



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 N° 3



TÍTULO:

“EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DE ZAPOTLANEJO, JALISCO”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN.

**MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.
MÉDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE.**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2020-1305-122



**COORD. CLÍNICA
DE EDUC. E INVEST.
EN SALUD LMF 3**

ASESOR:

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.

GUADALAJARA, JALISCO.

2022



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.

“EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DE ZAPOTLANEJO, JALISCO”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN.

**MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.
MÉDICO 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 N° 3, DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO.



DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA.

ASESOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 53, DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO



DRA. ROSALBA OROZCO SANDOVAL.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 3, DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO

“EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 DE ZAPOTLANEJO, JALISCO”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN.

**MÉDICO RESIDENTE DEL 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS.
MÉDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE.**

AUTORIZACIONES:


DR. EMILIO MISAEL BARRAGÁN BARRIGA.

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN OOAD DELEGACIÓN JALISCO


DR. LUIS RAÚL PACHECO VALLEJO.

**COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
OOAD DELEGACIÓN JALISCO.**

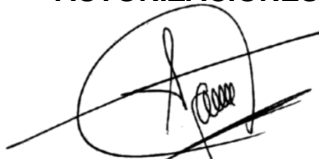
**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 ZAPOTLANEJO, JALISCO**

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

PRESENTA:

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMIREZ CHANON

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN 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.**





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 **Lunes, 14 de septiembre de 2020**

Dr. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMIREZ CHANON

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47 ZAPOTLANEJO, 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2020-1305-122

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 solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. José Sánchez Corona
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. **1305**

[Handwritten signature]
DR. LUIS E. FIGUERA
DIVISIÓN GENÉTICA
CIBO IMSS
11412607 D.G.P 10138065

Imprimir



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 47
ZAPOTLANEJO, JALISCO
TÍTULO**

**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN EN
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE 20 A 44 AÑOS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 47 DE ZAPOTLANEJO, JALISCO.**

PRESENTA

**DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN
MÉDICO RESIDENTE DEL PRIMER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA

ZAPOTLANEJO, JALISCO, MAYO DE 2022

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN

Médico Residente del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. Matrícula: 99144281. Unidad de Medicina Familiar N° 47 Zapotlanejo, Jalisco. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal Jalisco. Dirección: Av. Juárez # 330 Col. Jardines del Paraíso C.P. 45430 Zapotlanejo, Jalisco. Teléfono: 33 37 34 97 81 Correo electrónico: chanonliz@hotmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA

Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Base del IMSS. Matrícula: 99062994
Unidad de Medicina Familiar N° 03 Guadalajara, Jalisco. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal Jalisco. Dirección: Belisario Domínguez # 1000 Col. Independencia C.P. 44340 Teléfono: 36683030 ext. 31898. Correo electrónico: liverlupita@hotmail.com

TESÍSTA

DRA. ELIZABETH DEL ROSARIO RAMÍREZ CHANÓN

Médico Residente del primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Matrícula: 99144281. Unidad de Medicina Familiar N° 47 Zapotlanejo, Jalisco Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Estatal Jalisco. Dirección: Av. Juárez # 330 Col. Jardines del Paraíso C.P. 45430 Zapotlanejo, Jalisco. Teléfono: 33 37 34 97 81. Correo electrónico: chanonliz@hotmail.com

SEDE DEL ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar N° 47 Zapotlanejo, Jalisco

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal Jalisco

Índice

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO.....	7
ANTECEDENTES.....	22
JUSTIFICACIÓN	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
OBJETIVOS	27
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
HIPOTESIS	27
MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
DISEÑO DEL ESTUDIO	27
SEDE DEL ESTUDIO	27
UNIVERSO DE ESTUDIO	27
TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	27
SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO:	28
SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	28
VARIABLES.....	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	30
ASPECTOS ETICOS	30
FACTIBILIDAD	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES.....	44
FORTALEZAS Y DEBILIDADES	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	51

Introducción

La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes y relevantes en atención primaria y es común que coexistan en los mismos pacientes con otros trastornos del espectro de la neurosis y con enfermedades orgánicas, sobre todo de carácter crónico. La comorbilidad psiquiátrica de la depresión conlleva dificultades en el manejo clínico, peor pronóstico incluidas mayores probabilidades de resistencia al tratamiento y de recurrencia, mayor riesgo de suicidio y mayor utilización de recursos sanitarios. Sin embargo, a menudo la comorbilidad no se detecta y no se aborda adecuadamente.

Los trastornos de ansiedad y depresión solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos, actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, genéticos psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

Las implicaciones clínicas y el impacto de la comorbilidad psiquiátrica deben tenerse en cuenta en la práctica clínica y es importante conocer detalladamente la distribución de este fenómeno en los pacientes y sus factores asociados.

Objetivo

Evaluar los niveles de ansiedad y la gravedad de la depresión en mujeres en edad reproductiva de 20 a 44 años en la UMF No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se aplicaron escalas para la detección de ansiedad y depresión (MADRS y HARS) en mujeres en edad reproductiva, se realizaron análisis estadísticos descriptivos y de asociación las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar y las cualitativas en frecuencia y porcentaje, se uso la prueba chi-Cudrada para diferencias en variables cualitativas, un valor de p menor a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo, los análisis se realizaron en el software SPSS V25.

Resultados

Se reportó una media de edad de 32 ± 6.9 años, la mayoría de los sujetos tenían grado de escolaridad de primaria y secundaria y la ocupación principal era obreras o amas de casa. En relación con los datos de depresión se encontró que alrededor del 77% presentó una depresión de leve a moderada. Referente a la ansiedad se encontró que la mayoría de los sujetos tienen un grado de ansiedad que principalmente se presenta en forma leve, sin embargo, un porcentaje mayor al 50% presentó ansiedad de moderada a severa. Así mismo se encontró una relación inversa entre el grado de escolaridad y la depresión a menor grado de escolaridad mayores indicadores de gravedad de depresión. Con respecto a la ocupación también se encontró que la mayoría de las mujeres obreras y amas de casa tienen un grado de depresión comparada con las mujeres que son estudiantes o Profesionistas.

Conclusiones

Se encontró una prevalencia de depresión elevada en las mujeres de estudio, y los grados de depresión fueron principalmente leve y moderado, así mismo se encontraron asociaciones entre quienes tienen un mayor grado de escolaridad con menor incidencia de depresión, también se encontró que las mujeres que son obreras o amas de casa presentaron mayor incidencia de depresión en comparación con las mujeres profesionistas o estudiantes.

MARCO TEÓRICO

La salud mental, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidades asociadas, como por la discapacidad que producen.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian significativamente con incapacidad laboral y social. Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad por lo tanto, repercuten en las economías nacionales (1).

La ansiedad es la más común y universal de los trastornos emocionales, es una sensación o un estado emocional que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto el estado físico, como al psicológico y conductual. Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otro tipo de alteración psiquiátrica. No obstante, a menudo pasan desapercibidos y, por tanto, no son tratados (1).

La ansiedad surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Cuando se persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se considera como un trastorno mental (2).

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia ante un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). En el campo de la

psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome o enfermedad (3).

Por su parte, la ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa (4).

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones coordinada por la amígdala y el locus cerúleo (3).

En la ansiedad participan estructuras sub-corticales de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento (3).

Dentro de los neurobiológicos involucrados en los trastornos de ansiedad se encuentran: Hiperactividad Adrenérgica, Hiposensibilidad de los receptores GABA-Benzodiacepínicos, Disfunción Serotoninérgica, Dopaminérgica o del Factor liberador de corticotropina y la Hipersensibilidad de los receptores de Colecistoquinina (3).

Los síntomas principales de los pacientes con ansiedad son los siguientes:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo

- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales
- Dificultad para conciliar el sueño
- Mareos
- Sudoración

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:

- Preocupación excesiva
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad
- Temor a que algo grave esté por suceder (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control)
- Nerviosismo, sobresaltos (3).

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anomalías neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos y se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas (3).

Es importante resaltar que dentro de los factores biológicos la predisposición genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (3).

En el presente estudio es importante resaltar que los factores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian con el desarrollo de algún tipo de trastorno por ansiedad (3).

Además, enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático (3).

Un factor psicodinámico relacionado a la ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo, por lo tanto, la ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (3).

Finalmente, los factores cognitivos y conductuales son patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio (3).

Para el diagnóstico de ansiedad es importante proporcionar el tiempo necesario para que el paciente describa los síntomas, las circunstancias en que aparecen, los

factores que la agravan, la evolución y lo que él cree que le está pasando. Se sabe que el médico de atención primaria solo concede al paciente un promedio de 18 segundos antes de interrumpirle la entrevista, pero también se conoce que si se le deja hablar libremente al paciente su intervención no dura más de 5 minutos (3).

Es importante además de la entrevista, realizar el examen mental y hacer hincapié en buscar un estado de intranquilidad, nerviosismo, movimientos estereotipados, discurso apresurado, habla entrecortada, labilidad afectiva, ansiedad y tristeza. Investigar que pensamientos negativos preceden a las crisis y explorar la presencia de ideas fóbricas, hipocondríacas, obsesiones, compulsiones y temores (3).

La exploración física tranquiliza al paciente al comprobar que sus preocupaciones son consideradas. Es oportuno ordenar las pruebas de laboratorio indicadas para el patrón de quejas y preocupaciones del paciente y para los hallazgos físicos (3).

Una vez terminada la entrevista y la exploración física es importante notificar al paciente de los hallazgos psíquicos y somáticos. En caso de que existan síntomas y signos de ansiedad informarle que en primera instancia se le encuentra un síndrome general de ansiedad que espera clarificar después de tener los resultados de los exámenes de laboratorio (3).

Una vez detectados los síntomas y signos que conforman el síndrome general de ansiedad se procede a establecer el diagnóstico específico de trastorno de ansiedad (3).

Para el posterior tratamiento se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno. Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados. La psicoterapia, es un recurso de primera elección que puede complementar al tratamiento psicofarmacológico o incluso sustituirlo en aquellos casos en los que no sea posible emplear fármacos (3).

Por otra parte, la depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, fatiga, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta intentos de autolesión o suicidio (5).

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

Introducción a la depresión

Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

Otros son clasificados por la etiología:

Trastorno disfórico premenstrual

Trastorno depresivo debido a otra enfermedad

Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo en la adolescencia y entre los 20 y los 30 años. Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero < 10% tendrá una depresión mayor (6).

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales (7).

Se ha descrito que la genética puede explicar el 50% de la etiología de la depresión; además, los factores genéticos probablemente influyen en el desarrollo de las respuestas depresivas a los eventos adversos (7).

Otras teorías se enfocan en los cambios en las concentraciones de los neurotransmisores, que incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica) y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor que contribuye al desarrollo de la depresión, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento (7).

También pueden estar implicados factores psicosociales como las situaciones de estrés de la vida cotidiana, en especial las separaciones y las pérdidas, preceden habitualmente a los episodios de depresión mayor; sin embargo, estos acontecimientos no suelen provocar depresión intensa de larga duración, excepto en personas predispuestas a padecer un trastorno del estado de ánimo (7).

Las personas que han tenido un episodio de depresión mayor tienen un riesgo más alto de sufrir otros episodios en el futuro. Las personas menos flexibles y/o con tendencias a la ansiedad muestran más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, ya que carecen de las habilidades sociales necesarias para ajustarse a las presiones de la vida. La depresión también puede aparecer en personas que tienen otras enfermedades mentales (7).

Las mujeres tienen un riesgo más alto, pero no hay ninguna teoría que explique por qué, los posibles factores incluyen los siguientes:

- Una mayor exposición o respuesta a las tensiones diarias

- Niveles más altos de la monoaminoxidasa (la enzima que degrada los neurotransmisores se considera importante para el estado de ánimo)
- Tasas más altas de disfunción tiroidea
- Cambios endocrinos que se producen con la menstruación y la menopausia (7).

Los signos y síntomas de la depresión provocan una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (por ejemplo, escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo (7).

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras sustancias nocivas; los pacientes también tienen más probabilidades de convertirse en fumadores importantes y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que se desarrollen o progresen otras enfermedades (7).

La depresión puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras, también aumenta el riesgo de infartos y accidentes cerebrovasculares, porque durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la variabilidad de frecuencia cardíaca (todos factores de riesgo potenciales para enfermedades cardiovasculares) (7).

Se ha demostrado que existe una diferencia de género en relación con la presencia de síntomas y trastornos depresivos «monopolares», siendo éstos claramente más frecuentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital. Hay etapas en las que hay mayor riesgo de depresión como en la pubertad, estudios recientes sugieren que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en las tasas de depresión femenina a partir de los 55 años (6).

El diagnóstico se basa en la anamnesis y el tratamiento se basa principalmente en el uso de fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electroconvulsiva.

La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes y más relevantes en atención primaria y es frecuente que coexistan en los mismos pacientes, entre ellos, con otros trastornos del espectro de la neurosis y con enfermedades orgánicas, sobre todo de carácter crónico. La comorbilidad psiquiátrica de la depresión conlleva dificultades en el manejo clínico, peor pronóstico incluidas mayores probabilidades de resistencia al tratamiento y de recurrencia, mayor riesgo de suicidio y mayor utilización de recursos sanitarios. Sin embargo, a menudo la comorbilidad no se detecta y no se aborda adecuadamente (6).

Las implicaciones clínicas y el impacto de la comorbilidad psiquiátrica deben tenerse en cuenta en la práctica clínica y es importante conocer detalladamente la distribución de este fenómeno en los pacientes y sus factores asociados para tomar las acciones necesarias para el manejo de la enfermedad (8).

Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes seguidos de los trastornos depresivos. Tradicionalmente se ha observado desde la psicología que ambos tipos de trastorno tienen muchos elementos en común, siendo frecuente que una situación de ansiedad prolongada termine generando síntomas depresivos y viceversa (8).

Pero en una gran cantidad de personas aparecen de manera simultánea características tanto de depresión como de ansiedad, pudiendo catalogarse como casos de trastorno mixto ansioso-depresivo (8).

Uno de los principales elementos en común entre ansiedad y depresión es que en ambos hay un elevado nivel de afecto negativo caracterizado por irritabilidad, malestar y sensaciones de culpabilidad y bajo estado de ánimo (8).

El trastorno mixto ansioso-depresivo es tipo de trastorno que se caracteriza por la presencia combinada de síntomas propios tanto de depresión como de ansiedad, sin tener ninguno de los dos mayor repercusión que el otro (8).

Los síntomas típicos de este trastorno incluyen estado de ánimo depresivo y/o anhedonia que aparecen junto a angustia, dificultad para concentrarse, tensión y preocupación excesiva e irracional. Estos síntomas han de tener una duración de al menos dos semanas o un mes y no han de deberse a la vivencia de experiencias dolorosas ni a la presencia de otros trastornos (9).

La depresión (trastorno depresivo mayor) es una enfermedad médica grave y común que afecta negativamente cómo se siente, cómo piensa y cómo actúa un sujeto (10).

Los síntomas de depresión pueden variar de leves a severos y pueden incluir:

Sentirse triste o deprimido, pérdida de interés o placer en actividades una vez disfrutadas, cambios en el apetito: pérdida de peso o ganancia no relacionada con la dieta, problemas para dormir o dormir demasiado, pérdida de energía o aumento de la fatiga, aumento de la actividad física sin propósito (p. Ej., Retorcimiento de la mano o ritmo) o movimientos y habla más lentos (acciones observables por otros), sentirse inútil o culpable, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte o suicidio (11).

Los síntomas deben durar al menos dos semanas para un diagnóstico de depresión, además, las condiciones médicas (p. Ej., Problemas de la tiroides, un tumor cerebral o deficiencia de vitaminas) pueden imitar los síntomas de la depresión, por lo que es importante descartar causas médicas generales (11).

Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género

Las mujeres son aproximadamente dos veces más propensas que los hombres a sufrir depresión. Existen muchos factores que pueden aumentar el riesgo de depresión en las mujeres (11).

Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de tener un diagnóstico de depresión que los hombres y puede ocurrir a cualquier edad, siendo más propensas durante la pubertad esto puede deberse a los cambios hormonales que ocurren, sin

embargo, los cambios de humor temporales causados por las variaciones hormonales en la pubertad son normales y no causan depresión por sí mismos (11).

Algunos cambios de humor y sentimientos de depresión surgen con los cambios hormonales normales. Pero no son los cambios hormonales solos los que causan la depresión. El riesgo más alto de depresión está asociado con otros factores biológicos, características hereditarias, y circunstancias y experiencias de la vida (10).

A menudo, la pubertad se asocia con otras experiencias que pueden tener un papel en la depresión, como:

- Cuestiones relacionadas con el despertar de la sexualidad y la identidad.
- Conflictos con los padres.
- Un aumento en la presión para alcanzar el éxito en la escuela, los deportes y otras áreas de la vida.

Después de la pubertad, las tasas de depresión son más altas en las mujeres que en los hombres. Ya que las niñas alcanzan la pubertad antes que los niños, tienen más posibilidades de tener depresión a una edad más temprana que los niños. Hay pruebas que sugieren que esta disparidad entre hombres y mujeres en torno a la depresión puede continuar durante toda la vida (11).

Para la mayoría de las mujeres que sufren el síndrome premenstrual (SPM) los síntomas como hinchazón abdominal, sensibilidad de las mamas, dolor de cabeza, ansiedad, irritabilidad y tristeza son menores y de corta duración (11).

Pero hay una pequeña cantidad de mujeres que padecen síntomas severos e incapacitantes que interrumpen sus estudios, trabajos, relaciones u otras áreas de sus vidas. En ese momento, el SPM se puede convertir en trastorno disfórico premenstrual (TDP), un tipo de depresión que suele necesitar tratamiento.

No está clara la interacción exacta entre la depresión y el SPM sin embargo, es posible que los cambios cíclicos del estrógeno, la progesterona y otras hormonas alteren la función de los químicos cerebrales que controlan el humor, como la serotonina. Es posible que también influyan las características hereditarias, las experiencias de vida y otros factores (11).

Durante el embarazo, ocurren cambios hormonales drásticos que pueden afectar el humor. Hay otros problemas que pueden aumentar el riesgo de sufrir depresión durante el embarazo o al intentar quedar embarazada, tales como:

- Cambios en el estilo de vida o en el trabajo, u otros factores que ocasionan estrés.
- Problemas en las relaciones
- Episodios previos de depresión, depresión posparto o trastorno disfórico premenstrual (TDP).
- Falta de apoyo social.
- Embarazo no planeado o no deseado.
- Aborto espontáneo
- Esterilidad
- Suspensión del tratamiento con antidepresivos.

En la depresión posparto muchas mujeres que se han convertido en madres recientemente se sienten tristes, enojadas e irritables y experimentan ataques de llanto poco después de dar a luz. Estos sentimientos, que se conocen a veces como melancolía posparto, son normales y por lo general desaparecen en una o dos semanas. Sin embargo, si los sentimientos depresivos son más graves o duran más pueden indicar depresión posparto, en especial si los signos y síntomas incluyen lo siguiente:

- Llorar con más frecuencia que lo normal
- Baja autoestima o sentimientos de ser mala madre
- Ansiedad o falta de sensibilidad
- Problemas para dormir, aun cuando duerme el bebé
- Problemas para realizar actividades con normalidad durante el día
- Incapacidad para cuidar al bebé
- Pensamientos acerca de lastimar al bebé
- Pensamientos suicidas.

La depresión posparto es una afección médica grave que requiere tratamiento inmediato. Le ocurre a un 10 a 15 por ciento de las mujeres. Se cree que está asociada con lo siguiente:

- Las variaciones hormonales importantes que tienen efectos sobre el humor

- La responsabilidad de cuidar al bebé
- Una predisposición a tener trastornos de humor y ansiedad
- Complicaciones durante el embarazo y el parto
- Problemas para amamantar
- Complicaciones o necesidades especiales del bebé
- Respaldo social escaso.
- Perimenopausia y menopausia (11).

El riesgo de depresión puede aumentar durante el paso a la menopausia, una etapa que se llama perimenopausia, cuando los niveles de hormonas varían de forma irregular. El riesgo de depresión también puede aumentar durante la menopausia temprana o después de la menopausia; en ambas ocasiones los niveles de estrógeno se reducen significativamente.

La mayoría de las mujeres que sufre síntomas menopáusicos molestos no desarrollan depresión. Pero los siguientes factores pueden aumentar el riesgo:

- Sueño interrumpido o escaso
- Ansiedad o antecedentes de depresión
- Acontecimientos estresantes de la vida
- Aumento de peso o del índice de masa corporal (IMC)
- Menopausia a una edad temprana
- Menopausia causada por la extracción quirúrgica de los ovarios (10)

La tasa más alta de depresión en mujeres no solamente está causada por la biología, las circunstancias de la vida y los factores de estrés culturales también pueden influir; aunque estos factores de estrés también afectan a los hombres, lo hacen con menor frecuencia. Los factores que pueden aumentar el riesgo de depresión en mujeres incluyen a los siguientes:

- Poder y estatus desiguales: Las mujeres tienen muchas más probabilidades que los hombres de vivir en la pobreza, lo que causa preocupaciones como la incertidumbre sobre el futuro y la disminución del acceso a los recursos comunitarios y de atención de la salud. Estos problemas pueden causar sentimientos de negatividad, baja autoestima y falta de control de la vida.

- Sobrecarga de trabajo: A menudo, las mujeres trabajan fuera del hogar y aun así tienen responsabilidades domésticas, muchas mujeres enfrentan los retos de la maternidad sin pareja, por ejemplo, trabajando en varios lugares para ganar el dinero suficiente (11).
- Abuso sexual o físico. Es más probable que las mujeres abusadas emocional, física o sexualmente de niñas o adultas sufran depresión en algún momento de sus vidas que aquellas que no sufrieron abuso (11).

Las mujeres que sufren depresión a menudo padecen otras afecciones de salud mental que también necesitan tratamiento, tales como:

- Ansiedad: Con frecuencia, las mujeres deprimidas presentan ansiedad.
- Trastornos de la alimentación: Existe una fuerte relación entre la depresión de las mujeres y los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia.
- Drogadicción y alcoholismo: Algunas mujeres con depresión también consumen o dependen de sustancias perjudiciales para la salud. El abuso de sustancias puede empeorar la depresión y dificultar el tratamiento.

Con respecto al tratamiento para la depresión hay varias cosas que las personas pueden hacer para ayudar a reducir los síntomas de la depresión. Para muchas personas, el ejercicio regular ayuda a crear sentimientos positivos y mejorar el estado de ánimo. Dormir lo suficiente de forma regular, comer una dieta saludable y evitar el alcohol (un depresivo) también puede ayudar a reducir los síntomas de la depresión (10).

Con un diagnóstico y tratamiento adecuados, la gran mayoría de las personas con depresión lo superarán.

Por su parte se ha propuesto diversas herramientas para el diagnóstico certero de la ansiedad y depresión entre ellas destacan:

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) es una escala heteroadministrada mediante entrevista, específicamente diseñada para evaluar la

intensidad de los síntomas depresivos en adultos, así como los efectos del tratamiento antidepresivo.

Es un instrumento breve, formado por 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem es evaluado mediante una subescala tipo Likert con 7 grados de gravedad (0: ausencia del síntoma; 6: máximo nivel de gravedad del síntoma). Sumando las puntuaciones parciales de cada ítem se obtiene la puntuación global de la escala que oscila entre 0 puntos (ausencia de depresión) y 60 (máximo nivel de depresión). Se considera que de 0 a 6 puntos ausencia de depresión, de 7 a 19 se clasifica como depresión leve, un puntaje de entre 20 y 34 depresión moderada y mayor a 34 depresión severa. En los estudios de validación originales, la escala MADRS mostró unas buenas propiedades psicométricas. (12).

Por otro lado, **Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)**, es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante) (13).

La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad), con respecto a la clasificación un total de puntos entre 1 y 17 se considera ansiedad leve, entre 18 y 24 ansiedad moderada, y mayor a 25 ansiedad severa (13).

En su versión original, la escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas y es profusamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad (13).

ANTECEDENTES

Entre los pacientes atendidos en las consultas de medicina general la frecuencia de trastornos depresivos oscila en un 10-20%, y de los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica la cifra llega al 50%. Sólo un 10% de los pacientes depresivos llegan al psiquiatra, siendo por tanto un trastorno infradiagnosticado.

Es de suma importancia que el médico de AP tenga una visión clara y esquemática de los grupos de pacientes que acuden a su consulta con estos trastornos, debiendo estar preparado para realizar un diagnóstico correcto, lo que supondría un beneficio para el paciente, al disminuir el número de exploraciones innecesarias, al mismo tiempo que se reducirían los costes sanitarios. Por otro lado, el hecho de no llegar a un correcto diagnóstico condiciona un peor pronóstico para estos enfermos con un mal diagnóstico, que tienen un curso más prolongado, evolución más complicada y peores perspectivas terapéuticas (14).

La validez de constructo de la MADRS y de la HARS se determinó mediante el análisis factorial de sus ítems a partir de las puntuaciones obtenidas en la visita basal. La consistencia interna de la MADRS y de la HRSA se evaluó mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach, que puede considerarse adecuado cuando se obtienen valores superiores a 0.7 de acuerdo con los criterios estándar propuestos por Nunnally (13).

Los valores α de Cronbach para la MADRS y la HARS fueron de 0,88 y 0,89, respectivamente. Por otro lado, los valores del CCI obtenidos para evaluar la fiabilidad test re-test y la fiabilidad entre observadores fueron superiores a 0,9 en ambos casos

Las versiones en español de la MADRS y de la HARS, profusamente utilizadas tanto en la práctica asistencial como en investigación clínica, presentan unas buenas cualidades psicométricas (13).

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de la ansiedad y la depresión presenta una elevada prevalencia y coste socioeconómico tanto a nivel mundial como nacional. Cifras de la Organización Mundial de la Salud destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más de 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. En el mundo, este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además, se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores.

La depresión 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. Este trastorno puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio.

El INEGI documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

El indicador la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “depresión severa” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres. Aunque la depresión en mujeres puede tener relación con cambios hormonales, también es importante mencionar que el género es un factor determinante, relacionado con los roles sociales, familiares y laborales de mayor exigencia en la mujer.

La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes y relevantes en atención primaria y es frecuente que coexistan en los mismos pacientes, entre ellos con otros trastornos del espectro de las neurosis.

Además, se ha demostrado consistentemente que existe una diferencia de género con relación a la presencia de síntomas y trastornos depresivos “monopolares”, siendo éstos claramente más frecuentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, estas diferencias no son estables a lo largo del ciclo vital. Además del ya comprobado origen en la pubertad, estudios recientes sugieren que las diferencias de género en depresión disminuyen a partir de la adultez tardía, especialmente debido a una disminución en las tasas de depresión femenina partir de los 55 años aproximadamente.

Por lo anterior el presente trabajo pretende evaluar la ansiedad y la gravedad de la depresión en mujeres en edad reproductiva, con las escalas MADRS y HARS lo cual permitirá hacer un diagnóstico oportuno, para un tratamiento eficaz de dicho padecimiento en el primer nivel de atención.

Es un proyecto viable y factible, al contar con los recursos humanos (director, Médicos y Enfermeros del Servicio de Atención Médica Continua de la clínica) y el apoyo de los mismos; así como recursos estructurales necesarios para llevarlo a cabo, en el tiempo determinado para poder obtener los resultados esperados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es una vivencia universal, surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se le incluye entre los trastornos mentales.

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1. Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados tienen algún tipo de trastorno de ansiedad (3).

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio.

La depresión afecta a uno de cada 15 adultos (6,7%) en un año determinado. Y una de cada seis personas (16.6%) experimentará depresión en algún momento de su vida. La depresión puede atacar en cualquier momento, pero en promedio, aparece por primera vez desde fines de la adolescencia hasta mediados de los 20 años. Las

mujeres son más propensas que los hombres a experimentar depresión. Algunos estudios muestran que un tercio de las mujeres experimentarán un episodio depresivo mayor en su vida (11).

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%. Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres.

En México, el panorama es similar y los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral. Notablemente, la depresión puede llevar al suicidio, una muerte trágica asociada a la pérdida de alrededor de 850.000 vidas cada año. Para México, más de la mitad de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. Entre los años 2000 y 2013, la tasa de suicidios presentó un incremento, ya que se elevó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Las diferencias por sexo son perceptibles, siendo la tasa de mortalidad por esta causa de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres (5).

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los índices de ansiedad y gravedad de la depresión en mujeres en edad reproductiva de 20 a 44 años en la UMF No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los niveles de ansiedad y la gravedad de la depresión en mujeres en edad reproductiva de 20 a 44 años en la UMF No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir las variables sociodemográficas en los sujetos estudiados
- 2.- Describir la gravedad de la depresión en los sujetos estudiados
- 3.- Describir los índices de la ansiedad en los sujetos estudiados

HIPOTESIS

Este estudio no requiere hipótesis por ser un estudio observacional descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Estudio transversal descriptivo. Se realizará la identificación de mujeres en edad reproductiva (de 20 a 44 años) que presentan signos y síntomas de ansiedad y depresión que acuden al Servicio de Atención Médica Continua de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco, por este motivo o por algún otro.

SEDE DEL ESTUDIO

El Servicio de Atención Médica Continua de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Mujeres en edad reproductiva, que acudan a consulta de 20 a 44 años que se apeguen a los criterios de inclusión del estudio.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Pacientes captadas en el Servicio de Atención Médica Continua.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO:

Muestreo de pacientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 47, a consulta al Servicio de Atención Médica Continua de 20 a 44 años que se apeguen a los criterios de inclusión para la realización de la evaluación de ansiedad y gravedad de la depresión, cuando se cuente con la aprobación por el CLIES.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

Todas las mujeres en edad reproductiva de 20 a 44 años de edad que acudan a consulta al Servicio de Atención Médica Continua en edad reproductiva, se les aplicaran los instrumentos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las Mujeres de 20 a 44 años, atendidas en el Servicio de Atención Médica Continua.

Mujeres que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres en edad reproductiva menores de 19 años

Mujeres en edad reproductiva mayores de 45 años

Mujeres en edad reproductiva embarazadas

Mujeres en edad reproductiva en periodo de puerperio o durante el primer año de vida del lactante

Mujeres con patología o déficit neurológico

Mujeres con diagnóstico previo de depresión o ansiedad

Mujeres con padecimientos psiquiátricos específicos

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes que no acepten participar en el estudio

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Evaluación de la ansiedad

Gravedad de la depresión

VARIABLES INTERVINIENTES

Edad

Escolaridad: Analfabetismo, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Posgrado.

Ocupación: Ama de casa, Estudiante, Obrero, Profesionista.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Estadístico descriptivo	Prueba estadística
Evaluación de la ansiedad	Se utilizará la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).	Cuantitativa	5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante).	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Gravedad de la depresión	Se utilizará la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).	Cuantitativa	Subescala tipo Likert con 7 grados de gravedad (0: ausencia del síntoma; 6: máximo nivel de gravedad del síntoma).	Razones Proporciones	Chi cuadrada
Edad	Número de años al momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años	Media Mediana Moda	T Student
Escolaridad	Grado de estudios máximos del paciente	Cualitativa Dicotómica	Grados escolares: Primaria Secundaria	Razones Proporciones	Chi cuadrado

			Bachillerato Licenciatura Otras		
Ocupación	Actividad a la que se dedica actualmente el paciente	Cualitativa nominal	Labora o no labora.	Razones Proporcionese	Chi cuadrado

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se describen en media y desviación estándar y las variables cualitativas en frecuencia y porcentaje. Para los análisis de asociación para variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrada y cuando se encontraron valores esperados menor a 5 por casilla se utilizó la prueba exacta de Fisher. Un valor de p menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Montgomery-Asberg validada en español para la depresión y la escala de Hamilton para la ansiedad, validada también en español. El análisis se realizó en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 25 2018.

ASPECTOS ETICOS

Para estudios que contemplan cuestionarios o encuestas en las que no se requiera la identificación de los sujetos de investigación.

El presente estudio se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Título segundo, De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo 1, artículos 13, 14, 16 y 17), a la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (con última modificación en octubre 2014), así como los códigos nacionales e internacionales vigentes para la buena práctica de la investigación clínica. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, de los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I Artículo 17, Fracción II, este proyecto se clasifica como investigación sin riesgo o tipo I, ya que sólo se aplicarán

cuestionarios o entrevistas en los que no se les identificarán ni se tratarán aspectos sensitivos de su conducta, por lo que son anónimos. Debido a esto, el estudio no representa riesgo ni beneficio directo para los pacientes, sin embargo, la investigación será útil para obtener información sobre aspectos socioeconómicos en la población derechohabiente de la unidad o para mejorar el manejo de los pacientes. Considerando que, en el protocolo de investigación, la información de los sujetos de estudio se manejará de forma anónima, este protocolo no requiere la presentación de una carta de consentimiento informado, por lo que se solicita al comité de ética su dispensa.

FACTIBILIDAD

Recursos Humanos. Personal Médico Directivo, Médicos Adscritos, Médico Residente, Enfermeros y Pacientes que acuden a la consulta del Servicio de Atención Continua.

Recursos físicos y Materiales. Equipo de cómputo, paquete estadístico SPSS para Windows versión 25.0, impresora, material de oficina.

Financiamiento. La totalidad de los recursos económicos requeridos para llevar a cabo el estudio serán aportados por el investigador.

Factibilidad. Se cuenta con los requerimientos necesarios para realizar este protocolo, dado que se tiene una gran cantidad de pacientes que solicitan consulta en el Servicio de Atención Médica Continua, además de los recursos ya comentados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MES 1 AL MES 4 2020	MES 5 2020	MES 6 Y MES 7 2020	MES 8 Y MES 9 2020
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO				
APROBACIÓN POR EL CLIS				
SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO				
ANÁLISIS DE RESULTADOS				
REDACCIÓN DEL ESCRITO FINAL				

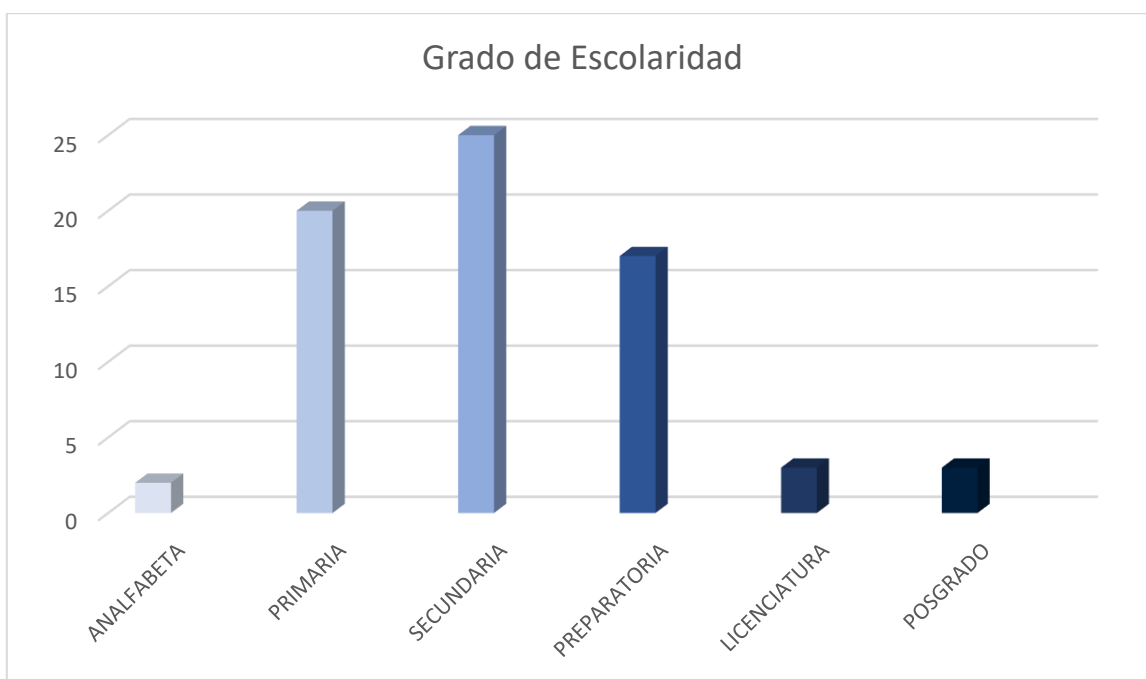
RESULTADOS

Se analizó una muestra de 70 mujeres en edad reproductiva de la unidad familiar No. 47 de Zapotlanejo, Jalisco.

Se encontraron los siguientes datos descriptivos, relacionado con la edad se reportó una media de edad de 32 ± 6.9 años, con un mínimo de edad de 21 años y un máximo de 43 años.

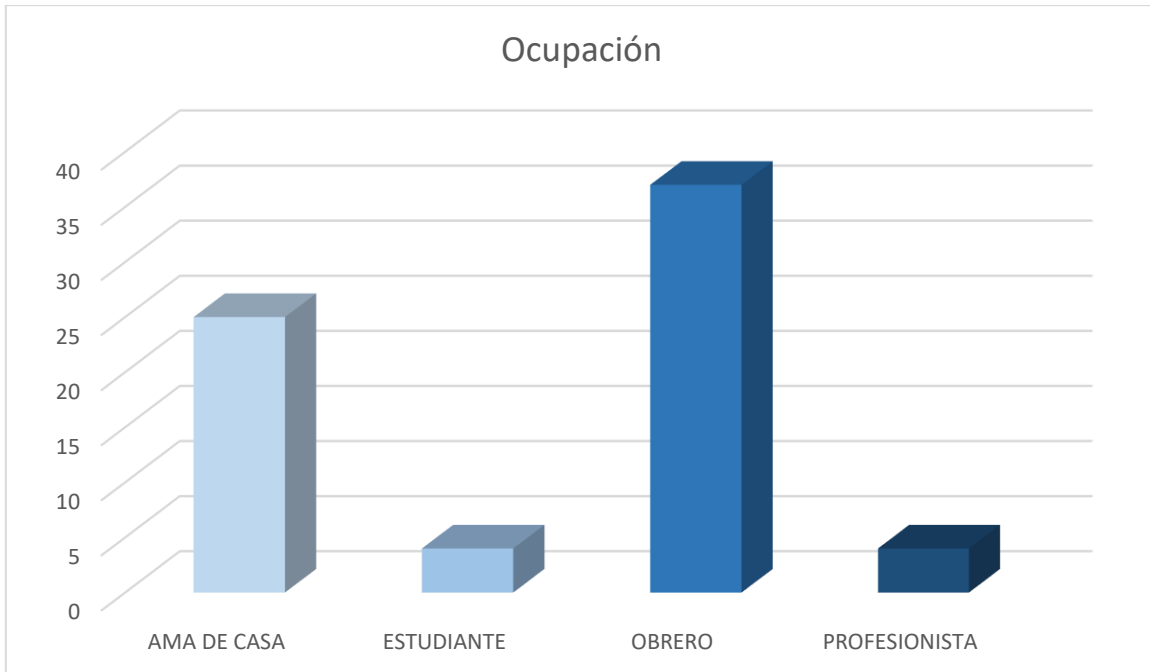
En relación con los datos de escolaridad se muestran en la figura 1. Donde se observa que la mayoría de los sujetos tienen una escolaridad entre primaria y secundaria.

Figura 1. Datos del grado de escolaridad de los sujetos de estudio



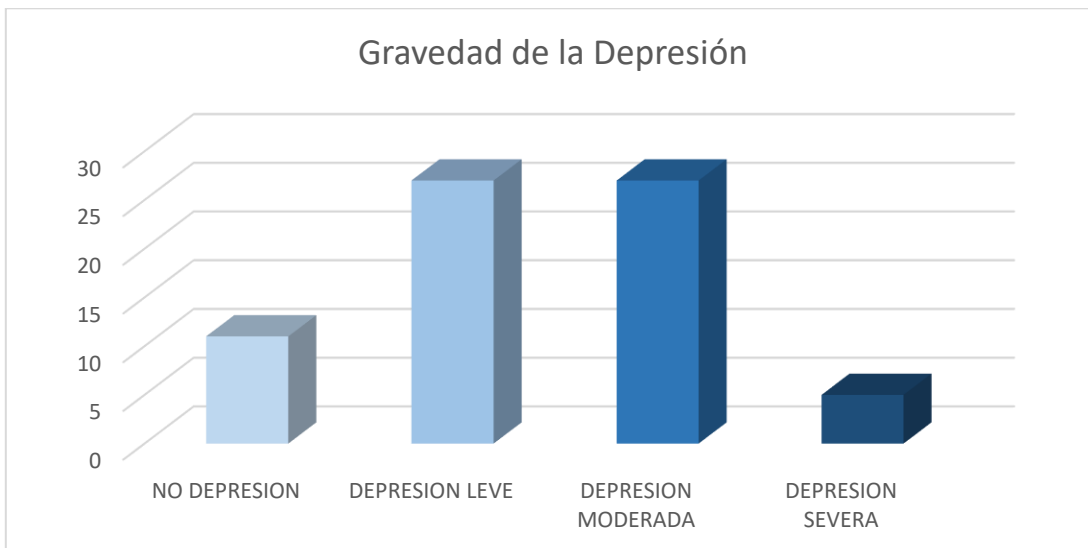
Posteriormente, en la figura 2 se reportan los datos relacionados con la ocupación de los sujetos de estudio, y se observó que la mayoría de las mujeres estudiadas su ocupación es obreras.

Figura 2. Datos de ocupación de los sujetos de estudio



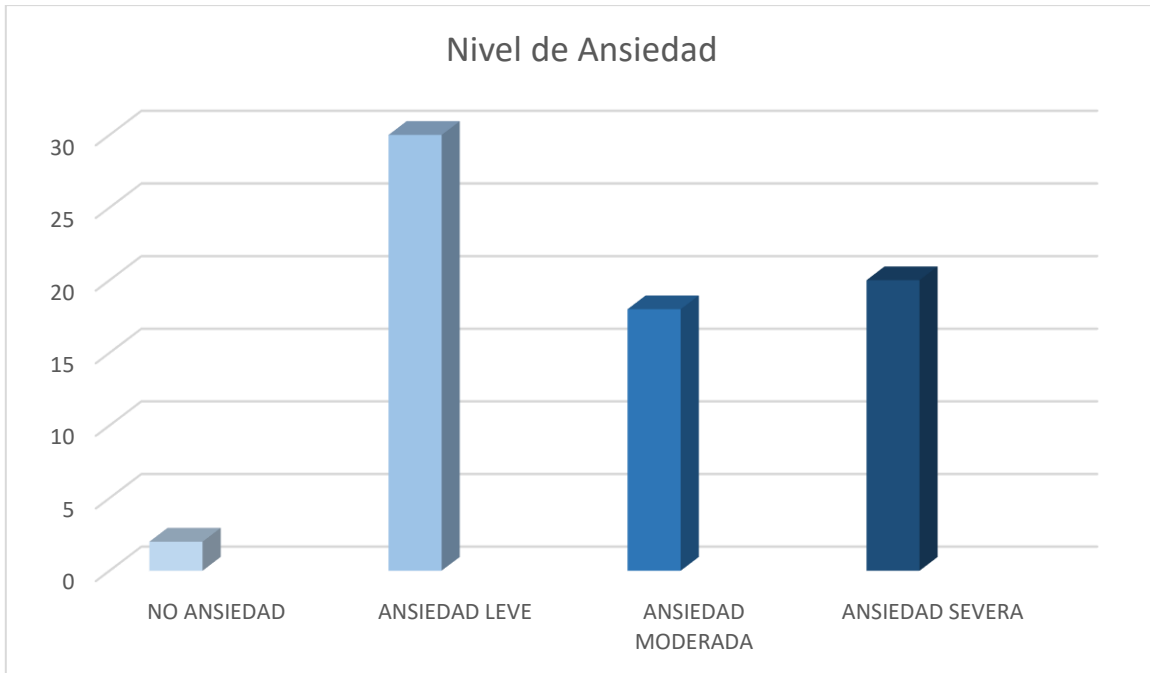
Con relación a la frecuencia y severidad de depresión, los datos se muestran en la figura 3, se encontró que alrededor del 77% presentó una depresión de leve a moderada.

Figura 3. Datos de la gravedad de la depresión en los sujetos de estudio



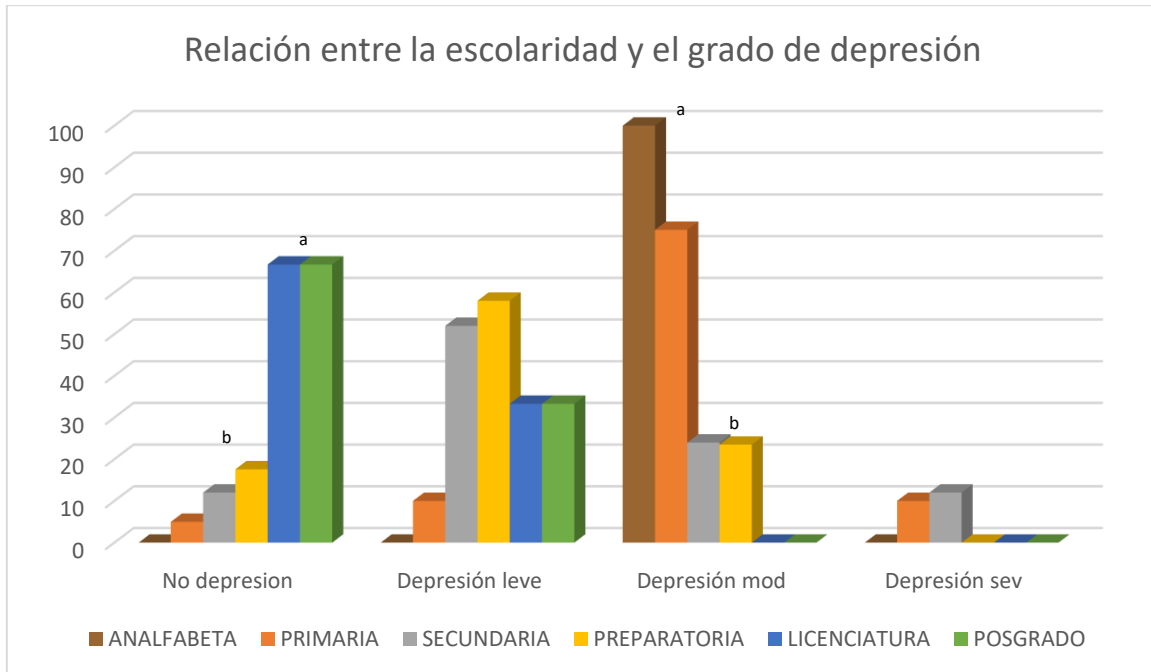
Finalmente, referente a la ansiedad se encontró que la mayoría de los sujetos tienen un grado de ansiedad que principalmente se presenta en forma leve, sin embargo, un porcentaje mayor al 50% presentó ansiedad de moderada a severa (datos mostrados en figura 4).

Figura 4. Datos sobre el nivel de ansiedad en los sujetos de estudio



Por otro lado, con respecto a los análisis de asociación entre el grado de escolaridad y el nivel de depresión en la figura 5 y se muestra que las mujeres que la mayoría de las mujeres con menor grado de escolaridad (analfabeta, primaria, secundaria o prepa) presentan depresión en alguno de sus estadios, principalmente leve y moderado, comparado con las mujeres que tienen un grado de licenciatura o posgrado.

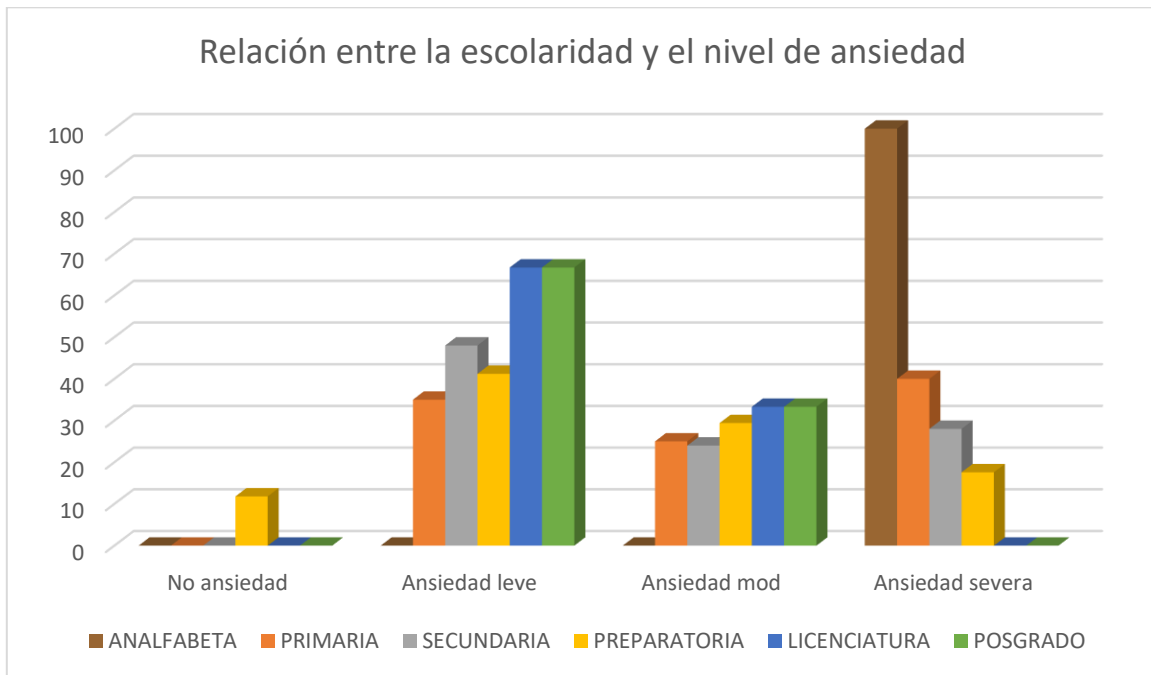
Figura 5. Asociación entre la escolaridad y el grade de depresión



^a vs ^b es diferente estadísticamente significativo, prueba post-hoc corrección con Bonferroni $p= 0.004$

A su vez relacionado igualmente la escolaridad, pero con el nivel de ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ansiedad y el grado de escolaridad, sin embargo, se observa que principalmente las mujeres analfabetas presentan ansiedad severa (Figura 6).

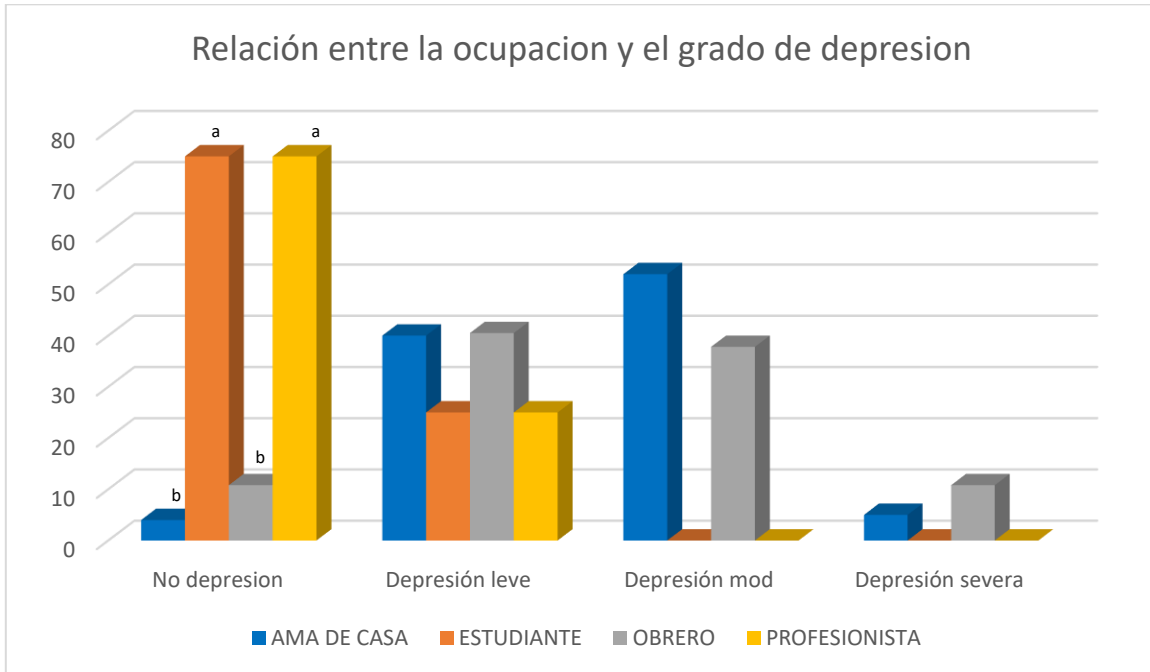
Figura 6. Asociación entre el grado de escolaridad y el nivel de ansiedad



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p= 0.380$

En seguida, en la figura 7 se muestran los datos de asociación entre la ocupación de las mujeres y el grado de depresión y se encontró igualmente que la mayoría de las mujeres obreras y amas de casa tienen un grado de depresión principalmente leve y moderada comparada con las mujeres que son estudiantes o Profesionistas.

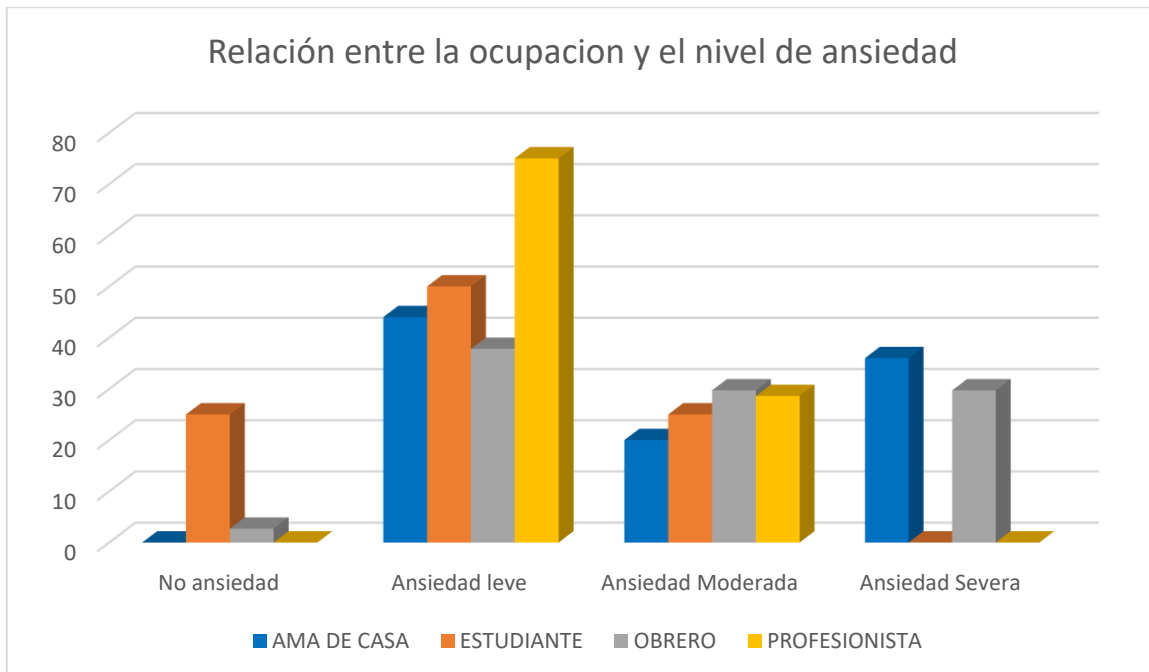
Figura 7. Asociación entre la ocupación y el grado de depresión en los sujetos de estudio



^a vs ^b es diferente estadísticamente significativo, prueba post-hoc corrección con Bonferroni $p= 0.003$

Por último, se muestran los datos sobre la asociación entre la ocupación y el nivel de ansiedad, sobre el cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se puede observar que la mayoría de los sujetos estudiados presenta algún tipo de ansiedad ya sea en su forma leve o moderada (figura 8).

Figura 8. Relación entre la ocupación y el nivel de ansiedad



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas $p= 0.223$

DISCUSIÓN

Los principales resultados del presente estudio fue la relación encontrada entre la escolaridad y la presencia de depresión. Se encontró que un menor grado de escolaridad (analfabeta, primaria, secundaria y preparatoria) se asocia con tener depresión ya sea leve, moderada o severa, y por el contrario la mayoría de las mujeres del presente estudio con nivel de estudios de licenciatura y doctorado no presentaron depresión de acuerdo con la escala utilizada.

En comparación con otros estudios, estos resultados difieren particularmente en que se han reportado altos índices de depresión y ansiedad principalmente en estudiantes de medicina, esto puede deberse al nivel de exigencia y complejidad de la carrera (15,16), sin embargo, en el presente estudio no se tenía el dato de que carrera estudiaban los individuos.

Así mismo se encontró que otro factor importante como es la ocupación, también tiene un efecto sobre la depresión. En este sentido se encontró que la mayoría de las mujeres que son obreras y amas de casa presentan depresión ya sea leve, moderada o severa comparada con las estudiantes o profesionistas que la mayoría no presentó depresión.

Estos resultados son comparables con lo reportado por Patel y colaboradores en un estudio realizado a partir de los datos de la Encuesta sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE), el estudio incluyó una muestra longitudinal de 35.717 personas de 50 años o más, los principales resultados mostraron que el trabajo por cuenta propia se asocia negativamente con la depresión entre los trabajadores de edad avanzada. Sin embargo esta relación se debilita a medida que los individuos que trabajan por cuenta propia envejecen, y que el género modera esta relación, de modo que las mujeres mayores que trabajan por cuenta propia reportan síntomas de depresión más bajos comparado con los hombres (17).

Datos gubernamentales muestran que las mujeres en edad reproductiva representan un gran porcentaje de la población y su desempeño en todos los sentidos juego un papel fundamental en el desarrollo de una sociedad (18).

El presente estudio se realizó solo en mujeres ya que según datos de la Organización Mundial de la salud, la depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), esto puede deberse al nivel de exigencia laboral de la actualidad, mismos que se tienen que compartir con el rol familiar y social de la mujer (19).

Con respecto al nivel de escolaridad en las mujeres estudiadas se encontró que solo un porcentaje bajo tiene estudios a nivel licenciatura o posgrado, la mayoría están entre el nivel primaria, secundaria y preparatoria, esta información coincide con lo reportado por el INEGI del 2015 en sujetos mayores de 15 años los principales niveles de estudio son primaria, secundaria y preparatoria (20).

Por parte de las ocupaciones encontradas en el presente estudio la mayoría de las mujeres son obreras o amas de casa, es complicado contrastar estas ocupaciones con todas las reportadas en INEGI, sin embargo, clase obrera en general (hombres y mujeres) si representa una gran cantidad de la población en México (21).

Por otro lado, relacionado con la prevalencia de Depresión en las mujeres estudiadas, se encontró que solo alrededor del 10% no presentó problemas de depresión, del 90% la mayoría presentaron un grado de depresión entre leve y moderado, a pesar de que no se recolectó la información es importante resaltar que la mayoría no presta atención a los síntomas de la depresión y por consiguiente no son diagnosticados ni tratados por un especialista.

Estos resultados coinciden con lo reportado a nivel internacional sobre la prevalencia de depresión mayor en mujeres que en hombres; se propone que la relación entre las hormonas sexuales y los neurotransmisores responsables de la depresión son complejas. Sin embargo, se propone universalmente que el tratamiento con estrógenos para el bajo estado de ánimo en las mujeres durante edad reproductiva puede ser beneficioso y debe considerarse (22).

Las repercusiones de un problema de depresión que no es tratado pueden llevar a consecuencias catastróficas como incluso la muerte por causas frecuentes como enfermedad cardíaca, enfermedades respiratorias (neumonía) y enfermedades del

sistema nervioso central (Parkinson, esclerosis múltiple) (23),o incluso a episodios de suicidios (24).

Así mismo al contrastar los datos de depresión del presente estudio con un estudio que incluyo una gran corte de 43,845 maestras mexicanas de 12 estados se encontró que un porcentaje alrededor del 33% tenía depresión leve y alrededor de un 16% problemas de depresión severos de los cuales un porcentaje menor al 5% tenía un diagnostico formal y por lo tanto seguimiento y tratamiento de la depresión (25).

Posteriormente, al analizar la relación entre el grado de escolaridad y la depresión se encontró que a mayor grado de escolaridad (licenciatura y posgrado) hay menor incidencia de depresión, estos resultados difieren de lo reportado por Giacoman y colaboradores realizado en adultos mayores donde ellos no encontraron una relación entre el nivel de escolaridad y la depresión, esta diferencia puede deberse al tipo de población (adultos mayores), al tamaño de la muestra (n=30), además no fue considerado la gravedad de la depresión solo si la presentaban o no (26).

Al comparar estos resultados se encontró un estudio realizado en niños sobre depresión y nivel educativo que reportó que cuando los sujetos presentan sintomatología depresiva se asociaban con un bajo rendimiento académico, esto podría hipotetizarse que es un motivo que no les permite continuar con un nivel de estudios superior, dando sentido a los resultados encontrados en la presente investigación sobre que los principales niveles de escolaridad que presentan depresión son primaria y secundaria comparado con el nivel de licenciatura y posgrado (27).

Así mismo en una muestra representativa de mujeres de Estados Unidos (31,366) se encontró una asociación entre el nivel educativo y la depresión lo cual es consistente con lo encontrado en el presente estudio (17).

Por otro lado, en relación con los resultados encontrados con la prevalencia de ansiedad, se estima que en México al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más común en el

país, le sigue la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de alrededor del 10% (28).

En relación con la utilidad de las escalas usadas en el presente estudio, se ha reportado que la Hamilton Anxiety Rating Scale es una escala validada en diferentes países y diversos grupos de edad y se ha demostrado que proporciona datos altamente confiables sobre el diagnóstico de ansiedad (29,30) lo cual puede apoyar en el diagnóstico temprano y oportuno de la ansiedad en las clínicas de primer nivel.

Por otro lado la escala usada para el diagnóstico de Depresión Montgomery-Asberg Depression Rating se ha propuesto probado que es una encuesta validada y confiable aplicada en diversas poblaciones mostrando alto grado de confiabilidad en diversos grupos de edad, (31–33) por lo que ambos instrumentos deben ser considerados su aplicación en la consulta de rutina de primer nivel.

Se ha reportado que problemas como la depresión y la ansiedad están asociados con la presencia de síntomas psicósomáticos que afectan la calidad de vida de los pacientes, entre los cuales destacan: dolor de cabeza intenso, dolores menstruales, de espalda, fatiga, y dificultad para dormir; (34) por lo tanto se deben diagnosticar a tiempo para ser abordados y tratados de forma oportuna.

Son diversos los factores asociados al desarrollo de depresión, sin embargo se propone que existen diversos factores genéticos de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo severo (35), por lo que para futuras investigaciones podría considerarse estudiar variantes genéticas asociadas al desarrollo de depresión.

Como perspectivas del presente trabajo y debido a los resultados encontrados es importante evaluar otro tipo de variables como la actividad física, ya que algunos autores han propuesto la actividad física como un excelente antidepresivo además de los beneficios físicos y mentales que conlleva (36,37).

CONCLUSIONES

- Se encontró una prevalencia de depresión elevada en las mujeres de estudio, y los grados de depresión fueron principalmente leve y moderado.
- Se reportó que la mayoría de los sujetos presenta un grado de ansiedad en cualquiera de sus estadios leve, moderado o severo.
- Se encontró una asociación entre las mujeres que tienen un mayor grado de escolaridad con menor incidencia de depresión.
- Las mujeres con escolaridad de primaria, secundaria y preparatoria presentaron mayor prevalencia de depresión principalmente leve y moderada.
- Las mujeres que son obreras o amas de casa presentaron mayor incidencia de depresión en comparación con las mujeres profesionistas o estudiantes.
- No se encontraron diferencias entre la ansiedad en cualquiera de sus grados y el nivel de escolaridad o la ocupación.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Las principales fortalezas del presente trabajo son el aporte de datos relacionados con la prevalencia de ansiedad y depresión, así como el grado de depresión lo cual aporta datos relevantes para ser tomados en cuenta en la atención de primer nivel. Se encontraron cifras elevadas de ansiedad y depresión por lo que debe proponerse el correcto tratamiento y abordaje para estas pacientes y así evitar complicaciones mayores.

Por otro lado, se propone el uso de 2 escalas validadas para el diagnóstico de ansiedad y depresión, ambas tienen practicidad clínica y fácil interpretación para realizar un diagnóstico correcto y oportuno y así establecer estrategias de tratamiento acertadas.

Las principales debilidades son la muestra limitada de mujeres, el haberse realizado solo en mujeres ya que no se pueden comparar los resultados con hombres y el no haber analizado otras variables patológicas asociadas a la depresión y ansiedad, sin embargo, quedan como perspectivas para futuros trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Odalis Fernández López D, Bárbara Jiménez Hernández D, Regla D, Almirall A, Darelys D, Molina S-N, et al. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos Manual for Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Vol. 10. 2012.
2. Hernández G G, Orellana V G, Kimelman J M, Nuñez M C, Ibáñez H C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna. Revista Medica de Chile. 2005;133(8):895-902.
3. Guía de Referencia Rápida.
4. Inicio | Real Academia Española [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
5. Elsy Arlene Pérez-Padilla , Víctor Manuel Cervantes-Ramírez , Nayeli Alejandra Hijuelos-García , Juan Carlos Pineda-Cortés HS-B. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista Biomedica. febrero de 2017;28(2):114-26.
6. Cova Solar F. An Evolutional Perspective on Gender Differences when in Presence of Depressive Disorders. 2004;
7. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
8. Aragonès E, Lluís Piñol J, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Atencion Primaria. 1 de octubre de 2009;41(10):545-51.

9. Trastorno mixto ansioso-depresivo: causas y síntomas [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/clinica/trastorno-mixto-ansioso-depresivo>
10. Saiz JLB, Durá LP. Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. *Clinica y Salud*. 2013;24(3):177-83.
11. DSM-5 [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
12. Antonio Lobo, Lorenzo Chamorro, Antonio Luquec, Rafael Dal-Réc, Xavier Badiad EB. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad | *Medicina Clínica*. *Medicina Clinica*. 2002;118(13):493-9.
13. Blanca Estela Vargas Terrez, Valerio Villamil Salcedo CRE, Jazmín Pérez Romero JCS. Validación de la escala K alidación de la escala Kessler 10 (Kessler 10 (K-10) en la detección -10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. de depresión y ansiedad en. *Salud Mental*. 2011;34:323-31.
14. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñero Acín MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F, Rodríguez Alcalá FJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 15 de noviembre de 2000;26(8):554-8.
15. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Med Educ*. 2 de septiembre de 2019;19(1):327.

16. Ngasa SN, Sama C-B, Dzekem BS, Nforchu KN, Tindong M, Aroke D, et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 9 de junio de 2017;17(1):216.
17. Patel JS, Oh Y, Rand KL, Wu W, Cyders MA, Kroenke K, et al. Measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) depression screener in U.S. adults across sex, race/ethnicity, and education level: NHANES 2005–2016. *Depression and Anxiety*. 1 de septiembre de 2019;36(9):813-23.
18. Consejo Nacional de Población. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva.
19. Salud de la mujer [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
20. Características educativas de la población [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/educacion/>
21. INEGI. Clasificación Mexicana de Ocupaciones, (CMO) - Histórica [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_mexicana_de_ocupaciones_vol_i.pdf
22. Sassarini DJ. Depression in midlife women. *Maturitas*. diciembre de 2016;94:149-54.
23. La depresión incrementa el riesgo de muerte por múltiples causas - Noticias médicas - IntraMed [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=47347>
24. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students a systematic review and meta-analysis. Vol. 316, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2016. p. 2214-36.

25. Soria-Saucedo R, Lopez-Ridaura R, Lajous M, Wirtz VJ. The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. *Journal of Affective Disorders*. 1 de julio de 2018;234:109-16.
26. Giacoman C, Funes D. Depresión y escolaridad en adultos mayores. *Diálogos sobre educación Temas actuales en investigación educativa*. 2011;2(2):1-11.
27. de San Buenaventura Colombia Moreno U. *Psychologia. Avances de la disciplina*.
28. 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
29. Zimmerman M, Martin J, Clark H, McGonigal P, Harris L, Holst CG. Measuring anxiety in depressed patients: A comparison of the Hamilton anxiety rating scale and the DSM-5 Anxious Distress Specifier Interview. *J Psychiatr Res*. octubre de 2017;93:59-63.
30. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Psychometric properties of the Polish version of the Hamilton Anxiety Rating Scale in patients with epilepsy with and without comorbid anxiety disorder. *Epilepsy Behav*. mayo de 2019;94:9-13.
31. Soron TR. Validation of Bangla Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRSB). *Asian J Psychiatr*. agosto de 2017;28:41-6.
32. Fernandes F, Carneiro A, Campos RN, Soeiro-de-Souza MG, Barros VB, Moreno RA. SIGMA-VB: Validity and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale using the Structured Interview Guide for the MADRS. *Braz J Psychiatry*. agosto de 2019;41(4):297-302.
33. Ntini I, Vadlin S, Olofsdotter S, Ramklint M, Nilsson KW, Engström I, et al. The Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale - self-assessment for use in

adolescents: an evaluation of psychometric and diagnostic accuracy. *Nord J Psychiatry*. agosto de 2020;74(6):415-22.

34. Ramírez MTG, Hernández RL, García-Campayo J. The relationship among depression, anxiety, and somatic symptoms in a sample of university students in northern Mexico. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2009;25(2):141-5.
35. Mitjans M, Arias B. The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide? Vol. 40, *Actas Esp Psiquiatr*. 2012.
36. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Vol. 107, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2019. p. 525-39.
37. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. Vol. 202, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2016. p. 67-86.

ANEXOS

Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamil... 6 / 7

ANEXO 1
Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Modera	Grave	Mayor que el más grave
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, tiritos, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar temprano, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborríos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tensio, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud: pasarse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial	0	1	2	3	4
Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Escribe aquí para buscar

11:38 p. m.
27/07/2019

ANEXO 2

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La evaluación deberá basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).
Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún paciente deprimido que no puede ser valorado dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.
Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desespereación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Sin tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Parece decaído pero se anima sin dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Parece triste y desgraciado la mayor parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido</p>	<p>6. Dificultades para concentrarse</p> <p>Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ninguna dificultad para concentrarse</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Triste o decaído, pero se anima sin dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>	<p>7. Laxitud</p> <p>Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Dificultades para empezar actividades</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Laxitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>	<p>8. Incapacidad para sentir</p> <p>Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Interés normal por el entorno y por otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Duermo como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>	<p>9. Pensamientos pesimistas</p> <p>Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorenproche, pecado, remordimiento y ruina.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Sin pensamientos pesimistas</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ideas variables de fracasos, autorenproche o autodesprecio</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Autoacusaciones de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones que son absurdas e inquietantes</p>
<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Apetito normal o aumentado</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Apetito ligeramente reducido</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sin apetito. La comida es insipida</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Necesita persuasión para comer algo</p>	<p>10. Pensamientos suicidas</p> <p>Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dolorida de la vida o la acepta tal como viene</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 2. Encuesta de características sociodemográficas. Folio:

Nombre: _____ NSS: _____ Fecha:

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

Edad: _____ años cumplidos.

Escolaridad:

1.-Analfabetismo: ___ 2. Primaria: ___ 3. Secundaria: ___ 4.
Preparatoria: ___ 5. Licenciatura: ___ 6. Posgrado: ___

Ocupación:

1.-Ama de casa: ___ 2.-Estudiante: ___ 3.-Obrera: ___ 4.-Profesionista: ___

Tiene algún tratamiento Antidepresivo:

1. Si _____ 2. No _____