



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 “GABRIEL MANCERA”.
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO

**“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO
DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JORGE ARGUELLO AGUIRRE

ASESORES DE TESIS:

DRA. IVONNE RAMÍREZ ALARCÓN
MÉDICA FAMILIAR
ASESORA TEÓRICA

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
MÉDICA FAMILIAR
DIRECTORA DE TESIS

GENERACIÓN: 2021-2024

CIUDAD DE MÉXICO 2023

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: R-2021-3703-152





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dr. Daniel Ernesto Navarro Villanueva
Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Yarenis Santiago Escobar
Coordinadora Clínica De Educación en Salud de la Unidad de Medicina
Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Dra. Rosa María Salinas Alvarado
Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar de la Unidad de
Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

AUTORIZACIÓN DE TESIS ASESORES

Dra. Ivonne Ramírez Alarcón

Médica Familiar adscrita a la Unidad de Medicina
Familiar N° 28 “Gabriel Mancera” del IMSS
Asesor teórico

Dra. Ivonne Analí Roy García

Médica Familiar, Coordinadora de Programas Médicos en Centro
Médico Nacional Siglo XXI del IMSS
Director de tesis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Viernes, 03 de diciembre de 2021

Dr. IVONNE RAMIREZ ALARCON

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** 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-2021-3703-152

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. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

“La medicina es la única profesión universal que en todas partes sigue los mismos métodos, actúa con los mismos objetivos y busca los mismos fines”.

Sir William Osler (Médico 1849-1919)

Agradezco de todo corazón a Dios, así como a mis padres Blanca y Rodolfo que junto a mi hermano Enrique siempre me han apoyado en cada uno de los pasos que he dado para cumplir todas y cada uno de mis logros y metas como profesionalista.

A mis abuelos que ya no se encuentran en este mundo, les agradezco por el apoyo y el orgullo que siempre tuvieron en mí, junto con mis familiares cercanos que siempre han depositado la confianza para conmigo y que cada uno, con sus enseñanzas, me da la paciencia para no darme por vencido.

A mis amigos de la residencia que conseguí en estos tres años: Sofi gracias por tu compañía, solidaridad y tu cariño sin los cuales no habría podido continuar en este camino, Lulú gracias por tus enseñanzas y tu madurez que me hicieron darme cuenta de muchas cosas que no tenía enfocadas en mi vida, Evert gracias por tu sinceridad, apoyo y hacerme ver las cosas desde otra perspectiva con más experiencia, Chema gracias por tu gran ayuda, compromiso y tolerancia en todos los buenos y malos momentos que hemos vivido y gracias por ser como un hermano para mí; a todos ustedes los quiero mucho.

Por último, y no menos importante, a la Doctora Ivonne Roy García por su enseñanza en el campo de la investigación clínica, así como por su paciencia para resolver las dudas que surgieron a lo largo de todo este camino durante la realización de mi proyecto. Es gracias a ella y al trabajo en conjunto que más médicos nos interesamos en la búsqueda de nueva información y su divulgación como médicos del primer contacto para poder hacer uso de esta en la atención diaria de los pacientes.

ÍNDICE

1.RESUMEN	7
2.ABSTRACT	9
3.INTRODUCCIÓN	11
4.MARCO TEÓRICO	13
5.JUSTIFICACIÓN	28
6.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
7.HIPÓTESIS DE TRABAJO	30
8.MATERIAL Y MÉTODOS	31
A. Diseño de estudio.....	31
B. Tamaño de muestra	31
C. Población de estudio.....	31
D. Criterios de selección.....	32
E. Variables de estudio.....	32
F. Estrategia de estudio	38
G. Intervención.....	38
H. Recolección de los datos	39
I. Maniobras para evitar sesgos.....	40
J. Análisis estadístico.....	40
K. Aspectos éticos	41
L. Factibilidad	45
M. Recursos económicos.....	45
N. Conflicto de intereses.....	46
9. RESULTADOS	47
10.DISCUSIÓN	50
11.CONCLUSIÓN	55
12.BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60
ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	64

ABREVIATURAS

BDNF= Brain-derived Neurotrophic Factor (Factor neurotrófico derivado del cerebro).

DSM-V= Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición.

ENSANUT= Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

HAA= Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal.

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI= Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

ISRS= Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

MAP= Médico de atención primaria.

OMS= Organización Mundial de la Salud.

PIB= Producto Interno Bruto.

TDM= Trastorno depresivo mayor.

UMF= Unidad de Medicina Familiar.

UNAM= Universidad Nacional Autónoma de México.

1. RESUMEN

“IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

Arguello Aguirre J.¹, Ramírez Alarcón I.², Roy García I.A.³

¹ Médico residente de primer año de Medicina Familiar.

² Médico Familiar – UMF 28 “Gabriel Mancera”.

³ Coordinadora de Programas médicos CMN S XXI.

Introducción: El trastorno depresivo se asocia a sufrimiento significativo, deterioro psicosocial y mayor mortalidad. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y el 9.2% de la población la padece. La búsqueda de factores asociados puede detectar a la población en riesgo y reducir el índice de casos de depresión en las mujeres.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo mayor en las mujeres de edad fértil.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, comparativo y observacional, se incluyó a mujeres de 18 a 50 años, a las cuales se aplicó el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la presencia de sintomatología depresiva, así como para la identificación de factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastorno depresivo mayor.

Resultados: Se incluyó a un total de 665 participantes, el porcentaje de mujeres con depresión fue del 12.33%. El inventario de Beck permitió identificar el grado de severidad del cuadro depresivo encontrado; de esta forma se muestra que la depresión mínima se encuentra en un 25.6% de las participantes, la depresión leve en 52.44%, la depresión moderada un 18.29% y la depresión grave en un 3.66%.

Al evaluar los riesgos para cada probable factor asociado al desarrollo de trastorno depresivo solo se observó tendencia de dos de las variables las cuales fueron el contar con antecedente heredofamiliar de depresión con un OR 0.63 (IC 95% 0.36, 1,11) y el alcoholismo con OR 1.66 (IC 95% 0.99,2.79), haciendo que estos factores pudieran tener relevancia clínica para poder relacionarlos con la presencia de depresión en la población estudiada.

Conclusión: Se puede observar en los resultados la prevalencia de depresión que se encontró en las mujeres estudiadas fue del 12.33%, de las cuales la depresión mínima representa 25.6%, la depresión leve 52.44%, la depresión moderada 18.29% y la depresión grave 3.66%.

Con relación a los factores de riesgo para desarrollo de depresión no se encontraron relaciones significativas entre las variables estudiadas y la presencia de la enfermedad que pudieran establecer una relación directa con esta, sin embargo, dos factores mostraron tendencia a aumentar el riesgo, los cuales son el alcoholismo y el antecedente heredofamiliar de depresión ya que las mujeres que tenían alguno de estos dos factores mostraron mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

El resto de las variables involucradas no mostraron relación ni relevancia para ser un factor de riesgo en la patología psiquiátrica en este estudio.

Palabras clave: depresión, trastorno depresivo mayor, mujeres, factores de riesgo, inventario de Beck, prevención.

2. ABSTRACT

“IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE ASSOCIATED WITH A FIRST LEVEL CARE UNIT OF THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY”

Arguello Aguirre J.¹, Ramírez Alarcón I.², Roy García I.A.³

¹ Médico residente de primer año de Medicina Familiar.

² Médico Familiar – UMF 28 “Gabriel Mancera”.

³ Coordinadora de Programas médicos CMN S XXI.

Introduction: Depressive disorder is associated with significant suffering, psychosocial impairment, and increased mortality. In Mexico, it occupies the first place of disability in women and 9.2% of the population suffers from it. The search for associated factors can detect the population at risk and reduce the rate of cases of depression in women.

Objective: Identify risk factors for the development of major depressive disorder in women of childbearing age.

Material and methods: A cross-sectional, comparative and observational study was carried out, including women between the ages of 18 and 50, to whom the Beck Depression Inventory was applied to assess the presence of depressive symptoms, as well as to identify risk factors. related to the development of major depressive disorder.

Results: A total of 665 participants were included, the percentage of women with depression was 12.33%. Beck's inventory made it possible to identify the degree of severity of the depressive picture found; In this way, it is shown that minimal depression is found in 25.6% of the participants, mild depression in 52.44%, moderate depression in 18.29%, and severe depression in 3.66%.

When evaluating the risks for each probable factor associated with the development of a depressive disorder, only a trend was observed in two of the variables, which were having a family history of depression with an OR 0.63 (95% CI 0.36, 1.11) and alcoholism. with OR 1.66 (95% CI 0.99.2.79), meaning that these factors could have clinical relevance to be able to relate them to the presence of depression in the population studied.

Conclusion: It can be seen in the results the prevalence of depression found in the women studied was 12.33%, of which minimal depression represents 25.6%, mild depression 52.44%, moderate depression 18.29% and severe depression 3.66%.

Regarding the risk factors for the development of depression, no significant relationships were found between the variables studied and the presence of the disease that could establish a direct relationship with it, however, two factors showed a tendency to increase the risk, which are alcoholism and a hereditary family history of depression, since women who had one of these two factors were more likely to suffer from a depressive disorder. The rest of the variables involved did not show a relationship or relevance to be a risk factor in psychiatric pathology in this study.

Key words: depression, major depressive disorder, women, risk factors, Beck depression inventory, prevention.

3. INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos, especialmente el trastorno depresivo mayor (TDM), son enfermedades frecuentes que se asocian a un sufrimiento significativo, deterioro psicosocial y una mayor mortalidad. A pesar de que se cuentan hoy en día con cuantiosos tratamientos eficaces, estos trastornos a menudo se pasan por alto y se tratan insuficientemente en la población.

Varios factores contribuyen al insuficiente reconocimiento de los trastornos depresivos; entre ellos están el estigma de la propia depresión y la falta relativa de una verificación sistemática de los síntomas depresivos por los profesionales sanitarios. La relevancia para la salud pública de la depresión es notable; aparte de la carga psicosocial directa, el trastorno también aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades médicas e incrementa su morbilidad y mortalidad asociadas.

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión constituye un problema importante de salud pública, ya que ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad por pérdida de años de vida saludables en el mundo y alrededor de 4% de la población mundial vive con depresión. Los más propensos a padecerla son los jóvenes, los ancianos y las mujeres, siendo en este grupo en especial dos veces más frecuente en comparación con los hombres.

En México, el trastorno depresivo ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y se estima que 9.2% de la población la ha sufrido, además de que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años, siendo esta tasa mayor en el sexo femenino.

En 2012 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 se debe resaltar que de todas las personas que se han sentido con sintomatología depresiva, únicamente 1.63 millones toman tratamiento antidepresivo (414 mil hombres y 1.22 millones de mujeres), mientras que 33.19 millones no se encuentran tratados.

La importancia en nuestro país es tal que en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(ENSANUT), se busca poder identificar pensamientos o conductas que puedan alarmar de padecimientos depresivos, incluyendo intento suicida, mediante la aplicación de cuatro preguntas en la encuesta dirigida a hombres y mujeres de 20 años o más. En su último reporte de la encuesta aplicada en 2018, reveló que el 17.9% de los adultos mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa y es 1.8 veces más elevada en mujeres, llegando a estar presente en el 22.5%, del cual el 8.1% tiene participación limitada o restringida en la sociedad y dificultades severas del funcionamiento dentro de la misma.

4. MARCO TEÓRICO

La depresión como enfermedad mental

De acuerdo con el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, “las enfermedades mentales son alteraciones en el cerebro que perturban la manera de pensar y de sentir de la persona, al igual que el estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desarreglos químicos en el cerebro, los cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica.¹

Los pacientes que sufren trastornos del espectro depresivo suelen tener una variedad de síntomas que pueden ser psicológicos, cognitivos, conductuales y físicos. En caso del TDM, el estado de ánimo depresivo junto con la pérdida de interés o del placer se consideran el centro del trastorno. Ambos pueden presentarse al mismo tiempo, pero uno de ellos es suficiente para definir el TDM, si están presentes ciertos síntomas asociados.²

En concreto, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), en su 5ª edición define el TDM como un estado de ánimo depresivo (o estado de ánimo irritable en niños y adolescentes), una pérdida del interés o del placer, o ambas, acompañados de, al menos, otros cuatro síntomas depresivos (solo tres si hay estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer) que duran al menos dos semanas. Los síntomas acompañantes son: insomnio/hipersomnia, reducción del interés/placer, excesiva culpa o sentimiento de falta de valor, reducción de la energía o astenia, disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, pérdida o incremento del apetito peso, agitación o retraso psicomotor e ideas de suicidio o muerte o un intento o plan de suicidio.²

La gravedad de deterioro funcional es fundamental para distinguir el TDM y los otros trastornos depresivos de la variabilidad normal del estado de ánimo. Dicho trastorno puede evolucionar hasta hacerse crónico o con recurrencias frecuentes y, en su forma más grave, puede conducir al suicidio o intento suicida.¹

La expresión del trastorno varía de acuerdo con la edad. Durante la infancia y la adolescencia puede revelarse por alteraciones en la conducta y en la vejez como un dolor crónico sin causa física detectable, un trastorno del sueño o por un cuadro específico llamado pseudodemencia depresiva que simula un cuadro demencial que desaparece con tratamiento antidepresivo.¹

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, aunque los síntomas pueden ser muy diversos, existen signos de alerta que pueden llevar a la confirmación del padecimiento, tales como: agotamiento físico extremo, hipersomnía alternada con periodos de insomnio, dolor crónico y alteraciones del humor.²

Está asociada a otros trastornos como la ansiedad o el consumo y abuso de sustancias adictivas y es la principal enfermedad afectiva entre los pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas. La distimia, o trastorno depresivo persistente, es uno de los niveles más avanzados de esta enfermedad y se ha propuesto que, al igual que el trastorno depresivo mayor, tienen una correlación con factores genéticos concretos que actualmente se encuentran en estudio.¹

Según el DSM-V, la depresión se incluye dentro de los trastornos del estado de ánimo. Puede ser endógena, es decir, una persona puede presentar una condición biológica o genética que lo predispone a mostrar cuadros depresivos, o reactiva a eventos que pueden presentarse a lo largo de la vida; aunque en ésta no se puede descartar la posibilidad de que algunos factores biológicos y genéticos determinen la reacción del individuo a las contingencias ambientales.⁴

Igualmente se ha documentado que las mujeres son más proclives a desarrollar depresión y ansiedad que los hombres y que la mayoría de ellas experimentan cuadros de depresión y ansiedad durante sus años de vida reproductiva. Actualmente estas relaciones entre depresión, ansiedad y salud reproductiva de las mujeres se pueden identificar de forma general en la literatura existente.⁴

Existen varias teorías que intentan explicar las diferencias de género en la prevalencia del trastorno. Se han propuesto factores biológicos (genéticos, neuroquímicos,

hormonales) y psicosociales en la etiología de la enfermedad; estos factores parecen perturbar de forma diferente a las mujeres y los hombres, determinando la propensión a padecer síndromes depresivos. La proporción varía de 2:1 a 1,5:1. Algunos consideran que estas diferencias varían con la edad; esto se puede evidenciar si se considera que antes de la adolescencia la presentación es 1:1 entre niños y niñas y a partir de esta, se modifica a un patrón análogo al adulto.³

Algunos investigadores señalan que, aunque los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la perciben de diferentes maneras y muestran diferencias en el momento de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y dicen más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil hablar de sus emociones y tienden más a la somatización, también frecuentemente tienen problemas de abuso de sustancias que pudiera enmascarar el cuadro depresivo, lo que trae como consecuencia que en numerosas ocasiones no se realiza correctamente el diagnóstico de depresión.⁵

La recurrencia se refiere a la aparición de nuevos episodios depresivos después del inicial tras haber tenido un periodo de remisión de los síntomas; este es muy variable, el más aceptado es después de un año. Cuando se presenta antes se considera una recaída del episodio inicial, generalmente por tratamiento insuficiente. Algunos estudios revelan que las mujeres pueden tener episodios depresivos más largos y tienen más posibilidades que los hombres de presentar episodios recurrentes, tal como se mostró en una investigación en Gran Bretaña que encontró que 69% de las mujeres y 31% de los hombres tenían una depresión recurrente, mostrando que la razón mujer/hombre fue de 2,2:1.⁶

Panorama epidemiológico y su impacto en las poblaciones

La salud mental pública será el principal reto sanitario que deberán enfrentar una gran parte de los países en la próxima década. Según cifras dadas a conocer en 2016, los trastornos mentales están en aumento a nivel mundial. Entre 1990 y 2013, la cantidad de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50%, de 416 a 615 millones. Cerca de 10% de la población mundial estaba afectada y los trastornos mentales

representaron 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal.⁷

El TDM se acompaña de una carga significativa de sufrimiento, mayor morbilidad y alteración del funcionamiento social y laboral.⁸ Se calcula que la carga de la depresión se iguala casi con cualquier otra enfermedad médica. Con respecto a la función física, los pacientes deprimidos muestran una puntuación del 77,6% de la función normal, mientras que la enfermedad arterial coronaria avanzada y la angina de pecho tienen puntuaciones del 65,8 y del 71,6%, respectivamente, y los problemas articulares, la artritis, la diabetes y la hipertensión, de entre el 79 y el 88,1%.⁹

El TDM también se ha caracterizado por mayor mortalidad. Mientras que en la población general el suicidio supone un aproximado del 0,9% de todas las muertes, la depresión es el factor más significativo de suicidio, y en torno al 21% de los pacientes que sufren trastornos depresivos recurrentes tienen un episodio de intento suicida. Se ha calculado que alrededor del 60% los suicidios tienen lugar en pacientes deprimidos. Otras complicaciones de estos trastornos del ánimo son la conducta homicida/agresiva o el abuso de alcohol/drogas.¹⁰

La depresión es un problema primordial en cuanto a la salud mental por ser el principal padecimiento que afecta a las personas de entre 14 y 35 años y, sobre todo, por ser la primera causa mundial de suicidio y la cuarta de discapacidad, en relación con la pérdida de años de vida saludable.¹¹

Un estudio de sistemas computarizados de una organización sanitaria con personal asalariado demostró que los pacientes diagnosticados con depresión generaban costos sanitarios anuales significativamente mayores (4.246 frente a 2.371 dólares, $p < 0,001$) y mayores costos por cada servicio de asistencia en comparación con los pacientes sin depresión.¹²

En otro estudio de gran escala elaborado por la OMS en pacientes que asistían a centros de atención primaria, los pacientes con trastorno depresivo refirieron un promedio de ocho días de incapacidad durante el mes anterior a acudir al centro. Esta constituyó una carga mucho mayor de incapacidad que los dos días perdidos por los pacientes sin

trastornos psiquiátricos.¹³

Esta información se confirmó en pacientes con TDM en un estudio de Europa Occidental, donde se percibió que el grado de incapacidad se relacionaba claramente con la gravedad de la depresión. Aunque el tratamiento antidepresivo apropiado mejoraba la funcionalidad y la salud de los pacientes con estos trastornos, los pacientes tratados con antidepresivos aún representaban una población con incapacidad importante. De hecho, el estudio DEPRES-II encontró que era esperado que los pacientes tratados por un profesional perdieran un promedio de 30 días de actividad normal y 20 días de trabajo pagado durante el siguiente semestre a su evaluación.¹⁴

En México la estadística es aún más impresionante, ya que los trastornos del estado de ánimo escalan hasta convertirse en la primera razón para deterioro en la calidad de vida en las mujeres y la novena para los hombres. Asimismo, remarcan que tan solo en el 2016 se registraron 6,370 suicidios en el país.⁶

Al inicio de la década previa, la OMS predijo que para el 2020 la depresión sería la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, y la primera en países en vías de desarrollo. Hoy en día, esta aproximación se está viviendo, al menos en México.⁶

No es excesivo decir que hay una pandemia del trastorno depresivo. Este es, sin duda, un concepto poco usual para un problema de salud mental, pero, por mucho que se quiera pensar que este tipo de padecimientos se clasifican y se abordan de forma independiente, la realidad es que, desde mediados de 2018, se sabe que la depresión tiene particularidades análogas a enfermedades como el cáncer o la diabetes mellitus tipo 2, por ejemplo, la presencia de predisposición genética que es desencadenada por su interacción con los factores del medio ambiente.⁶

Cabe destacar que el más amplio estudio de genética de la depresión que se ha hecho hasta nuestros días encontró que todos los humanos tenemos, en mayor o menor medida, factores de riesgo genéticos para el desarrollo de TDM. Asimismo, se encontraron alrededor de 44 genes ligados directamente a la depresión: 30 de ellos no se conocían y además descubrieron otros 153 que pueden tener alguna influencia en el

padecimiento.⁷

Tanto la salud mental como la reproductiva son factores significativos que contribuyen al bienestar de la mujer. Los trastornos mentales se asocian con pérdida de años de vida saludables, específicamente para mujeres de 15 a 44 años, dicho período abarca sus años de vida reproductiva. Esto toma importancia porque se sabe que los trastornos del estado de ánimo componen tres de las diez principales causas de carga de morbilidad en los países de ingresos bajos a medianos y, concretamente, la depresión es la principal causa de carga de morbilidad para las mujeres, tanto en los países de ingresos altos como en los bajos y medios, con una prevalencia reportada del 14% al 21%.¹⁵

De acuerdo con la publicación de Patel sobre factores de riesgo para trastornos mentales entre mujeres de edad reproductiva en países en vías de desarrollo, se reportó que el estatus socioeconómico bajo era un factor de riesgo de trastornos mentales. Debido a la pobreza, las mujeres de estos países se encuentran más expuestas a eventos de vida amenazantes y son más susceptibles de desarrollar enfermedades crónicas. Del mismo modo, la asociación entre diversas enfermedades de la salud reproductiva con trastornos mentales puede ser mejor explicada en el contexto social de la morbilidad ginecológica y desigualdades de género, típicas del papel de la mujer en los países en desarrollo. Adicional a los efectos de la pobreza, la deficiente salud reproductiva y otras circunstancias como el abuso de sustancias y enfermedades crónicas, tienen efecto sinérgico entre sí para el desarrollo de todos estos trastornos mentales.¹⁶

Una gran cantidad de estudios revelaron la asociación entre los eventos adversos de la salud reproductiva con los trastornos mentales por el acceso limitado a instalaciones sanitarias. En sociedades más conservadoras, las mujeres pueden sentir dificultades en el acceso a los establecimientos sanitarios debido a diversos factores, incluyendo la escasez de mujeres proveedoras de salud y la norma cultural naturalizada de que las mujeres deben tener una “escolta” para poder acudir a solicitar la asistencia sanitaria. Todos estos factores en conjunto hacen que las mujeres sean más vulnerables a los peores desenlaces de toda situación sanitaria.¹⁷

Repercusión de la depresión en trastornos médicos concomitantes

Los pacientes deprimidos, a menudo tienen enfermedades médicas concomitantes, tales como artritis, hipertensión arterial, dolores de espalda, diabetes mellitus y cardiopatía. La prevalencia de dichas enfermedades crónicas en los pacientes con depresión es mucho mayor, con una cifra global aproximada del 65 al 71%.¹⁶

Varios estudios muestran que la depresión influye en la evolución de las comorbilidades, Por ejemplo, padecer algún grado de depresión en los pacientes hospitalizados por enfermedad coronaria se asocia a mayor tasa de mortalidad y a una depresión que continuará por lo menos un por año siguiente a la hospitalización.¹⁸

Si se toma en cuenta al riesgo de mortalidad global, los estudios que relacionan la depresión con la muerte temprana incitan a pensar que la depresión aumenta substancialmente el riesgo, en especial como consecuencia del suicidio y otras causas violentas, pero también lo asocia por enfermedades médicas no psiquiátricas, entre ellas destaca la enfermedad cardiovascular.¹⁹

Impacto económico de la depresión

El impacto financiero de las enfermedades mentales y psiquiátricas en los países en vías de desarrollo representa el 4% del producto interno bruto (PIB) nacional, esto sin considerar la pérdida de productividad que se da como resultado de estos padecimientos, por lo que las consecuencias del trastorno no se restringen únicamente al entorno individual del paciente afectado.¹¹

Desde el aspecto socioeconómico, incrementa la cantidad de consultas en la atención médica primaria, estudios paraclínicos de laboratorio y días de internamiento. Mediante un análisis ajustado por morbilidad se ha estimado que el valor monetario que implica la atención integral de los pacientes deprimidos es superior.¹²

Se estima que los países (ya sea de ingresos bajos, medios o altos), que durante 15 años invirtieran en tratamientos para la depresión (asesoramiento psicosocial y medicamentos antidepresivos), tendrían un rendimiento esperado de alrededor de 400%, esto por las mejoras en la productividad laboral y salud de la comunidad, por ello la inquietud creciente de nuestros días de buscar lograr la detección temprana y manejo

oportuno de los trastornos del estado de ánimo y, de ser posible, su prevención mediante identificación de sus factores relacionados y desencadenantes.¹²

Depresión en la atención primaria

Se calcula que solo 57% de los pacientes deprimidos solicitan ayuda profesional, y, lo que es bastante interesante, la mayoría de ellos consultan a un médico de atención primaria o del primer nivel de atención. Esta observación tiene particular importancia porque recalca el papel crucial del MAP en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. Desgraciadamente, es todavía más frecuente su escaso reconocimiento.²⁰

Se deduce en relación con varios estudios que la cantidad de diagnósticos omitidos de depresión se aproxima al 50%. Es crítico facilitar a los clínicos, y especialmente a los MAP, la información referente a los factores de riesgo del trastorno depresivo, tanto en las mujeres como en la población general y en cuanto a la asistencia sanitaria por medio particular.²⁰

Factores relacionados con la presencia de depresión en las mujeres

La depresión tiene numerosos tipos y grados, incluso puede manifestarse junto con otras enfermedades mentales. Los cuadros más habituales se relacionan con cambios repentinos en las rutinas diarias, como el nacimiento de un hijo, cambios de clima o a lugares con pocas horas de luz solar al día; los más graves se asocian a violencia, maltrato o estrés producido por situaciones dificultosas como pérdida laboral, niñez complicada, crisis familiares, divorcios, muerte de un ser querido o mal estado de salud.¹⁶

Una de las hipótesis que trata de explicar la mayor incidencia de depresión en las mujeres es la que involucra al papel de las hormonas. Algunos estudios epidemiológicos señalan que antes de la pubertad la depresión es más frecuente en hombres; otros sugieren que en esta etapa las niñas como los niños tienen igual probabilidad de presentar el trastorno; sin embargo, se ha encontrado que cuando ocurre la menarca se aumenta la depresión en mujeres superando a los varones; esta inversión en la proporción estaría determinada por la influencia hormonal propia de esta edad (aumento de estrógenos y

progesterona). Estas hormonas influyen en la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y en la retroalimentación negativa de cortisol, estableciendo la vulnerabilidad en las mujeres.⁵

Otra etapa del ciclo vital femenino donde surge la depresión es en el postparto, donde también ocurren variaciones de las hormonas. Durante la gestación los niveles de estrógenos y progesterona es elevado, posterior al alumbramiento sucede una caída brusca de estas hormonas, algunas mujeres son sensibles a este cambio, sobre todo si tienen antecedentes de trastornos del estado de ánimo. Alrededor de 10 a 15% de estas mujeres desarrollan depresión durante el puerperio y hasta las 12 semanas después del nacimiento.²¹

En la menopausia se da la detención de la función ovárica con la consecuente privación estrogénica y ocurre un aumento en la incidencia y recurrencia del trastorno depresivo. Hay algunos reportes sobre el efecto favorable de la terapia sustitutiva hormonal en pacientes que desarrollaron depresión en la perimenopausia. En un reporte brasileño elaborado por Soares el 68% de las mujeres tratadas con 17 β -estradiol tuvo remisión de la depresión, pero se discute aún si estas hormonas tuvieran algún efecto antidepresivo; el efecto provechoso pudiera relacionarse con el alivio sobre los síntomas vasomotores que surgen durante esta etapa.²¹

No obstante, sería equívoco pensar que las fluctuaciones de la secreción estrogénica sean la única causa de la aparición de depresión; estas solamente hacen más sensible a la mujer al efecto de los estresores. Es importante añadir que el género es un factor determinante por sí mismo porque el deber de cumplir con las obligaciones asociadas con la maternidad y el matrimonio, junto con las opresiones vividas por ser mujer y estar obligada a cumplir con los roles sociales son otra causa demostrada de la depresión.⁵

La violencia en contra de la mujer es un factor de gran importancia que desencadena depresión, en este sentido, se dice que el 35% de la diferencia de la incidencia por género podría explicarse por situaciones que involucran violencia como violencia doméstica o abuso sexual durante la infancia.²⁰

Se ha comprobado la asociación de síntomas depresivos y el estado civil: la proporción más grande de mujeres deprimidas corresponde a las que se encuentran separadas, divorciadas y viudas (76.2%), pero es necesario ver cada una de estas variantes y relacionarlas individualmente con sus fuentes de estrés específicas, que se añaden a la predisposición determinada por los factores biológicos ya mencionados.²⁰

De acuerdo con la ENSANUT 2012, se calculó la prevalencia de síntomas depresivos significativos, o sea, el conjunto de síntomas que podrían sugerir un estado de depresión. Se encontró que un 16.5% de los adultos de 20 años o más tuvieron síntomas depresivos. Resalta el hecho de que la prevalencia de estos síntomas, en todos los grupos etarios, fue mayor en mujeres, principalmente en los grupos de 40 a 49 y de 50 a 59 años.²²

Las mujeres con depresión muestran dificultades para el trabajo relacionadas con conseguir y mantener el empleo, prevalencias mayores de comorbilidad como cardiopatía, enfermedad vascular cerebral y diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, la depresión se ha asociado con falta de autoeficacia materna y con aumento de atribuciones negativas hacia el comportamiento del bebé, lo que complica la capacidad de la madre para interpretar y responder de forma adecuada a las necesidades del bebé, estableciendo un círculo donde la mayor frustración favorece a originar mayor sintomatología.²²

Gracias a las investigaciones, actualmente se brinda especial atención al papel que desempeña el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en el origen de la depresión. La hipótesis neurotrófica del trastorno depresivo sugiere pérdida del BDNF que puede aumentar la susceptibilidad para padecer trastornos depresivos; aunque no hay una evidencia directa. Otros estudios en animales han probado este hallazgo en ratas hembra y que no se observa en los machos.²³

Igualmente se está poniendo atención al papel que juegan en la vulnerabilidad a la depresión los traumas psicológicos durante la niñez y adolescencia temprana. Parece ser que estos eventos provocan cambios de regulación del eje HAA, incrementando la vulnerabilidad a la depresión después de tener eventos estresantes en la adultez. Esto

se fundamenta en que se conoce que las mujeres tienen más traumas, sobre todo abuso sexual con una razón de 12:1 con respecto a los hombres.²³

¿Por qué no se encuentran en tratamiento las personas con depresión?

Por increíble que parezca, a pesar del enorme impacto que tiene esta enfermedad en nuestro país, el número de personas que no sabe que la padece es muy grande, debido a que se desestima, hay retraso en buscar la ayuda apropiada o, cuando se busca, no la encuentra. Gran parte del retraso en la atención se puede imputar a la estigmatización de las enfermedades mentales y los trastornos psiquiátricos, ya que al ser identificados como personas que buscan tratamiento para una enfermedad mental se les etiqueta y discrimina, llegando a experimentar marginación social, económica o en el trabajo.^{9,12}

Adicional a los retos que implica el TDM, muchos pacientes deben luchar con la falta de apoyo en su entorno familiar y social. La idea errónea de que los padecimientos mentales son mínimos o que pueden curarse con solo desearlo es otra fuente de estrés que genera mayor frustración para los enfermos y dificulta que busquen la ayuda que verdaderamente necesitan.^{1,13}

Detección del trastorno depresivo

Están disponibles varias herramientas o instrumentos para establecer si se padece depresión y en qué grado de afectación. Es sustancial estar al tanto que son pruebas que deben ser aplicadas por personal especialista en salud mental.²

A pesar de la repercusión y consecuencias del trastorno depresivo en la morbilidad, deterioro funcional y en el riesgo de mortalidad, una parte significativa de los que la padecen (aproximadamente el 43%), no buscan el tratamiento oportuno para los síntomas.²⁴

Instrumentos de diagnóstico y evaluación del trastorno depresivo

Se clasifican en cuatro grupos, dependiendo del objetivo que busque el instrumento. El primero ha sido pensado para su empleo en sujetos normales, por lo que se podrían considerar como un método de tamizaje. Estas escalas son muy útiles, pero tienen

defectos entre los que destacan que hay una diferencia entre los síntomas de enfermedad mental y variaciones normales del comportamiento que no representarían síntoma de depresión.²⁵

Los cuestionarios de autoevaluación son populares por su facilidad de aplicación, pero tienen falta de credibilidad de la evaluación. Son de insuficiente utilidad para los pacientes analfabetos y no sirven para los que se encuentran gravemente enfermos.²⁵

Diversas escalas de calificación para el comportamiento se han elaborado para medir el grado de ajuste social de los pacientes. Son bastante útiles para su intención, pero dan limitada información sobre la sintomatología, ya que no es su propósito.²⁵

Por último, se han creado una serie de escalas para calificar los síntomas que cubren toda la gama existente de síntomas, pero esto crea otras desventajas, por ejemplo: es difícil diferenciar los síntomas como apatía, retraso o estupor, mientras que otros son difíciles de definir como agitación y desrealización, haciendo confusos los instrumentos.²⁵

Inventario de Depresión de Beck

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI o Beck Depression Inventory), es el instrumento de autoaplicación más usado a nivel mundial para evaluar los síntomas en poblaciones normales, tanto en el área profesional como en la investigación.²⁶

En el área profesional, los estudios hechos en los últimos diez años sobre los cuestionarios en Estados Unidos de América muestran que el BDI se halla entre las pruebas más usadas.²⁷ Asimismo, muchos estudios han concluido que el BDI es el instrumento más notorio a nivel mundial para detectar sujetos con síntomas depresivos subclínicos.²⁸

Contenido

Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno el sujeto tiene que preferir aquella frase que mejor se acerca a su estado promedio durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se califica de 0 a 3 puntos en función de la opción elegida. El puntaje total va de 0 a 63. En

el caso de que se seleccione más de una opción en un ítem, se considera la puntuación de mayor gravedad. Se debe considerar que la pérdida de peso sólo se valora si no está bajo dieta para adelgazar; en el caso de que sí lo esté, se califica como 0 en esa opción.²

Escala de depresión de Hamilton

Esta escala fue diseñada para usarse en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo. Se emplea para valorar los resultados de una entrevista y su valor depende de la pericia del entrevistador para conseguir la información necesaria. El entrevistador debe utilizar toda la información posible y disponible para ayudarlo en la entrevista y en la evaluación.²⁹

La escala ha tenido varios cambios desde que se creó y se considera eficaz y simple de realizar, así como con gran valor práctico para valorar los resultados del paciente tras el inicio del tratamiento antidepresivo.²⁹

Contenido

Consta de 17 variables. Algunas se limitan en términos de categorías de intensidad progresiva, mientras que otros se definen por términos del mismo valor. El formulario incluye cuatro variables agregadas: variación diurna, desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, pero se encuentran excluidos de la escala porque la variación diurna no es una medida propiamente de la depresión ni de su intensidad, pero ayuda a definir el tipo de trastorno depresivo. Los otros tres suceden con mínima frecuencia que no tiene justificación incluirlos en el cuestionario inicial.²⁹

Las respuestas se califican en cinco puntos o escalas de tres puntos y no se hace diferencia entre intensidad y la frecuencia de los síntomas, sino que el evaluador debe dar la debida importancia a ambos en el momento de la evaluación.²⁹

Para obtener el puntaje total, hay que sumar todos los valores de las variables; puede ir de 0 a 52 puntos. Para saber la intensidad del trastorno hay puntos de corte: 0 a 6 no hay depresión, 7 a 17 depresión ligera, 18 a 24 depresión moderada y 25 a 52 depresión grave.²

Opciones terapéuticas para el manejo del trastorno depresivo

Actualmente se sabe poco sobre las alteraciones del funcionamiento cerebral que provocan la depresión, lo único que se sabe a grandes rasgos es que se encuentra relacionada con modificaciones de los neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina, y dopamina.²

Cada uno de estos neurotransmisores tiene un papel específico en el funcionamiento cerebral. La noradrenalina tiene función excitatoria; la serotonina y la dopamina tienen relación con las sensaciones de placer, bienestar, deseo y motivación.²

Los fármacos antidepresivos modifican la interacción de estos neurotransmisores a nivel cerebral. Los más habituales son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que no tienen efectos secundarios peligrosos y logran favorecer que haya un mayor nivel de esta sustancia.²

Sin embargo, la farmacología de todos estos padecimientos es aún precaria y sus efectos varían considerablemente entre cada paciente sin que se sepa bien la causa. Según el Royal College of Psychiatrists, después de tres meses de tratamiento antidepresivo, los pacientes obtienen mejoría entre 50 y 65%.³⁰

Varios investigadores aseguran que existen diferencias de género en la respuesta al tratamiento antidepresivo entre mujeres y hombres. El estudio de Kornstein reportó que los hombres respondieron de manera más significativa y rápida al tratamiento con Imipramina, en comparación con las mujeres, con una media de respuesta de ocho semanas y diez semanas en las mujeres. Sin embargo, las mujeres respondieron más rápido que los hombres a la sertralina. El mecanismo que aclara estas diferencias no está claro aún; aunque se ha propuesto que la potencia serotoninérgica de la sertralina podría ser más notable en las mujeres.³⁰

Otra teoría es que las mujeres tienen más posibilidad de presentar síntomas atípicos, que responden mejor a los ISRS, mientras que los hombres presentan rasgos neurovegetativos con respuesta favorable a los antidepresivos tricíclicos. Una última explicación es que las hormonas sexuales femeninas pueden tener un papel inhibitorio

potenciar la actividad de los fármacos.³⁰

Finalmente, se sugiere que la variación de la respuesta al tratamiento es por la existencia de diferencias de género en cuanto a la tolerancia a los medicamentos, por esto las reacciones adversas son desiguales en ambos sexos. Se ha mencionado que la terapia cognitivo conductual es efectiva para hombres y mujeres en el mismo grado de efectividad, tanto en la modalidad individual como en grupo.³⁰

Opciones en la actualidad

La estrecha relación entre salud, estado socioeconómico y acceso a la asistencia sanitaria debe considerarse en el momento de crear programas de capacitación dirigidos a los proveedores de atención médica para poder realizar intervenciones convenientes y apropiadas para cada mujer, de acuerdo con sus factores o antecedentes que predisponen al desarrollo de enfermedad mental.^{9,10}

Al mismo tiempo que se requiere mayor investigación a mayor profundidad, se debe insistir sobre el empoderamiento de las mujeres y la disminución o eliminación de las desigualdades de género. El diseño de las maniobras para realizar intervenciones adecuadas debe adaptarse para encajar correctamente con el estado socioeconómico y nivel cultural de cada paciente afectada.^{7,16}

Otras opciones adicionales son la creación de programas de cribado que sean regulares y con una búsqueda intencionada de los factores de riesgo que han sido identificados en los diversos estudios hasta ahora, con marcada atención en eliminar las barreras físicas y sociales para poder facilitar el acceso a las instalaciones sanitarias. Todo esto en conjunto puede reducir significativamente la carga de morbilidad que surge como consecuencia de la mala salud mental que prevalece en las mujeres que padecen trastorno depresivo, para lo cual se deben incluir estas medidas en todas las regiones posibles, desde las más enriquecidas hasta las que se encuentren en vías de desarrollo para poder dar cobertura a toda la población que requiere de estas intervenciones.⁷

5. JUSTIFICACIÓN

Debido a la gran disparidad y mayor presencia de sintomatología depresiva en las mujeres, se despertó un interés la búsqueda de situaciones o factores que condicionen la aparición del cuadro clínico en el sexo femenino, en comparación con el resto de la población, ya sea para identificación y tratamiento del trastorno depresivo en el primer nivel de atención, así como para la mejoría en la calidad de vida, disminución de letalidad secundaria a complicaciones propias de la depresión y reducción de los años perdidos por discapacidad, con la consiguiente mejora económica y reducción de los gastos institucionales que genera el control y tratamiento de las pacientes con trastornos de ánimo.

El reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos, en particular del TDM, tiene una gran relevancia para la salud pública. Se trata de trastornos muy frecuentes que se asocian a un sufrimiento e incapacidad significativos. Los principales desafíos para el reconocimiento y diagnóstico de estos trastornos son que se manifiestan con una constelación de síntomas psicológicos, conductuales y físicos y, al mismo tiempo, se producen a menudo junto con otros trastornos médicos psiquiátricos y no psiquiátricos.

La presente investigación pretendió determinar los principales factores de riesgo del trastorno depresivo mayor para poder crear intervenciones dirigidas a disminuir o aminorar la presencia o el impacto de estos, reduciendo el riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo. Al mismo tiempo, se buscó ofrecer el seguimiento, tratamiento y/o derivación oportuna a las pacientes que lo ameritaron y fueron identificadas en la consulta de primer nivel.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, la salud mental está infravalorada ya que no se disponen de verdaderas estrategias de salud pública para aminorar la incidencia de trastornos psiquiátricos, y más específicamente, trastornos del estado de ánimo, en comparación con las campañas informativas y de difusión implementadas para las enfermedades cronicodegenerativas como diabetes mellitus o hipertensión arterial.

Si bien estas entidades afectan a una gran parte de la población, los trastornos del estado de ánimo son una epidemia que no se ha reconocido propiamente por las autoridades sanitarias y mucho menos por la población, haciendo que parezca que las alteraciones en la esfera psiquiátrica no sean consideradas por sí mismas como sintomatología de alguna enfermedad subyacente y, a su vez, impidiendo que las personas afectadas busquen atención médica.

Esto anterior va aunado a los muy conocidos prejuicios emitidos por el resto de la población cuando una persona busca ayuda por trastornos mentales, complicando aún más el panorama de cualquier paciente.

A lo largo del tiempo, la mujer se ha visto más afectada por dichas enfermedades y ha desarrollado con más frecuencia las indeseables complicaciones del trastorno depresivo, entre ellas el intento suicida.

El hecho de tener presente esta epidemia de trastorno depresivo en nuestro país puede influenciarse por diversos estímulos o eventos, sin embargo, estos se han estudiado de forma general, sin dar un verdadero valor estimado de cuánto pueden perjudicar por sí mismos a la salud mental de la mujer.

Independientemente de lo planteado, el trastorno depresivo genera incapacidad laboral, mayor desgaste, aumento de la sensación de fracaso que conllevan a deterioro de la salud general de toda persona afectada y, finalmente a aumento o aparición de sintomatología depresiva por no poder lidiar con todas las situaciones que se generan alrededor de la persona, creando un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad mental por muchos años, pues las principales personas afectadas suelen ser mujeres jóvenes

que se encuentran en edad fértil y que acumulan años de vida potencial perdida.

Es por todo lo anterior que surgió una necesidad de poder conocer o identificar de forma dirigida a aquellos factores de riesgo que tienen mayor impacto para la aparición de trastorno depresivo mayor para poder buscarlos o identificarlos desde etapas tempranas en las cuales aún no hay indicios de trastornos del estado de ánimo y poder realizar acciones para disminuir o eliminar su presencia en las pacientes con el fin de evitar la progresión a una enfermedad psiquiátrica establecida.

Ante esto, surgió la siguiente pregunta de investigación:

A. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en las mujeres de edad fértil adscritas a una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social?

B. Objetivos

Objetivo general

- Identificar los principales factores de riesgo para el desarrollo de TDM en las mujeres de edad fértil.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de los factores de riesgo que son más prevalentes en la población estudiada (comorbilidades, tabaquismo, alcoholismo, antecedente heredofamiliar, sedentarismo, uso de anticonceptivos).
- Conocer la prevalencia de TDM en las mujeres en edad fértil.

7. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los posibles factores de riesgo asociados a trastorno depresivo mayor son: presencia de comorbilidades, tabaquismo, alcoholismo, antecedente heredofamiliar, sedentarismo y uso de anticonceptivos.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Diseño de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal, comparativo y observacional en derechohabientes femeninas entre 18 a 50 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la aplicación de un cuestionario (Inventario para la Depresión de Beck, BDI) y estimación del riesgo de desarrollar TDM a pacientes de ambos turnos (matutino y vespertino).

- No experimental: dicha maniobra es natural: aplicación del cuestionario.
- Transversal: solo se hizo una medición a lo largo del tiempo (aplicación del cuestionario en un solo tiempo).
- Prolectivo: la obtención de la información se realizó simultáneamente con la ocurrencia de la maniobra y, por lo tanto, simultáneo a la ocurrencia del resultado. Se estudió el resultado del cuestionario, para valorar el riesgo que tenía la paciente de desarrollar TDM en el futuro.
- Comparativo: se determinó si hay diferencia entre el nivel de riesgo para desarrollar TDM y la presencia o no de los factores de riesgo en estudio.

B. Tamaño de muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra de acuerdo con la fórmula de eventos por variable, dado que se pretendió evaluar los factores de riesgo para TDM.

Considerando la frecuencia del desenlace de 9.2% y un total de 6 factores de riesgo, se requirió un total de 653 participantes, en las cuales se tuvieron 60 pacientes con el desenlace y permitió realizar un modelo multivariado ajustado por 6 factores de riesgo.

$$\textit{Eventos por variable} = \frac{10 * k}{\textit{frecuencia del desenlace}} = \frac{10 * 6}{0.092} = 653$$

Donde **k** es el número de factores de riesgo considerados para el estudio, en este caso se consideraron 6 factores de riesgo, con una frecuencia del desenlace de 9.2%.

C. Población de estudio

Mujeres derechohabientes de 18-50 años adscritas a la UMF No. 28.

D. Criterios de selección

i. Criterios de inclusión:

- Ser derechohabiente de la UMF No. 28.
- Mujeres de 18 a 50 años de edad.
- Que no estuvieran tomando algún medicamento psicotrópico.
- Que aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado.

ii. Criterios de exclusión:

- Pacientes con uso de regulador de los neurotransmisores o cualquier fármaco que pudiera alterar la química cerebral.
- Pacientes que iniciaron tratamiento psicotrópico.
- Pacientes embarazadas y puérperas.

iii. Criterios de eliminación:

- Pacientes que no completaron la encuesta a aplicar.

E. Variables de estudio

i. Variable dependiente: Trastorno depresivo mayor

Tipo de variable. Cualitativa.

Escala de medición. Nominal, dicotómica.

Definición conceptual. Cinco (o más) de los síntomas siguientes presentes durante dos semanas con un cambio del funcionamiento previo:

1. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
2. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
4. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
6. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
7. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. (DSM-V)

Definición operacional. Se consideró para este estudio la presencia de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer como criterios A, así como la pérdida de peso, insomnio, hipersomnia, agitación, retraso psicomotor, sentimiento de culpa o de inutilidad, disminución de la capacidad de concentración, incapacidad de toma de decisiones y pensamientos de muerte como criterios B.

El diagnóstico se hizo cuando se cumplió 1 criterio A + cuatro criterios B, durante dos semanas, descartando comorbilidades y toma de medicamentos o alguna sustancia externa.

Indicadores. Lo referido por el paciente, de acuerdo con sus respuestas en el cuestionario:

- Cumple criterios para TDM.
- No cumple criterios para TDM.

ii. Variable independiente: Factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo mayor

TABAQUISMO

Definición conceptual: Adicción al consumo de tabaco. (RAE)

Definición operacional: Cualquier consumo de cigarrillos. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. No fumadora.
2. Fumadora.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

ALCOHOLISMO

Definición conceptual: Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito. (RAE)

Definición operacional: Cualquier consumo de alcohol de forma frecuente. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. Alcoholismo presente.
2. Sin alcoholismo.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

ACTIVIDAD FÍSICA

Definición conceptual: Cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que tiene como resultado un gasto energético por encima del metabolismo basal. (Clínic Barcelona)

Definición operacional: Toda actividad de forma frecuente, coordinada y continua que se realiza por un mínimo de 150 minutos a la semana. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. Sedentaria.
2. Actividad leve (menor de 3 MET).
3. Actividad moderada (de 3 a 6 MET).
4. Actividad intensa (más de 6 MET).

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

ANTECEDENTE HEREDOFAMILIAR DE TRASTORNO DEPRESIVO

Definición conceptual: Presencia de cualquier trastorno del estado de ánimo del espectro depresivo en familiares de generaciones previas o paralelas a la del paciente en estudio. (DSM-V)

Definición operacional: Diagnóstico previo de trastorno depresivo en hermanos, padres, tíos, abuelos, aun cuando hayan recibido tratamiento. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. Sin antecedentes.
2. Con antecedentes.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

COMORBILIDADES

Definición conceptual: Presencia de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona al mismo tiempo o uno después del otro y que implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. (NIDA)

Definición operacional: Diagnóstico previo de cualquier enfermedad, aun cuando se encuentre en tratamiento. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente, con especial énfasis en hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. Sin comorbilidad.
2. Con comorbilidad.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

USO DE ANTICONCEPTIVOS

Definición conceptual: Empleo de sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. (ISEM)

Definición operacional: Uso de cualquier método anticonceptivo de tipo hormonal que lleve al menos tres meses desde su inicio. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.

Indicadores: Lo referido por la paciente:

1. No uso de anticonceptivos.
2. Uso de anticonceptivos.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

Tabla de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Indicadores	Tipo de variable y escala de medición
Trastorno depresivo mayor	Variable dependiente	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes presentes durante dos semanas con un cambio del funcionamiento previo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 2. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 4. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 6. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 7. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. <p>Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.</p> <p>Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica</p>	<p>Se consideró para este estudio la presencia de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer como criterios A, así como la pérdida de peso, insomnio, hipersomnia, agitación, retraso psicomotor, sentimiento de culpa o de inutilidad, disminución de la capacidad de concentración, incapacidad de toma de decisiones y pensamientos de muerte como criterios B.</p> <p>El diagnóstico se hizo cuando se cumplió 1 criterio A + cuatro criterios B, durante dos semanas, descartando comorbilidades y toma de medicamentos o alguna sustancia externa.</p>	<p>Lo referido por el paciente, de acuerdo con sus respuestas en el cuestionario:</p> <p>0 no cumple criterios para TDM. 1 Cumple criterios para TDM.</p>	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Actividad física	Variable independiente	<p>Cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que tiene como resultado un gasto energético por encima del metabolismo basal. (Clínic Barcelona)</p>	<p>Toda actividad de forma frecuente, coordinada y continua que se realiza por un mínimo de 150 minutos a la semana. Se consideró en este estudio lo referido por</p>	<p>Lo referido por la paciente: 0= Sedentaria. 1= Actividad leve. 2= Actividad moderada. 3= Actividad</p>	Cualitativa, ordinal.

			la paciente.	intensa.	
Alcoholismo	Variable independiente	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito. (RAE)	Cualquier consumo de alcohol de forma frecuente. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.	Lo referido por la paciente: 0= Sin alcoholismo. 1= Alcoholismo presente.	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Tabaquismo	Variable independiente	Adicción al consumo de tabaco. (RAE)	Cualquier consumo de cigarrillos. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.	Lo referido por la paciente: 0= No fumadora. 1= Fumadora.	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Antecedente familiar de trastorno depresivo	Variable independiente	Presencia de cualquier trastorno del estado de ánimo del espectro depresivo en familiares de generaciones previas o paralelas a la del paciente en estudio. (DSM-V)	Diagnóstico previo de trastorno depresivo en hermanos, padres, tíos, abuelos, aun cuando hayan recibido tratamiento.	Lo referido por la paciente: 0= Sin antecedentes. 1= Con antecedentes.	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Comorbilidades	Variable independiente	Presencia de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona al mismo tiempo o uno después del otro y que implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. (NIDA)	Diagnóstico previo de cualquier enfermedad, aun cuando se encuentre en tratamiento. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente, con especial énfasis en hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus.	Lo referido por la paciente: 0= Sin comorbilidad. 1= Con comorbilidad.	Cualitativa, nominal, dicotómica.
Uso de anticonceptivos	Variable independiente	Empleo de sustancias, objetos o procedimientos que evitan que la mujer quede embarazada. (ISEM)	Uso de cualquier método anticonceptivo de tipo hormonal que lleve al menos tres meses desde su inicio. Se consideró en este estudio lo referido por la paciente.	Lo referido por la paciente: 0= No uso de anticonceptivos. 1= Uso de anticonceptivos.	Cualitativa, nominal, dicotómica.

F. Estrategia de estudio

Se le invitó a la paciente a participar de manera voluntaria en el estudio observacional “Identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en las mujeres de edad fértil adscritas a una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social”, que consistió en recoger información mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, con obtención previa del consentimiento informado de la paciente.

G. Intervención

Las pacientes fueron captadas en los servicios siguientes: consulta externa de medicina familiar, planificación familiar, medicina preventiva, urgencias, así como en la sala de espera de dichos servicios, con previo cumplimiento de los criterios de selección.

Durante la evaluación se aplicó el Inventario de Depresión de Beck con tiempo estimado de 10 minutos para su respuesta. Se permaneció en todo momento acompañando a la paciente para ofrecer ayuda y orientación en caso de presentar dudas al responder el instrumento y para cualquier situación extraordinaria que sucediera durante su participación en el estudio.

Posteriormente a la resolución completa del cuestionario, se realizó la sumatoria del puntaje obtenido de acuerdo con cada ítem y se informó a la paciente el resultado de forma verbal, clasificándolo de la siguiente forma: 0 a 9 puntos depresión mínima, 10 a 16 puntos depresión leve, 17 a 29 puntos depresión moderada, 30 a 63 puntos depresión severa. En caso de obtener puntaje igual o mayor a 10 se informó al médico o personal de salud tratante para su adecuada valoración y, en caso de ser necesario, inicio de tratamiento con seguimiento posterior, con el fin de evitar la progresión del cuadro depresivo y prevenir las complicaciones.

H. Recolección de los datos

Posterior a la aplicación de la maniobra (aplicación del Inventario de Depresión de Beck), se recolectaron los datos en una base de datos en el software Excel para realizar el análisis estadístico mediante determinación de frecuencias y porcentajes, así como cálculo de OR, IC 95% para determinar los factores de riesgo asociados al trastorno depresivo.

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI), es el instrumento autoaplicado más empleado a nivel mundial para evaluar los síntomas depresivos en poblaciones sanas. Los estudios realizados en los últimos 10 años sobre los cuestionarios de síntomas depresivos reportan que el BDI se encuentra entre las pruebas más usadas. De igual forma, muchos estudios han expuesto que el BDI es el instrumento más probado a nivel mundial para detectar sujetos con sintomatología depresiva subclínica.

El BDI no necesita pruebas o exámenes auxiliares, sino solo contestar preguntas de fácil identificación por la gran parte de la población, incluyendo sintomatología en forma de afirmaciones para que la paciente pueda elegir la que más se acerque a su sentimiento en las últimas dos semanas y a partir de ello revelar trastorno depresivo y clasificarlo por

gravedad, por lo que resulta una prueba diagnóstica de bajo costo.

De acuerdo con el puntaje obtenido se obtuvo un grado de afección del trastorno depresivo, siendo de 0 a 9 puntos depresión mínima, 10 a 16 puntos depresión leve, 17 a 29 puntos depresión moderada, 30 a 63 puntos depresión severa. Con base en los resultados obtenidos de cada paciente se clasificó a las participantes de acuerdo con el puntaje y grado de depresión correspondiente.

I. Maniobras para evitar sesgos

- **Sesgo de detección:** la identificación de factores de riesgo se realizó con una encuesta estandarizada, validada y con las mismas preguntas para todos los participantes.
- **Sesgo de ejecución:** la determinación de la maniobra se llevó a cabo mediante un instrumento que se encuentra validado en población mexicana, con alta sensibilidad y especificidad.
- **Sesgo de ensamble inadecuado:** la población elegida para este estudio es población femenina, que por sí misma constituye un factor de riesgo, en el rango de edad en el que existe mayor presencia de factores de riesgo de presentar TDM.
- **Sesgo de susceptibilidad pronóstica:** para evitar este sesgo se compararon las características generales de la población de acuerdo con el riesgo para desarrollar TDM, aquellas variables significativas fueron incluidas en el análisis multivariado.
- **Sesgo de transferencia:** dado que es un estudio transversal no existió riesgo de pérdida de potenciales participantes.

J. Análisis estadístico

Para conocer las características generales de la población se utilizó estadística descriptiva.

Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Para las variables cuantitativas se determinó el tipo de distribución, de acuerdo con el tipo de distribución se definió la medida de tendencia central y resumen.

Para variables con distribución normal se calculó media y DE y para variables con libre distribución mediana y rango intercuartil.

Se calcularon OR, IC 95% para determinar los factores de riesgo asociados, se elaboraron tablas cruzadas, se utilizó X². Se realizó un modelo de regresión logística multivariado considerando los siguientes factores de riesgo: presencia de comorbilidades, tabaquismo, alcoholismo, antecedente heredofamiliar, sedentarismo y uso de anticonceptivos, se calculó el OR y sus IC 95%. Se realizó un Forest Plot para resumir la información.

K. Aspectos éticos

En México se dispone de la Norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. La Norma Oficial mexicana NOM-012-SSA2-2012 define que quienes realizan investigación para la salud en seres humanos deberán adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican a la investigación médica que se encuentra en los instrumentos internacionales universalmente aceptados y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

Los documentos internacionalmente aceptados son la Declaración de Helsinki, preparada por la Asociación Médica Mundial, el Informe Belmont y las Pautas éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

Este estudio se apegó a las consideraciones de los principios de investigación médica, establecidos en Helsinki en 1975 enmendados en Edimburgo en el año 2000 y su última

revisión en Fortaleza, Brasil en octubre de 2013. A los “Principios éticos y Directrices Para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación” contenidos en el informe Belmont, publicados en 1976. A las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” que publica el congreso de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS en 2011, así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, última reforma publicada DOF 02-04-2014, en el mismo rubro y a la Norma que establece Las Disposiciones Para la Investigación En Salud En El Instituto Mexicano Del Seguro Social. Clave: 2000-001-009 y su última actualización el 29 de septiembre del 2017. Se solicitó autorización de la Comisión Local de Investigación de la Unidad De Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano Del Seguro Social a través de su plataforma en línea SIRELCIS.

Para evaluar el grado de riesgo de la presente investigación, es importante señalar que, para definirlo, en México debe aludirse al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. La presente investigación se estratificó como ***Investigación con riesgo mínimo***.

Se obtuvieron datos mediante aplicación de una encuesta validada en la cual las respuestas son de opción múltiple, se tomó registro de cada respuesta del paciente, sin posibilidad de riesgo durante la aplicación del instrumento.

Por otra parte, referente a los principios éticos universales, generalmente aceptados en la ética de la investigación con humanos que se encuentran plasmados en todos los códigos de ética, los cuales se cumplen en esta investigación.

-Respeto a las personas: los individuos fueron tratados como agentes autónomos y las personas con autonomía disminuida tuvieron derecho a protección adicional. Para esto se les dio a los participantes un consentimiento informado donde se explica de forma breve y en lenguaje sencillo el objetivo y los procedimientos a realizar en la investigación y en caso de aceptar participar, colocaron su firma, pero podían abandonar la investigación en el momento en que ellos lo decidieran.

Para definir si nuestra investigación fue ética, nos aseguramos de que la intervención fuera valiosa para la población en estudio. Por lo que surgió la siguiente interrogante: ¿el conocimiento que se obtuvo fue de utilidad en la práctica clínica? La respuesta fue sí.

Para cumplir con lo anterior, nuestro proyecto se llevó a cabo con rigor metodológico basado desde la población de estudio con base a los criterios de selección y la obtención de mediciones estandarizadas, con instrumentos validados, así como tamaño de muestra suficiente que nos permitió responder la pregunta de investigación.

Todos los participantes debieron firmar un consentimiento informado, el cual, tuvo dos finalidades:

1. Confirmar que los individuos controlaran si participaban o no en nuestra investigación clínica.
2. Asegurar que los individuos fueran informados con precisión del objetivo, métodos, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación; que hubieran comprendido esta información y su relación con su propia situación clínica; y que tomaran una decisión voluntaria y sin coacción si deseaban participar.

Cabe mencionar también, que los participantes y potenciales participantes fueron tratados con respeto desde el momento en que fueron invitados (incluso si se negaban), a lo largo del estudio e incluso después de que terminó su participación en él. Tal cual, se estableció en los puntos ya mencionados.

El proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de ética e investigación y no se llevó a cabo hasta que se tuvo un número de registro.

Así mismo, el protocolo se apega al “Código de Núremberg” Normas éticas sobre experimentación en seres humanos:

- 1) Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- 2) El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios del estudio y de la naturaleza que excluya el azar.

- 3) Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- 4) El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- 5) Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones *a priori* para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- 6) El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resultado por el experimento.
- 7) Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- 8) El experimento debe de ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- 9) Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener la libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuar.

L. Factibilidad del estudio: Recursos, financiamiento y factibilidad

Este estudio fue factible ya que se contó con los recursos y requerimientos para llevarlo a la práctica.

1. Recursos humanos.

- Médico residente en Medicina Familiar: Arguello Aguirre Jorge en formación.
 - Investigador responsable: Ramírez Alarcón Ivonne.
 - Investigador asociado: Roy García Ivonne Analí.
2. Factibilidad. Se tuvo el tamaño de población suficiente para poder obtener el tamaño de muestra.
 3. Recursos físicos y materiales.
 - Computadora PC.
 - Internet.
 - Material de escritura y de impresión.
 - Memorias de almacenamiento externo USB.
 4. Financiamiento: Los gastos del presente estudio fueron sustentados en su totalidad por el alumno investigador. Los investigadores no presentaron conflicto de intereses para la cobertura de los gastos.
 5. Factibilidad: Este estudio fue factible ya que se contó con el apoyo de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, tanto de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar 28, así como de la participación de los médicos que laboran en la misma para poder realizar esta investigación.

M. Recursos económicos

RECURSO	COSTO	CANTIDAD	TOTAL
LÁPICES	5	10	50.00
COMPUTADORA	1	10,000	10,000
HOJAS TAMAÑO CARTA	0.25	500	125.00
ASESORÍAS	500	10	5,000
TIEMPO DEDICADO DEL ALUMNO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO	100	HRS POR MES	N/A

GOMA	3	5	15.00
TÓNER	500	1	500.00
MEMORIA USB 64 GB	200	1	200.00
INTERNET	300 POR MES	12	3,600.00
TOTAL			\$19,490.00

N. CONFLICTO DE INTERESES

El grupo de investigadores no recibió financiamiento externo y no se encontró en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

9. RESULTADOS

Se incluyó un total de 665 pacientes. A continuación, se describen las características generales de la población estudiada. Se observa que el nivel educativo predominante es la educación mayor de la básica. En cuanto a estado civil predominaron las mujeres solteras, seguidas de las casadas. La mayoría de las pacientes en este estudio fueron empleadas y con presencia de comorbilidades. Más de la mitad de estas mujeres negaron antecedentes de enfermedades del estado de ánimo en familiares de primer grado y no utilizaron métodos anticonceptivos del tipo hormonales orales. En cuanto a toxicomanías predominaron las pacientes que no consumen tabaco ni alcohol, pero de igual forma, son mayoría las que no realizan algún tipo de actividad física de forma regular. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Características generales de la población

Total	n= 665	
Edad (años), RIC	26 (18, 33)	
Escolaridad, no. %		
Básica	256	38.50
Mayor de básica	409	61.50
Estado civil, no. %		
Soltera	250	37.59
Casada	198	29.77
Unión libre	154	23.16
Viuda	32	4.81
Divorciada	31	4.66
Ocupación, no. %		
Empleada	443	66.62
Ama de casa	68	10.23
Pensionada o jubilada	50	7.52
Desempleada	104	15.64
Comorbilidades, no. %		
Presentes	498	74.89
Ausentes	167	25.11
Antecedente heredofamiliar de depresión, no. %		
Si	187	28.12
No	478	71.88
Uso de anticonceptivos, no. %		
Si	124	18.65
No	541	81.35

Tabaquismo, no. %		
Si	184	27.67
No	481	72.33
Alcoholismo, no. %		
Si	140	21.05
No	525	78.95
Actividad física, no. %		
Si	173	26.02
No	492	73.98

En el cuadro 2 se muestra una comparación de las diferentes variables de estudio de acuerdo con la presencia de depresión. No se encontraron diferencias significativas en las variables analizadas. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Características demográficas y clínicas de las pacientes con depresión

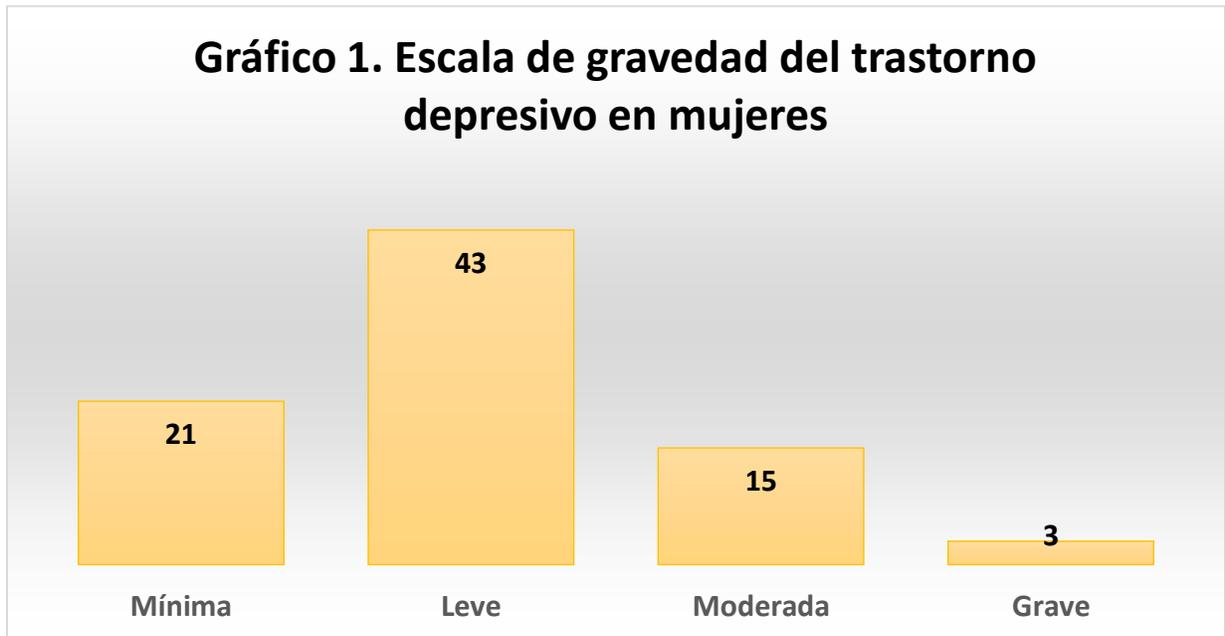
Factor de riesgo	Con depresión n=82	Sin depresión n=583	p
Edad (años)	27 (21.7,31)	27 (22, 30)	0.92**
Escolaridad			
Básica	33 (12.9 %)	223 (87.1%)	0.72*
Mayor de básica	49 (12 %)	360 (88 %)	
Estado civil			
Soltera	30 (12 %)	220 (88 %)	0.49
Casada	28 (14.1 %)	170 (85.9 %)	
Unión libre	16 (10.4%)	138 (89.6%)	
Viuda	6 (18.8%)	26 (81.3%)	
Divorciada	2 (6.5%)	29 (93.5%)	
Ocupación			
Empleada	59 (13.3%)	384 (86.7%)	0.53
Ama de casa	5 (7.4%)	63 (92.6%)	
Pensionada o jubilada	5 (10%)	45 (90%)	
Desempleada	13 (12.5%)	91 (87.5%)	
Comorbilidades			
Presentes	65 (13.1%)	433 (86.9%)	0.32
Ausentes	17 (10.2%)	150 (89.8%)	
Antecedente heredofamiliar de depresión			
Si	17 (9.1%)	170 (90.9%)	0.11
No	65 (13.6%)	413 (86.4%)	
Uso de anticonceptivos			
Si	14 (11.3%)	110 (88.7%)	0.69
No	68 (12.6%)	473 (87.4%)	
Tabaquismo			

Si	25 (13.6%)	159 (86.4%)	0.54
No	57 (11.9%)	424 (88.1%)	
Alcoholismo			
Si	24 (17.1%)	116 (82.9%)	0.51
No	58 (11%)	467 (89%)	
Actividad física			
Si	22 (12.7%)	151 (87.3%)	0.85
No	60 (12.2%)	432 (87.8%)	

* Chi Cuadrada

** Prueba U de Mann-Whitney

De todas las pacientes en quien se aplicó el instrumento, el porcentaje de mujeres con depresión fue del 12.33%. Cabe destacar que con el inventario de Beck se pudieron encontrar los grados de severidad del cuadro depresivo encontrado en cada paciente; de esta forma se muestra que la depresión mínima se encuentra en un 25.6%, la depresión leve en 52.44%, la depresión moderada un 18.29% y la depresión grave en un 3.66%. (Ver gráfico 1)



Cuadro 3. Factores de riesgo para depresión. OR sin ajuste

Factor de riesgo	Con depresión (n=82)	Sin depresión (n=583)	OR	IC
Edad (años)	27 (21.7,31)	27 (22, 30)	1.003	(0.95,1.05)

Escolaridad

Básica	33 (12.9 %)	223 (87.1%)	1.087	(0.67,1.74)
Mayor de básica	49 (12 %)	360 (88 %)	1.00	Referencia

Estado civil				
Sin pareja	38 (12.4 %)	275 (87.6%)	0.72	(0.27,1.89)
Con pareja	44 (12.25 %)	308 (87.75 %)	1.00	Referencia
Ocupación				
Desempleada	23 (9.96%)	199 (90.7%)	0.61	(0.32,2.37)
Empleada	59 (13.3%)	384 (86.7%)	1.00	Referencia
Comorbilidades				
Presentes	65 (13.1%)	433 (86.9%)	1.325	(0.75,2.33)
Ausentes	17 (10.2%)	150 (89.8%)	1.00	Referencia
Antecedente heredofamiliar de depresion				
Si	17 (9.1%)	170 (90.9%)	0.635	(0.362,1.11)
No	65 (13.6%)	413 (86.4%)	1.00	Referencia
Uso de anticonceptivos				
Si	14 (11.3%)	110 (88.7%)	0.88	(0.48,1.63)
No	68 (12.6%)	473 (87.4%)	1.00	Referencia
Tabaquismo				
Si	25 (13.6%)	159 (86.4%)	1.17	(0.70,1.93)
No	57 (11.9%)	424 (88.1%)	1.00	Referencia
Alcoholismo				
Si	24 (17.1%)	116 (82.9%)	1.66	(0.99,2.79)
No	58 (11%)	467 (89%)	1.00	Referencia
Actividad fisica				
Si	22 (12.7%)	151 (87.3%)	1.049	(0.622,1.769)
No	60 (12.2%)	432 (87.8%)	1.00	Referencia

* Chi Cuadrada

** Prueba U de Mann-Whitney

Al evaluar los riesgos para cada probable factor asociado al desarrollo de trastorno depresivo solo se observó tendencia de dos de las variables las cuales fueron el antecedente heredofamiliar de depresión con un OR 0.63 (IC 95% 0.36, 1,11) y el alcoholismo con OR 1.66 (IC 95% 0.99,2.79), haciendo que estos factores pudieran tener relevancia clínica para poder relacionarlos con la presencia de depresión en la población estudiada. (Ver cuadro 3)

10. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo conocer la prevalencia de trastorno depresivo en las mujeres de edad fértil y llevar a cabo la identificación de los factores asociados para el desarrollo de este, así como conocer los grados de severidad presentes en las

pacientes estudiadas.

Los resultados conseguidos nos muestran la prevalencia de depresión de un 12.33% que se asemeja a lo referido por investigaciones previas reportadas de un 9.2% (Wagner Fernando, et al, 2012), sin embargo, el porcentaje mayor en nuestro estudio se puede deber a un aumento de la frecuencia del trastorno secundario a factores como urbanización, estrés, hábitos de sueño y alimentación deficientes.

Si se analiza la gravedad del cuadro depresivo nos encontramos con que la depresión mínima se encuentra en un 25.6%, la depresión leve en 52.44%, la depresión moderada un 18.29% y la depresión grave en un 3.66%, lo cual es diferente a los resultados publicados por la médico María Lourdes Domínguez López (Domínguez López, 2021), ya que ella reportó depresión leve del 7.5%, moderada del 32.5%, y severa 7.5%, cabe destacar que en este estudio no menciona la depresión mínima que se incluye en el inventario de Beck utilizado en nuestro estudio, siendo esta discrepancia una de las causas de la desigualdad de los resultados. Otras de las causas pueden ser la población a la que se enfocó nuestro estudio, ya que el rango de edad fue desde los 18 a los 35 años y se incluyeron pacientes con variables consideradas como factor de riesgo para el desarrollo de patología depresiva, incrementando la probabilidad de que cualquier persona incluida en el estudio tuviera depresión.

Al analizar los factores de riesgo posiblemente asociados y reportados en la literatura no se encontró ninguno con el suficiente poder estadístico para ser considerado como significativo, sin embargo, los factores como antecedente heredofamiliar de depresión y alcoholismo muestran una tendencia para el desarrollo de depresión. Para el antecedente heredofamiliar de depresión tiene un OR de 0.63 con un IC 95% de 0.36, 1,11, lo cual sugiere que el tener un familiar de primer grado con diagnóstico establecido de depresión aumenta el riesgo de presentar la entidad en el paciente estudiado. Para las toxicomanías, específicamente el alcoholismo, se obtuvo un OR de 1.66 con IC 95% 0.99,2.79, esto indica que el consumo habitual de alcohol se relaciona con el desarrollo de trastorno depresivo en las pacientes de edad fértil, tales como las que se incluyeron en este estudio, pero no se puede obtener con los datos recolectados en este estudio la

cantidad o frecuencia a partir de la cual se aumente el riesgo para presentar la depresión en cualquiera de sus grados.

Estos resultados mencionados tienen congruencia con los estudios que han incluido el antecedente heredofamiliar de depresión (Gaviria, 2009; Kuehner, 2016; Parker, 2010), pues en todos ellos se ha estudiado el antecedente y se ha visto algún grado de asociación para trastorno depresivo. Uno de estos estudios en específico mostró un aumento de hasta un 40% en el riesgo de depresión en la mujer (Kuehner, 2016). Se han planteado diversas teorías por las que se considera un factor causal dentro de las cuales la más evaluada es la búsqueda de genes de susceptibilidad, aunque aún no se han identificado genes que alteren el riesgo de depresión, pero si se ha encontrado un polimorfismo en la región ligada al transportador de serotonina lo que reduce la función y esto se traduce en que los portadores del alelo corto son particularmente susceptibles a desarrollar depresión en respuesta al estrés ambiental (Sharpley, et al, 2014).

Por otra parte, no existen estudios que incluyan propiamente una relación causal directa entre el riesgo de trastorno depresivo y consumo de sustancias, en específico el alcohol. Se tiene un único estudio en el que se evaluó el impacto del abuso de alcohol en la vida de las mujeres, dentro de las posibles consecuencias se encontró el trastorno depresivo (Wilsnack, 2014), pero no se obtuvieron frecuencias ni porcentajes en dicho estudio para poder considerar al alcoholismo como factor de riesgo establecido. Se ha propuesto en una encuesta canadiense que el consumo de ocho o más tragos por día tiene relación con consecuencias nocivas para la salud dentro de las cuales se incluye la depresión, pero no se identificó asociación estadística ya que el diseño de la encuesta no tiene ese objetivo, a diferencia de nuestro estudio (Strine et al. 2008). Por último, varios estudios mencionan una asociación inversa en la cual la presencia de trastorno depresivo conduce a abuso de sustancias, una de las principales el alcohol junto con el tabaco.

Limitaciones

Por el diseño transversal del presente estudio sólo se pudo realizar una medición en el tiempo, sin saber si algunos de los factores estudiados a largo plazo o con mayor tiempo de exposición hubieran sido relevantes para desarrollar el trastorno depresivo. De igual

forma esto podría ayudar a determinar las interacciones entre los diversos factores para saber si entre ellos existe cierto tipo de sinergia en el desarrollo del trastorno, por ejemplo, alcoholismo y estado civil sin pareja.

Otra de las limitaciones fue el no considerar la presencia de otros factores de riesgo existentes en la mujer encuestada que no fueran el objetivo del presente estudio, pero que se han visto como relacionados en la presencia de depresión, tales como alteraciones hormonales, uso de anticonceptivos, otros trastornos psiquiátricos como ansiedad y malos hábitos de sueño, entre otros (Sassarini, 2016).

Por último, la mayor limitación que puede ser mejorada en futuros estudios es el tamaño de muestra, ya que el manejado en el presente estudio no fue suficiente por la prevalencia encontrada, así como faltó poder estadístico para los factores: antecedente heredofamiliar de depresión y alcoholismo y por esto es que no fueron factores significativos por sí mismos, a pesar de mostrar tendencia para riesgo de depresión.

Con estos resultados, se obtiene información que puede ayudar para la prevención de la depresión. Si bien el antecedente heredofamiliar no es modificable, puede permitir una identificación oportuna; se deben de introducir herramientas de tamizaje para las mujeres con este antecedente. En cuanto al alcoholismo, que es un factor modificable y que se puede manejar desde el campo del primer nivel de atención con un equipo multidisciplinario mediante la identificación de los casos desde el inicio del consumo hasta evitar que se lleguen a conductas de abuso, evitando además las otras consecuencias nocivas que conlleva el consumo excesivo del alcohol.

Dichas limitaciones pueden corregirse en futuros estudios con aumento del tamaño de la muestra para aumentar el poder estadístico de las variables con tendencia al desarrollo de depresión. De igual forma pueden considerarse más variables como factor de riesgo y poder valorar sus diferentes interacciones para identificar las que tienen mayor relevancia como factor de riesgo y poder crear estrategias para aminorarlas o evitarlas.

Aportaciones del trabajo

El presente trabajo estudió diversos factores de riesgo que se mencionan en diversos

estudios como probables contribuyentes para desarrollar trastorno depresivo (Patel et al, 2006, Lecrubier, 2001, De Castro, 2015), pero que no se han podido relacionar concretamente como factores propiamente de la depresión, por ello la relevancia de poder incluirlos en un estudio y saber si la interacción de estos o cada uno pueden ayudar a padecer depresión.

También se examinó a un grupo etario amplio desde los 18 hasta los 35 años, incluyendo a toda la etapa reproductiva de la mujer, a diferencia de la mayoría de los estudios existentes que se enfocan en las mujeres puérperas o en la perimenopausia donde se encuentran con alteraciones hormonales que pueden crear sesgos en la detección de casos de depresión (Hammen et al, 2010, Shansky, 2009). Es necesario mencionar que no se dispone de muchos estudios realizados en la población mexicana, por ello la importancia de considerar este estudio con las características propias de nuestra población (Anwar et al, 2011, Soares et al, 2001).

11. CONCLUSIÓN

Se puede observar en los resultados la prevalencia de depresión que se encontró en las mujeres estudiadas fue del 12.33%, de las cuales la depresión mínima representa 25.6%, la depresión leve 52.44%, la depresión moderada 18.29% y la depresión grave 3.66%.

Con relación a los factores de riesgo para desarrollo de depresión no se encontraron relaciones significativas entre las variables estudiadas y la presencia de la enfermedad que pudieran establecer una relación directa con esta, sin embargo, dos factores mostraron tendencia a aumentar el riesgo, los cuales son el alcoholismo y el antecedente heredofamiliar de depresión ya que las mujeres que tenían alguno de estos dos factores mostraron mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

El resto de las variables involucradas no mostraron relación ni relevancia para ser un factor de riesgo en la patología psiquiátrica en este estudio.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de las Mujeres. Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Centro de Documentación INMUJERES. 2016; 1(1):1-16.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Rodríguez Baeza AK, May Novelo LJ, Carrillo Basulto MB. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev Enferm IMSS. 2017; 25(3):181-188.
4. Hammen C, Brennan PA, Keenan Miller D, Hazel NA, Najman JM. Chronic and acute stress, gender, and serotonin transporter gene–environment interactions predicting depression symptoms in youth. J Child Psychol Psychiatr. 2010; 51(2):180-7.
5. Shansky RM. Estrogen, stress and the brain: progress toward unraveling gender discrepancies in major depressive disorder. Expert Rev Neurother. 2009; 9(7):967-73.
6. Farmer A, Korszun A, Michael J, Gray J, Jones I, Jones L. Medical disorders in people with recurrent depression. Br J Psychiatr. 2008; 192(1):351-5.
7. Velázquez EC, Lino M. Depresión, el trastorno mental que será la primera causa de discapacidad en México para 2020. Newsweek Esp. 2018; 30(1):12-22.
8. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. Aust N Z J Psychiatry. 2000; 34(6):1022-9.
9. Wells KB, Stewart A, Hays RD. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA. 1989; 262(7):914-919.
10. Sartorius N. The economic and social burden of depression. J Clin Psychiatry.

2001; 62(15):8-11.

11. Greenberg PE, Leong SA, Birnbaum HG. Cost of depression: current assessment and future directions. *Exp Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2001; 1(1):69-76.
12. Simon GE, Von Korff M, Barlow W. Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(10):850-6.
13. Ormel J, Von Korff M, Ustun TB. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA.* 1994; 272(22):1741-8.
14. Tylee A, Gastpar M, Lepine JP. DEPRES II [Depression Research in European Society II]: a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999; 14(3):139-51.
15. Anwar J, Mpofo E, Matthews LR, Shadoul AF, Brock KE. Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. *BMC Public Health.* 2011; 30:511-23.
16. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women: Population-based longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry.* 2006; 189(6):547-555.
17. Khan A. Mobility of women and access to health and family planning services in Pakistan. *Reproductive Health Matters.* 1999; 7(14):39-48.
18. Frasure-Smith N, Lesperance F. Recent evidence linking coronary heart disease depression. *Can J Psychiatry.* 2006; 51(12):730-7.
19. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med.* 1999; 61(1):6-17.

20. Lecrubier Y. Prescribing patterns for depression and anxiety world-wide. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(13):31-6.
21. Soares CN, Almeida OP, Joffe H, Cohen LS. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatr*. 2001; 58(6):529-34.
22. De Castro F, Place JM, Villalobos A. Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. *Salud Publica Mex*. 2015; 57(2):144-154.
23. Autry AE, Adachi M, Cheng P, Monteggia LM. Gender-specific impact of brain-derived neurotrophic factor signaling on stress-induced depression-like behavior. *Biol Psychiatr*. 2009; 66(1):84-90.
24. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES [Depression Research in European Society]. *Int Clin Psychopharmacol*. 1997; 12(1):19-29.
25. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960; 23(1):56-62.
26. Lightfoot S, Oliver JM. The Beck Inventory: Psychometric properties in university students. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49(4):434-436.
27. Piotrowski C. Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*. 1996; 79(1):873-874.
28. Ruiz JA, Bermúdez J. Consideraciones en torno al Beck Depression Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Psychological Assessment*. 1989; 5(3):255-272.
29. Hamilton M. Rating depressive patients. *J Clin Psychiatry*. 1980; 41(12):21-4.
30. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner

GI, et al. Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(9):1445-52.

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título: “IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

Arguello Aguirre J.¹, Ramírez Alarcón I.², Roy García I.A.³ Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar¹, Médico Familiar UMF 28², Coordinadora de Programas médicos CMN S XXI³:

Actividad	MES																											
	2021												2022												2023			
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
Planeación del proyecto																												
Marco Teórico																												
Material y métodos																												
Incorporación al SIRELCIS																												
Autorización de protocolo																												
Ejecución y recolección de datos																												
Análisis de datos																												
Descripción de resultados																												
Conclusiones																												
Integración y revisión final																												
Impresión del trabajo																												
Difusión de resultados																												
REALIZADO																												

ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
<p align="center">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
Nombre del estudio:	"Identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en las mujeres de edad fértil adscritas a una unidad de primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social"
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gabriel Mancera No. 800, esquina San Borja entre Eje 6 Sur. Colonia del Valle, CP: 03100, CDMX. Ciudad de México, octubre 2021.
Número de registro:	R-2021-3703-152
Justificación y objetivo del estudio:	El estado de ánimo decaído con tristeza continua y persistente afecta a 9 de cada 100 mujeres en México. Esta cifra es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, esto a causa de diversos factores de riesgo que se han asociado con el género, entre ellos se encuentran desde la ocupación y escolaridad, así como el consumo de tabaco, alcohol o antecedentes familiares. Poder realizar un diagnóstico temprano, permite evitar el desarrollo de esta sintomatología, así como sus complicaciones, entre las cuales destacan intentos de suicidio y lesiones hacia uno mismo. El objetivo del presente estudio es identificar estos factores en mujeres jóvenes para poder realizar medidas, lograr un diagnóstico oportuno y así evitar el desarrollo de enfermedades que alteren el estado de ánimo, tales como el trastorno depresivo.
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación para contestar unas preguntas que evalúan alteraciones de mi estado de ánimo, así como los factores de riesgo que pudiera tener para desarrollar dichas alteraciones. Estas preguntas me tomarán un tiempo aproximado de 10 minutos. Posteriormente, se me informarán los resultados para que, junto con mi médico familiar, se logren establecer medidas o intervenciones para reducir el desarrollo de síntomas depresivos o enfermedades relacionadas con estos.
Posibles riesgos y molestias:	Se me informa que este proyecto de investigación requiere de un tiempo de 10 minutos para contestar una serie de preguntas y que durante la respuesta a estas preguntas podría experimentar incomodidad, tener recuerdos o sentimientos de tristeza, llanto o, en casos extremos, pensamientos de muerte o suicidio durante la colaboración al contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que el beneficio de esta investigación es identificar si en este momento padezco alguna alteración de mi estado de ánimo, para que, en conjunto con mi médico familiar, se implementen intervenciones, cambios en mi estilo de vida o, incluso, iniciar tratamiento, si fuera necesario para controlar los síntomas, disminuir el riesgo de complicaciones y ayudar a mejorar mi calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me expresará si se me detecta alguna de las alteraciones del estado de ánimo y se informará a mi médico familiar para iniciar modificaciones en mi estilo de vida, evitar factores que predispongan o aumenten los síntomas y prescribir tratamiento, asimismo para poder llevar un seguimiento.
Participación o retiro:	Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en el momento que yo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	A los usuarios que se detecten con factores de riesgo para trastornos del estado de ánimo se les orientará acerca de cómo poder evitarlos o modificarlos y se le informará a su médico familiar para poder realizar seguimiento de estas condiciones y poder canalizar a servicios auxiliares que ayuden a evitar el desarrollo de enfermedades del estado de ánimo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ivonne Ramírez Alarcón. E-mail: dra_ivonne_ramirez@outlook.com. Médico Familiar UMF 28. Tel: 5518375558
Investigador asociado:	Ivonne Analí Roy García. E-mail: ivonne3316@gmail.com Coordinadora de Programas Médicos CMN SXXI. Tel: 56276900 Ext: 21156
Colaboradores:	Arguello Aguirre Jorge, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matricula 97379754, Tel: 5549398453. E-mail: jorgeturbo1996@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 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
<p align="center">_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p align="center"><u>ARGUELLO AGUIRRE JORGE</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p align="center">_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p align="center">_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>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.</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
Título: “IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”		
Arguello Aguirre J. ¹ , Ramírez Alarcón I. ² , Roy García I.A. ³ Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar ¹ , Médico Familiar UMF 28 ² , Coordinadora de Programas médicos CMN S XXI ³ .		
Instrumento: Inventario de Depresión de Beck (BDI)		
Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy . Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.		
1. Tristeza	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	Folio: _____ Consultorio: _____ Turno: _____ Edad: _____ años Escolaridad: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad (Grado) 6. Posgrado Edo. Civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre Ocupación: _____ ¿Padece alguna enfermedad? _____ ¿Cuál y desde hace cuánto? _____
2. Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	
3. Fracaso	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	
4. Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
5. Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	
6. Sentimientos de castigo	0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.	
7. Disconformidad con uno mismo	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.	
8. Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	
9. Pensamientos o deseos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
10. Llanto	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11. Agitación	0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	
12. Pérdida de interés	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.	
13. Indecisión	0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	

14.Desvalorización	0 No siento que yo no sea valioso 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.	<p>¿En su familia alguien ha tenido alteraciones del estado de ánimo como ansiedad o depresión? _____</p> <p>¿Quién? _____</p> <p>¿Anteriormente usted había tenido alteraciones del estado de ánimo como ansiedad o depresión? _____</p> <p>¿Hace cuánto? _____</p> <p>¿Recibió algún tratamiento? _____</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>¿Usa algún método anticonceptivo? _____</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>¿Hace cuánto lo inició? _____</p> <p>¿Usaba otro antes? _____</p> <p>¿Fuma? _____</p> <p>¿Desde cuándo? _____</p> <p>¿Cuántos a la semana? _____</p> <p>¿Ingiere alcohol? _____</p> <p>¿Desde cuándo? _____</p> <p>¿Cuánto a la semana? _____</p> <p>¿Realiza actividad física? _____</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>¿Cuántos días a la semana? _____</p> <p>¿Cuánto tiempo? _____</p>
15.Pérdida de energía	0 Tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada	
16.Cambios en los hábitos de sueño	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	
17.Irritabilidad	0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.	
18.Cambios en el apetito	0No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.	
19.Dificultad de concentración	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	
20.Cansancio o fatiga	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	
21.Pérdida de interés en el sexo	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo	
PUNTAJE TOTAL		
INTERPRETACIÓN		

ANEXO 4. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud



"2021, Año de la Independencia "

Ciudad de México, a 12 de octubre de 2021

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
O.O.A.D. D.F. Sur

P R E S E N T E

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL ADSCRITAS A UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL" en esta Unidad a mi cargo, bajo la responsabilidad del investigador principal Dra. Ivonne Ramírez Alarcón, Matricula: 97370306, Médico Familiar adscrita a la UMF 28 "Gabriel Mancera" y colaboradores, Dra. Ivonne Analí Roy García, Matricula: 99377372 y el médico residente de primer año Jorge Arguello Aguirre, Matricula: 97379754.

El presente protocolo tiene como objetivo la aplicación de encuestas sobre sintomatología depresiva, así como de condiciones que pudieran ser factores de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo mayor para poder identificar a las pacientes con dichos factores y poder realizar intervenciones o medidas que reduzcan o eliminen dichos factores, a fin de evitar el desarrollo de enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de las personas.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:

Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez
Directora UMF 28 "Gabriel Mancera"



IMSS
U.M.F. No. 28
DIRECCIÓN