en el protocolo se ubicó en un grado de depresión muy severa, datos que concuerdan con lo reportado coincidiendo con que la depresión constituye un reto para la salud pública, ya que su prevalencia es muy alta: el número de personas que la sufren a lo largo de su vida se sitúa entre el 8% y el 15%.

En Europa, representa más del 7% de la mortalidad prematura.

Los datos señalan que cada episodio depresivo incrementa la probabilidad de una recaída posterior. Aproximadamente, un 60% de los pacientes que ha sufrido un episodio depresivo presenta al menos una recurrencia a lo largo de su vida.³⁵

Sugestivamente en nuestro estudio la pérdida del sentido de vida fue menor al 15%, lo que debe ser una propuesta para replantear como lo sugiere Ventegodt (Ventegodt S, Andersen NJ, Merrick J. Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *ScientificWorldJournal*. 2003 Dec 1; 3:1164-75. doi: 10.1100/tsw.2003.102. PMID: 14646011; PMCID: PMC5974893.) en su cuestionario de propósito de vida, si la calidad de vida y la felicidad que son conexiones para el desarrollo del ser humano pueden satisfacerse de forma más contundente para encontrar la conexión con un propósito de vida verdadero y trascendente, por lo que quizá el profesional de la salud deba priorizar también el investigar más sobre los aspectos bio-psico-sociales que afectan al enfermo, para mejorar su salud mental que le ayude a proyectar su vida futura y si así sea el caso abatir dolor y sufrimiento físico.³⁶

Con relación al agente farmacológico bajo el que se encontraban medicadas las pacientes, podemos señalar que quizá el efecto y la dosis pudieran ser precarios, ya que se reflejó por la prevalencia del estado depresivo de las pacientes que existe una falta de respuesta o resistencia al tratamiento, aunque tampoco se realizó un ajuste de dosis durante 24 meses, como desventaja no se incidió para este estudio sobre efectos adversos puntuales o interacciones con otros fármacos que impidieran incrementar dosis, esto debido a que tampoco las pacientes refirieron inadecuada tolerabilidad, y confirmaron apego al medicamento.

Sería necesario seguir estudiando este grupo de pacientes sobre sus condiciones mórbidas para conocer la necesidad de mejorar las terapias para depresión y sentido de vida a corto y largo plazo.

CONCLUSION.

Este es el resultado del protocolo que evaluó la eficacia de la fluoxetina en mujeres con edad de 19 y una máxima de 59 años, en quienes los síntomas de la depresión no mejoraron.

La salud y el bienestar general de las mujeres de mediana edad se han convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo. Más del 80% de las mujeres experimentan síntomas físicos o psicológicos con diversas angustias y alteraciones en sus vidas, lo que conduce a una disminución de la calidad de vida. Las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidades que los hombres de desarrollar depresión durante su vida, y esto se asocia con una mayor vulnerabilidad a la depresión entre las pacientes. Por lo tanto, es esencial optimizar las opciones farmacológicas para el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. Los resultados de este estudio sugieren que las mujeres con trastorno depresivo mayor podrían beneficiarse más con un cambio en su tratamiento al recibir un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina, como por ejemplo Venlafaxina, situación que requeriría de un nuevo protocolo de estudio para su análisis

CONCLUSIONES.

Se estimó una alta prevalencia de depresión en mujeres adultas con un 12% de pérdida de sentido de vida, distinguiéndose más de 40% de estado de hipertensión arterial y aumentada proporción de ansiedad y somatización que sugiere la necesidad de mejor evaluación médica y terapéutica.

REFERENCIAS

1. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167:1253-1260.
2. Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
3. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504.
4. Linde K, Kriston L, Rucker G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015; 13(1):69-79.
5. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(9):540-60.
6. Yek MH, Olendzki N, Kekecs Z, Patterson V, Elkins G. Presence of Meaning in Life and Search for Meaning in Life and Relationship to Health Anxiety. *Psychol Rep*. 2017 Jun; 120(3):383-390.
7. Glaw X, Kable A, Hazelton M, Inder K. Meaning in Life and Meaning of Life in Mental Health Care: An Integrative Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*. 2017 Mar; 38(3):243-252.
8. Fernández F, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Edit. Territoris*. 2005; 5:117-35.
9. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: CengageLearning Editores; 2010.
10. Badia X, García F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En: Badia-Llach X, ed. *La Investigación de resultados en salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona: Edimac; 2000.
11. Cummins RA. Quality of Life Definition and Terminology: A

discussiondocumentfromthe International SocietyforQuality of LifeStudies. Blacksbourg, USA: The International SocietyforQuality-of-LifeStudies; 1998.

12. Bowling A, Brazier J. Quality of Life in Social Science and Medicine. Social Science & Medicine. 1995(10):1337-8.
13. Osorio M, Marín T, Bazán G, Ruíz N. Calidad de vida en pacientes pediátricos con hemofilia. Consulta externa de un hospital público de la Ciudad de México. Revista de Psicología GEPU. 2013;14(1):13-26
14. Artículo: Un protocolo de calidad. Obtenido de: <file:///G:/2019%20PROTOCOLO/Artic.%20nvo.%20protocolo/calidad.pdf>. Revisado el 20 de Mayo de 2019.
15. González R. Calidad de vida, bienestar y salud. <file:///G:/2019%20PROTOCOLO/Artic.%20nvo.%20protocolo/----CalidaddeVidaBienestarySalud2010.pdf>
16. Ruiz, A. González, N .Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. * ana_olivi@yahoo.com.mx. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.07Liberabit>
17. Artículo Protocolo de estudio para su revisión. Obtenido de [:file:///G:/2019%20PROTOCOLO/Artic.%20nvo.%20protocolo/ContentServer%20\(6\).pdf](file:///G:/2019%20PROTOCOLO/Artic.%20nvo.%20protocolo/ContentServer%20(6).pdf). Revisado el 20 de Mayo de 2019.
18. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09.
19. Ribes, E. La Psicología: ¿qué investigar? Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 2016; 8(1): 85-95.
20. Rondón, J. El trastorno de depresión en la Venezuela del periodo 2013-2017: una visión psicosocial. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2018; 21(3): 904-922.
21. Godínez, A. Integración del enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2017; 20(4): 1426-1450.

22. American psychiatric association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014.
23. Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. J.NeurolNeurosurg Psychiatry, vol 23:56-62
24. Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton) (HRSD, HAM-D). Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Ficha técnica. Recuperado de: http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%2006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF Fecha de consulta: 13 de Octubre 2018
25. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 (ENSANUT MC, 2016).
26. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. J NeurolNeurosurg Psychiatry, 23: 56-62
27. Martínez E, Trujillo A, Trujillo C. Validación del test de Propósito Vital (PIL-TEST- Purpose in life test) para Colombia. <https://es.scribd.com/document/347786115/Validacion-Del-Test-de-Proposito-Vital-Pil-Test-Purpose-in-Life-Test-Para-Colombia>
28. Artículo : Fluoxetina Obtenido de: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Fluoxetina.htm Revisado el 20 de Mayo de 2019.
29. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in México. Salud Pública Mex. 2005;47 Suppl 1:S4-11.
30. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex [Internet]. 2 de febrero de 2005 [citado 1 de junio de 2021]; 470. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683>.

31. Pastorino M.S, Vanegas López J, Florenzano Urzúa R. Salud mental con perspectiva de género. Salud pública de México / vol. 59, no. 6, noviembre-diciembre de 2017.
32. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Innovaciones en la atención de las afecciones crónicas. Rev Panam Salud Publ. 2002; 12(1):71-74.
33. Caicedo M, van Gameren E. Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. Ciência & Saúde Coletiva vol.21 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2016, <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.16592014>.
34. Dois A, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. Rev.méd.Chile. 2009;137:475-480.
35. Efesalud. Las cifras de la depresión. [Online]. Available from: <https://www.efesalud.com/las-cifras-de-la-depresion/> [Accessed 2 June 2021].
36. Arturo José Sánchez Hernández A. The Sense of Life. Rev Hum Med v.5 n.1 Ciudad de Camaguey ene.-abr. 2005. versión On-line ISSN 1727-8120



ANEXOS.- 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 165 DEGOLLADO, JALISCO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio: SENTIDO DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS EN TRATAMIENTO CON FLUOXETINA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 165, DEGOLLADO, JALISCO.

Patrocinador externo (si aplica): No existen patrocinadores externos en este estudio

Lugar y Fecha: Degollado, Jalisco a _____ de _____
de _____

Número de Registro Institucional: Folio

Justificación y Objetivo del estudio:

El aumento en la prevalencia (número de personas) con depresión en nuestro país se ha convertido en un problema de salud pública, ya que es asociada a una elevada morbilidad (presencia de varias alteraciones de salud), generando altos costos en el sistema de salud. La depresión considerada entre las alteraciones patológicas del estado de ánimo con síntomas afectivos, se advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, Se pretende realizar este estudio porque en la Unidad de Medicina Familiar # 165 en Degollado, Jalisco se observa gran regularidad con la que asisten a consulta pacientes femeninas, teniendo como tratamiento la prescripción de Fluoxetina, aunado a que en las consultas no están diagnosticadas con depresión, muchas de ellas solo presentan síntomas relacionados.

El Protocolo de investigación es conocer el sentido de vida que tiene un paciente diagnosticada con depresión en control con Fluoxetina.

Procedimientos:

Se le invitará a participar en este estudio si se identifica a usted con posible depresión y que ya esté tomando fluoxetina.

En la consulta de atención médica continua y de medicina familiar, se realizará la encuesta de características socio-demográficas, registrando algunos datos de identificación y en especial para contacto en el futuro, incluyendo su domicilio y su teléfono de contacto, así como otros registros incluyendo la forma en que inicio su enfermedad actual, los tratamientos que ha recibido, las molestias que ha tenido. En la entrevista se le aplicarán la encuesta de depresión de Hamilton y el test de propósito en la vida. Del resultado de estas encuestas se identificarán las pacientes que puedan diagnosticarse con depresión, y el nivel de percepción de la calidad de vida en cada una de las pacientes. De esos registros se tomará la información necesaria para análisis en el estudio

Posibles Riesgos y Molestias:

La participación en el estudio no le implica ningún riesgo adicional durante su atención, ya que no se le realizarán ninguna clase de estudio, prueba, procedimiento que no sea parte de su atención habitual para su enfermedad, quizá solo la sensación de sentirse investigado.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No obtendrá ningún beneficio directo o tangible inmediato de este estudio, con la excepción de una vigilancia adicional por el médico investigador. Se podrá conocer si hay alguna diferencia en la percepción de la calidad de vida en paciente sanos y con diagnóstico de depresión en control con fluoxetina. Conocer si los pacientes perciben una mejoría en su percepción de calidad de vida al encontrarse en tratamiento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados permitirán saber si las pacientes pueden continuar o no con el tratamiento establecido, sin menguar su percepción de la calidad de vida. Durante este estudio, dado que no se realizarán intervenciones, tratamientos o estudios adicionales a los que se requieren para la atención de su enfermedad, no se entregarán resultados de laboratorio ni otras alternativas de tratamiento por el momento.

Participación o retiro: La paciente conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente, sin repercusión alguna sobre la atención médica brindada por el IMSS.

Privacidad o confidencialidad: Los datos que se obtengan del registro de operaciones y de su historia clínica son confidenciales, los investigadores desconocen el nombre del paciente de cuya historia clínica y registro se obtienen los datos. El nombre de cada paciente esta codificado con una clave, clave que

solo la conoce un profesional de la salud del servicio de Medicina Familiar ajeno al estudio. Todos los datos obtenidos son para fines científicos y sin lucro, utilizados únicamente para fines de investigación y publicación. No se utilizarán, publicaran o manejaran información personal de usted o de sus familiares, siendo identificado solo como un número de paciente.

Declaración de consentimiento

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio o que mi familiar participe en el estudio.
- Acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Guadalupe Isabel Livier Gutiérrez Ayala. Matrícula 99062994. Profesora Titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de base del IMSS. Delegación Estatal Jalisco. Belisario Domínguez No. 1000 Col. Independencia CP 44340. Teléfono 36683030 Ext. 31898. Correo Electrónico: liverlupita@hotmail.

Colaborador: Dr. Salvador Castellanos Arámbula. Médico Residente de 1er. Año de la especialidad de Medicina Familiar. Matricula 991410740. UMF # 165 Calle Reforma 160. Centro C.P. 47980. Degollado, Jalisco. Teléfono: 3313000560. Correo: castellanossalvador@hotmail.com

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 4º Piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx.

Comité Local de Investigación y Ética en investigación en Salud No. 1305. Ubicado en Sierra Mojada # 800. Col. Independencia. Guadalajara, Jalisco CIBO-IMSS. Teléfono.- (33) 36189410, correo electrónico: etica1305@gmail.com

Nombre y firma del participante o
consentimiento
ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación 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: 2810-009-013

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 2. Encuesta de características sociodemográficas. Folio:

ID de paciente _____ Fecha: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas y/o seleccione con una "X" su respuesta.

Edad: _____ años cumplidos.

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Estado Civil:

1. Soltero: ___ 2. Casado: ___ 3. Unión Libre: ___ 4. Viudo: ___ 5. Divorciado: ___ 6.

No Especificado: _____

Escolaridad:

1. Ninguna: ___ 2. Primaria: ___ 3. Secundaria: ___ 4. Preparatoria: ___ 5.

Licenciatura: ___ 6. Posgrado: _____

Ocupación:

Empleado: ___ Hogar: ___ Jubilado: ___ Pensionado: ___ Comerciante: ___ otros:

Tiene algún tratamiento Antidepresivo:

1. Si _____ 2. No _____

--

Anexo 3. Test de Hamilton.

Señale a continuación cuales de ellas “le describen a usted” con una cierta aproximación, y cuales “no tienen nada que ver con usted”. Conteste las 17 preguntas

Test de Depresión Hamilton.					
		Síntoma.	Si	No	Puntos
01	Humor deprimido, tristeza.	Ausente			
		Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.			
		Estas sensaciones las relata espontáneamente.			
		Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).			
		Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.			
02	Sentimiento de culpa.	Ausente.			
		Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.			
		Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.			
		Siente que la enfermedad actual es un castigo.			
		Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.			
03	Suicidio.	Ausente.			
		Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.			
		Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.			
		Ideas de suicidio o amenazas.			
		Intentos de suicidio (cualquier intento serio).			
04	Insomnio precoz.	No tiene dificultad.			
		Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, le toma más de media hora conciliar el sueño.			
		Dificultad para dormir cada noche.			
05	Insomnio intermedio.	No hay dificultad.			
		Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea.			
		Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar).			
06	Insomnio tardío.	No hay dificultad.			
		Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.			
		No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.			
07	Trabajo y actividades.	No hay dificultad.			
		Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajo, pasatiempos).			
		Pérdida del interés en su actividad (dis. De la atención, indecisión y vacilación).			
		Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. De la productividad.			

		Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.			
--	--	--	--	--	--

		Síntoma.	Si	No	Puntos
08	Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de	Palabra y pensamientos normales.			
		Ligero retraso del habla.			
		Evidente retraso del habla.			
		Dificultad para expresarse.			
		Incapacidad para expresarse.			
09	Agitación psicomotora.	Ninguna.			
		Juega con sus dedos.			
		Juega con sus manos, cabello, etc.			
		No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.			
		Retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos.			
10	Ansiedad psíquica.	No hay dificultad.			
		Tensión subjetiva e irritabilidad.			
		Preocupación por pequeñas cosas.			
		Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.			
		Expresa sus temores sin que se le pregunten.			
11	Ansiedad somática: signos físicos concomitantes de ansiedad tales como; sequedad de boca, diarrea, eructos, palpitaciones, cefaleas, hiperventilación, suspiros, frecuencia de micción incrementada, transpiración.	Ausente.			
		Ligera.			
		Moderada.			
		Severa.			
		Incapacitante.			
12	Síntomas somáticos gastrointestinales.	Ninguno.			
		Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen.			
		Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales			
13	Síntomas somáticos generales.	Ninguno.			
		Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Perdida de energía y fatigabilidad.			
		Cualquier síntoma bien definido.			
14	Síntomas genitales (disminución de la lívido y trastornos menstruales).	Ausente.			
		Débil.			
		Grave.			
15	Hipocondría.	Ausente.			
		Preocupado de sí mismo (corporalmente).			
		Preocupado por su salud.			
		Se lamenta constantemente, solicita ayuda.			

16	Pérdida de peso.	Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana.			
		Pérdida de más de 500 gramos en una semana.			
		Pérdida de más de 1 kg en una semana.			
17	Perspicacia.	Se da cuenta que está deprimido y enfermo.			
		Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.			
		No se da cuenta que está enfermo.			
		TOTAL:			

Anexo 4. - The Purpose in Life Test (PIL)

(Crumbaugh&Maholick, 1964) Escriba un número (1 to 5) cercano a lo que sea más verdadero para Usted en este momento:

Frase	Señale del 1 al 5	
1.Generalmente estoy :	Aburrido	Entusiasmado
	1 -----2-----3-----4-----5	
2.La vida significa para mí:	Completamente rutina;	Siempre excitante.
3.En la vida tengo:	No metas o anhelos;	Metas claras y anhelos.
4.Mi existencia personal es:	Sin ningún sentido ni propósito.	Con propósito y con sentido.
5.Cada día es:	Exactamente igual;	Constantemente nuevo y diferente.
6.Si pudiera escoger, lo haría:	Preferiría nunca haber nacido;	Quiero 9 vidas más iguales a esta.
7.Después de Jubilarme, haría:	Descansaría el resto de mi vida	Haría las cosas excitantes que siempre quise hacer
8.En el propósito de mis metas:	No he hecho ningún progreso	Las he realizado completamente
9. Mi vida es:	Vacía y sin ninguna esperanza	Llena de cosas excitantes.
10.Si muriera el día de hoy, sentiría que mi vida fue :	Sin sentido, sin utilidad	Que valió la pena
11. Al pensar sobre mi vida, yo :	Continuamente me pregunto porque existo	Siempre se la razón por la que estoy aquí.
12.Al ver el mundo en relación con mi vida, el mundo:	Me confunde completamente	Se adapta significativamente a mi vida
13 Yo me considero:	Una persona muy irresponsable	Una persona muy responsable
14.Al tener la libertad de poder escoger, creo que los seres humanos son:	Completamente esclavos de las limitaciones de la herencia y del ambiente	Totalmente libres de escoger todas sus opciones.
15.Con respecto a la muerte, yo:	No estoy preparado y con temor.	Estoy Preparado y sin temor
16.Respecto al suicidio, yo:	Lo considero como una salida	Nunca le he dado un segundo pensamiento.
17. Considero que mi habilidad para encontrar un propósito en la misión de mi vida es:	Prácticamente ninguna	Muy grande
18. Mi vida esta :	Fuera del alcance de mis manos y dependiente de factores externos	En mis manos y yo tengo el control.
19.Enfrentar mis tareas diarias es :	Una dolorosa y aburrida experiencia	Una fuente de placer y satisfacción
20.Yo he descubierto:	Ningún propósito o misión en la vida	Un propósito satisfactorio de vida

Calificación: Sumando los valores (20-100). Una calificación menor a 50, puede indicar que tu estas experimentando alguna preocupación en tu vida.