



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO, EN LA UMF No. 28  
DEL IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II”

**TESIS PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

DR. JOSE MANUEL LUNA RODRÍGUEZ

**ASESOR**

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ  
**PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”.**

**MEXICO D.F. 2011**

**NUM DE REGISTRO: R-2011-3609-14**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FIRMAS DE AUTORIDADES.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”.**

---

**DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ.  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”.**

---

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO.  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
“GABRIEL MANCERA”.**

---

**DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ.  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”.**



**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO, EN LA UMF No. 28  
DEL IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II”**

---

**DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ.  
ASESOR DE TESIS.  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”.**

---

**DR LUNA RODRIGUEZ JOSE MANUEL.  
TESISTA Y  
MÉDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR.**

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS:  
**POR DARME LA LUZ TODOS LOS DIAS**

A MI FAMILIA:  
**POR APOYARME SIEMPRE**

A MIS AMIGOS:  
**POR SER COMPAÑEROS EN ESTA AVENTURA**

A MI NOVIA:  
**POR SEGUIR AQUI**

A TODOS MIS PROFESORES:  
**POR ENSEÑARME TANTO**

A MI ASESOR DE TESIS:  
**POR GUIARME**

**A TODOS USTEDES GRACIAS POR TODO**

**JOSE MANUEL LUNA RODRIGUEZ**

## RESUMEN

### “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO, EN LA UMF No. 28 DEL IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II”

**AUTORES:** Dr. José Manuel Luna Rodríguez. Residente de 3er año Medicina Familiar Dr. Jafet Felipe Méndez López. Profesor titular de Residencia de Medicina Familiar UMF No. 28 IMSS

**INTRODUCCIÓN:** La cardiopatía isquémica es una enfermedad crónico degenerativa que causa más muertes y discapacidad y tiene un coste monetario mayor que cualquier otra enfermedad en los países desarrollados y es la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo. Por otra parte la depresión es una de las primeras causas de morbilidad en la atención de primer nivel y en la de especialidad. Es el principal trastorno mental entre las alteraciones del humor y el afecto. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión mayor es la primera causa de discapacidad. y de acuerdo a antecedentes, en las enfermedades crónicas degenerativas, y en particular en la cardiopatía coronaria, se ha observado una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas que van del 17 al 27%. Siendo ésta última subdiagnosticada y por lo tanto subtratada en pacientes con enfermedad cardiovascular en el primer nivel de atención.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en el primer nivel de atención medica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Este trabajo, es un estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional y no comparativo, el cual tiene el objetivo de reconocer la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo utilizando el Inventario de depresión de Beck II. La Hipotesis sostiene que los pacientes con Cardiopatía Isquémica presentan mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino de acuerdo a la literatura universal. El estudio se realizó de septiembre a noviembre de 2010.

**RESULTADOS:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo que incluyó 231 pacientes con cardiopatía isquémica que acudieron a la consulta externa en la UMF 28, de los cuales 33.7% eran mujeres y 66.3% fueron hombres, en los que el 83.5% no tuvieron ningún grado de depresión, depresión leve en el 12.5%, depresión moderada 4% y ningún paciente con depresión severa. En cuanto a sexo, se encontró una mayor prevalencia de depresión en mujeres 11.2% que en hombres con un 5%.

**CONCLUSIÓN:** este estudio demostró que existe una prevalencia elevada de depresión en pacientes adultos con cardiopatía isquémica en el sexo femenino

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, cardiopatía isquémica. Sexo. Inventario de depresión de Beck II

## ÍNDICE.

### “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO, EN LA UMF No. 28 DEL IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II”

<b>CAPÍTULO I</b> <b>ANTECEDENTES O MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II</b> <b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITULO III</b> <b>JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO IV</b> <b>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO V</b> <b>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO VI</b> <b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO VII</b> <b>RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b> <b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO IX</b> <b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO X</b> <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO XI</b> <b>ANEXOS.....</b>	<b>44</b>

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

Se entiende por *isquemia miocárdica* a la falta de oxígeno por perfusión insuficiente, secundaria a desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno. La causa más frecuente de isquemia miocárdica es la aterosclerosis de las arterias coronarias epicárdicas y dentro de esta definición se incluye el infarto agudo al miocardio, la angina estable y la angina inestable.<sup>1</sup>

Los principales factores de riesgo que predisponen a un infarto son la aterosclerosis u otra enfermedad de las coronarias, antecedente de un infarto anterior o de trastornos del ritmo cardíaco, así como la edad, principalmente en hombres mayores de 40 años y mujeres mayores de 50 años. Ciertos hábitos modificables como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y niveles altos de estrés también contribuyen significativamente a un mayor riesgo de tener un infarto.<sup>2, 3</sup> La obesidad, la resistencia insulínica y la diabetes mellitus tipo 2 han aumentado y son poderosos factores de riesgo para cardiopatía isquémica.<sup>1</sup>

La cardiopatía isquémica causa más muertes y discapacidad y tiene un coste monetario mayor que cualquier otra enfermedad en los países desarrollados.<sup>1</sup> La OMS estimó que en el año 2002 el 12,6 por ciento de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica,<sup>4</sup> que es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo, después del SIDA e infecciones respiratorias bajas.<sup>4</sup> Es la enfermedad más común, grave, crónica y peligrosa en Estados Unidos, donde más de 12 millones de personas la padecen, más de seis millones sufren de angina de pecho y más de siete millones han padecido un infarto de miocardio. En Estados Unidos y Europa occidental está aumentando entre la gente pobre pero no entre los ricos (quienes han adoptado un estilo de vida más saludable), mientras que la prevención primaria ha retrasado esta enfermedad hasta etapas posteriores de la vida en todos los grupos socioeconómicos. Con la urbanización y el desarrollo mundial, la prevalencia de los factores de riesgo para cardiopatía isquémica se ha incrementado. La cardiopatía isquémica será la causa mas común de muerte en el mundo occidental para el año 2020.<sup>1</sup>

En el caso específico de México las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad general; cuando se desagrupan como causa única, la más prevalente de ellas, la cardiopatía isquémica se convierte en la segunda causa de mortalidad general, debajo de la diabetes mellitus.<sup>5</sup>

En cuanto a la fisiopatología, la circulación coronaria normal es dominada y controlada por las necesidades de oxígeno del miocardio. Éstas se satisfacen por la capacidad del lecho vascular coronario para variar considerablemente su resistencia vascular coronaria (y por consiguiente el flujo sanguíneo), mientras el miocardio extrae un porcentaje alto y relativamente fijo del oxígeno.<sup>1</sup>

Al reducir la luz de las coronarias, la aterosclerosis limita el incremento correspondiente de la perfusión cuando aumenta la demanda, como sucede durante el ejercicio o la excitación. Cuando esta obstrucción luminal es pronunciada, disminuye la perfusión del miocardio en estado basal. El flujo coronario también puede verse limitado por trombos, espasmos y, raras veces, por émbolos coronarios o por el estrechamiento de los orificios coronarios.<sup>1</sup>

Cuando los episodios isquémicos son transitorios, pueden asociarse a angina de pecho, mientras que si son prolongados pueden producir necrosis y cicatrización del miocardio, con o sin el cuadro clínico de infarto agudo de miocardio.<sup>1</sup>

Clínicamente la angina de pecho estable suele aparecer ante un aumento de las necesidades de oxígeno, suelen ser reproducibles y normalmente han estado presentes durante un periodo prolongado. El dolor torácico se define de manera variable como una presión u opresión en precordio izquierdo, irradiado a brazo izquierdo y acompañado de disnea, náusea y diaforesis. Típicamente el dolor dura 5 minutos y se alivia con el reposo.<sup>6</sup>

El diagnóstico debe basarse en la probabilidad previa, de acuerdo a antecedentes, cuadro clínico y factores de riesgo, de padecer la enfermedad. Los pacientes con una probabilidad alta deben considerarse candidatos a una coronariografía diagnóstica. En las personas con un electrocardiograma en reposo normal puede indicarse una prueba de esfuerzo habitual. En algunos casos se indican estudios ecocardiográficos de esfuerzo y gammagrafías de perfusión.<sup>6</sup>

El tratamiento debe encaminarse a tratar la comorbilidad aunado a la administración de antiagregantes plaquetarios, betabloqueadores, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en pacientes con disfunción ventricular izquierda, nitratos, hipolipemiantes orales y la revascularización en enfermedad de la arteria coronaria principal izquierda, la enfermedad de tres vasos con deterioro de la función ventricular izquierda y la enfermedad de dos vasos con afectación de la descendente anterior izquierda proximal.<sup>6</sup>

Por otra parte la angina de pecho inestable tiene tres presentaciones principales a) angina de pecho que aparece con la persona en reposo. b) angina grave de aparición reciente (asociada aun esfuerzo mínimo) y c) una alteración clara de la frecuencia, la duración o el umbral del patrón previo de angina crónica de una persona.<sup>6</sup>

En el diagnóstico un electrocardiograma en un componente clave, las alteraciones del segmento ST y de la onda T son los indicadores mas fiables de isquemia miocárdica. Por otra parte los marcadores bioquímicos de la necrosis miocárdica, predominantemente la creatincinasa y su isoenzima MB, además de las troponinas cardiacas T e I, también son esenciales.<sup>6</sup>

El tratamiento de la angina inestable se basa en la estratificación del riesgo, sin embargo ninguno de los múltiples criterios y puntuaciones han merecido aceptación universal. Al igual que en la angina estable el tratamiento incluye

nitratos, beta bloqueadores, anticoagulantes en fase inicial, antiagregantes plaquetarios y revascularización coronaria en pacientes con mayor riesgo.<sup>6</sup>

Finalmente, dentro de la cardiopatía isquémica, el infarto agudo al miocardio se manifiesta por *dolor*, profundo y visceral precordial, irradiado a los brazos que suele acompañarse de debilidad, sudación, náusea, vómito, ansiedad y sensación de muerte inminente. Puede comenzar cuando la persona está en reposo, pero si lo hace durante un período de ejercicio, no desaparecerá al interrumpir la actividad, a diferencia de lo que ocurre con la angina de pecho. Suele acompañarse de debilidad, sudación, náusea, vómito, ansiedad y sensación de muerte inminente.<sup>1</sup>

El diagnóstico clínico de infarto agudo al miocardio se debe basar en la conjunción de los tres siguientes datos: dolor característico, cambios electrocardiográficos sugestivos como ondas Q, elevación o depresión del segmento ST y elevación de las enzimas cardíacas, que en las regulaciones actuales tienden a favorecer a las unidades I y T de la troponina, las cuales son específicos para el músculo cardíaco.<sup>7</sup>

Hay una serie de opciones terapéuticas que reducen la mortalidad en un infarto agudo al miocardio. Estas opciones comprenden angioplastia, endoprotesis vasculares o tratamiento trombolítico, inhibidores plaquetarios, beta bloqueadores, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y estatinas. Otros tratamientos son el uso de heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular, nitrato y antiaritmicos.<sup>6</sup>

Por todo lo anterior, la cardiopatía isquémica es una de las enfermedades más mortíferas que ha conocido la Humanidad. Además, ha sido y seguirá siendo importante cualitativa y cuantitativamente.<sup>8</sup> Los pacientes con cardiopatía isquémica suponen un colectivo creciente y en ellos el tratamiento médico y el control de los factores de riesgo aportan mejoras relevantes en su pronóstico.<sup>9</sup> Finalmente, la epidemia cardiovascular representa un grave problema de salud pública que sólo se podrá atajar implementando las adecuadas medidas preventivas. Debemos estar preparados para romper con muchas inercias terapéuticas y con el conformismo de centrarnos en la prevención secundaria. Son necesarias y urgentes intervenciones multinivel que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en toda la población.<sup>10</sup>

Tenemos, por otra parte, que la depresión se define como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés en un paciente por lo que le rodea y de esperanza en el futuro.<sup>11</sup> Se caracterizan por deterioro de la regulación del estado de ánimo, del comportamiento y de la afectividad.<sup>1</sup>

Las causas de este trastorno son muy variadas, dependen de la región geográfica y la población estudiadas.<sup>11</sup> Las pruebas de que existe transmisión genética de la depresión unipolar no tienen tanto peso. Un estudio reciente indicó que un polimorfismo funcional en el gen de transportador de serotonina (*5-HTT*) podría interactuar con hechos estresantes de la vida, para incrementar enormemente el peligro de depresión y suicidio.<sup>1</sup> Asimismo, se han encontrado

alteraciones de la actividad noradrenérgica que incluyen mayor unión a los receptores 1, 2 y beta-adrenérgicos en la corteza encefálica y un menor número de neuronas noradrenérgicas. El hallazgo de concentraciones bajas de triptófano en el plasma, de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina y un decremento en la expresión de la unión al elemento de respuesta del monofosfato de adenosina (AMP).<sup>1</sup>

Pero la depresión no es una enfermedad donde solo se incluye la influencia de factores internos sino que también influyen factores externos. Las personas con trastornos del humor, independientemente de que pueda existir el factor humoral como precipitante, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes. Se conoce que la separación matrimonial, el *status* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno.<sup>12</sup>

En cuanto a la personalidad hay rasgos que se muestran especialmente elevados durante el episodio depresivo, tales como los niveles de emocionalidad, el neuroticismo y la dependencia interpersonal.<sup>13</sup>

Estadísticamente afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y su riesgo aumenta de dos a tres veces cuando hay antecedentes familiares de depresión.<sup>11</sup>

La depresión es una de las primeras causas de morbilidad en la atención de primer nivel y en la de especialidad. Es el principal trastorno mental entre las alteraciones del humor y el afecto. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión mayor es la primera causa de discapacidad.<sup>14</sup>

En Europa en el años 2001, el estudio ODIN (*Outcome of Depression International Network*) encontró una prevalencia global de depresión de 8.56%; de 10% para las mujeres y de 6.6% para los hombres. En América Latina los resultados han sido muy variables, ya que hay informes desde 9.8% en la República Dominicana hasta 25% en Chile. En México en el año 2003, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica encontró una prevalencia de depresión de 9.1%.<sup>14</sup>

Un 15 % de la población general experimenta al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de la vida. En 75 % de los casos la depresión mayor corresponde a desórdenes afectivos, 12 % a enfermedad bipolar y en 10 % a 15 % la depresión es secundaria a enfermedad médica.<sup>15</sup>

El trastorno depresivo mayor es la entidad psiquiátrica más frecuente y la más discapacitante en proporción al número de afectados por la condición. Casi una sexta parte de la población mundial ha tenido al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de sus vidas, sin distinción de razas, etnias o

condiciones económicas.<sup>16</sup> En el caso particular de México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor.<sup>17</sup>

Para el DSM IV TR la característica esencial de un episodio depresivo mayor cumple los siguientes criterios:

A. Persistencia de cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de dos semanas. Estos síntomas suponen un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida del interés o del placer. Nota: no incluir síntomas claramente secundarios a una enfermedad orgánica generalizada ni ideación delirante incongruente con el estado de ánimo ni alucinaciones.

Síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido casi todo el día, la mayor parte de los días, indicado por el propio paciente (p. ej., se siente triste o vacío) u observado por terceros (p. ej., parece lloroso)
2. Pérdida marcada del interés o del placer por todas o casi todas las actividades, casi todo el día, la mayor parte de los días (indicado por el propio paciente u observado por terceros)
3. Pérdida de peso significativa en ausencia de dieta de adelgazamiento, o ganancia ponderal (p. ej., cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o aumento o pérdida del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días
5. Agitación o retardo psicomotores casi todos los días (observable por terceros, no sólo la sensación subjetiva de inquietud o de lentitud)
6. Cansancio o pérdida de energía casi todos los días
7. Sensación de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que puede ser delirante), casi todos los días (no sólo autorreproches o sensación de culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (indicado por el propio paciente u observado por terceros)
9. Ideas de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico, o intento de suicidio, o plan específico de suicidio

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C. Los síntomas producen sufrimiento significativo o deterioran el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la relación

D. Los síntomas no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., toxicomanía, medicación) o a una enfermedad orgánica generalizada (p. ej., hipotiroidismo)

E. Los síntomas no se justifican mejor por la pérdida de un ser querido; esto es, después de la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una importante afección funcional, preocupación morbosa con sentimiento de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.<sup>18</sup>

De acuerdo al DSM IV TR los criterios diagnósticos referidos a los síntomas indispensables para el diagnóstico de un trastorno depresivo, implican un dominio emocional, un dominio cognitivo, un dominio somático y un dominio que podría denominarse conductual.<sup>19</sup>

En cambio para el CIE-10 los criterios diagnósticos generales para depresión son los siguientes:

A. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas

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

C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras

- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta

- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual

- Empeoramiento matutino del humor depresivo

- Presencia de enlentecimiento motor o agitación

- Pérdida marcada del apetito

- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes

- Notable disminución del interés sexual

Y los criterios de gravedad de un episodio depresivo según el CIE 10 los siguientes:

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático

Según estos criterios, podemos clasificarlo:

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.<sup>20</sup>

En cuanto al tratamiento se incluyen tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial.<sup>21</sup>

a) *Intervención psicoterapéutica.* Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual. El usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión.<sup>21</sup>

b) *Intervención psicofarmacológica.* Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas se debe evaluar la función renal para hacer el ajuste correspondiente.<sup>21</sup>

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotóxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día. Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día.<sup>21</sup>

c) *Intervención psicosocial.* Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc., con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales.<sup>21</sup>

Por otra parte, la depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica es de difícil investigación. La sintomatología depresiva puede reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad, puede deberse al propio proceso de enfermedad o a la medicación administrada, o puede simplemente coexistir en el tiempo con el diagnóstico médico.<sup>1</sup>

Se sabe que de 20 a 30% de los enfermos del corazón presentan un trastorno depresivo; un porcentaje mayor experimenta síntomas depresivos cuando se utilizan las escalas de autoinforme. Los síntomas de depresión surgen después de angina inestable, infarto del miocardio o trasplante del corazón, y entorpecen la rehabilitación. Se acompañan de índices mayores de mortalidad y complicaciones médicas.<sup>1</sup>

En las enfermedades crónicas degenerativas, y en particular en la cardiopatía coronaria, se ha observado una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas que va de 17 a 27% en Estados Unidos, lo cual incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y fallecimiento.<sup>11</sup> La prevalencia de depresión es mayor en las enfermedades cardíacas (20 % a 30 % de los casos).<sup>15</sup>

Estudios realizados en pacientes afectados de cardiopatía isquémica evidencian que los mismos suelen tener respuestas de carácter depresivo, con sensación subjetiva de incapacidad físico psíquica (se consideran incapaces de hacer nada de cara al futuro). Tendrán tendencias a estar recluidos en sus domicilios sin contacto con el exterior.<sup>22</sup>

En un estudio realizado por Veloso, et al, refleja que en el cuadro agudo de la Cardiopatía Isquémica el episodio depresivo en todas sus dimensiones es más frecuentes que en los pacientes que están sometidos al proceso de rehabilitación e insertados ya en la comunidad. Se encontró que los pacientes hospitalizados presentan franca dimensión depresiva en un 13,63 % de humor depresivo, 18,18 % de anergia, 27,27 % de discomunicación y un 18,18 % de ritmopatía. Mientras los pacientes en rehabilitación solo tienen un 3,44 %, 6,89%, 5,17 % y 5,17 % en esas dimensiones respectivamente. Estos resultados ponen de manifiesto la presencia de sintomatología depresiva en las personas portadores de cardiopatía isquémica.<sup>22</sup>

En otro estudio Ziegelstein ha señalado que aproximadamente uno de cada seis pacientes experimenta depresión mayor luego de un IM, y 1 de cada 3 presentan síntomas depresivos durante la hospitalización. Otra investigación en pacientes pos IM, demostró que 17,2% presentó síntomas leves o moderados de depresión, y 15,2% depresión o distimia. Pero a pesar de la alta frecuencia de depresión en pacientes posinfarto y de su impacto negativo sobre la evolución de la enfermedad coronaria, en la práctica clínica actual es infrecuente encontrar como parte de los cuidados habituales de estos pacientes las evaluaciones de la presencia de depresión.<sup>23</sup>

En otros estudios se ha encontrado que hasta un 41% de los pacientes que sobreviven a un episodio coronario desarrollan depresión, lo cual resulta en un aumento significativo de la mortalidad de origen cardíaco.<sup>24</sup>

Aunque inicialmente se consideró a la depresión una consecuencia de la situación de gravedad de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, especialmente en quienes cursan eventos agudos, posteriormente se la reconoció como una condición asociada, considerada (aunque no definitivamente aceptada) un factor de riesgo independiente de mala evolución de los pacientes con enfermedad cardiovascular.<sup>14</sup>

En este sentido los pacientes con sintomatología depresiva asociada a condiciones fisiopatológicas cardíacas de base se complican gravemente y pueden causar eventos clínicos cardiovasculares potencialmente fatales. Entre estos se encuentran: disfunción endotelial y trombosis. En la génesis de su fisiopatología, los pacientes deprimidos tienen una intensa reducción de la función vasodilatadora del endotelio, provocada por diferentes condiciones bioquímicas, entre ellas activación de la angiotensina II, exceso oxidativo y excreción inadecuada de citocinas y ácidos grasos proinflamatorios y protrombóticos. Los episodios de ira condicionan la aparición de situaciones biológicas, que favorecen la producción de muerte repentina por arritmia cardíaca. El umbral fibrilatorio disminuye por efecto de un incremento en la concentración de las catecolaminas circulantes, así como por una secreción inapropiada de sustancias arritmogénicas como el tromboxano, que es producido en las plaquetas activadas por serotonina. Los pacientes que sufren activación simpática crónica disminuyen la variabilidad de la frecuencia cardíaca, una condición que favorece la aparición de muerte repentina por arritmia. El desbalance agudo entre el aporte de oxígeno al miocardio, disminuido por vasoconstricción o por trombosis, en conjunto con un incremento súbito en la demanda, que ha sido precipitada por un aumento en la frecuencia cardíaca, la contractilidad y la presión arterial, generan isquemia miocárdica aguda y su consecuencia: arritmia letal o necrosis miocárdica.<sup>25</sup>

Por lo tanto es necesario reconocer la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica y tratarlos correcta e integralmente para mejorar su calidad de vida y probablemente su evolución cardiológica. Evitando así complicaciones y comorbilidad que confunda el diagnóstico y manejo médico.

En 1961 A.T. Beck propuso un inventario auto-administrado para la evaluación cuantitativa de la intensidad de las manifestaciones conductuales sobre la depresión en la semana previa a la encuesta. El inventario fue capaz de discriminar de manera efectiva entre pacientes con distinta intensidad del cuadro depresivo, así como reflejo consistentemente los cambios de ésta en un intervalo de tiempo. El inventario, constituido por 21 ítems, ha sido ampliamente usado en investigación clínica desde entonces. La confiabilidad y validez de este instrumento estuvo basada en una muestra inicial de 997 pacientes psiquiátricos, tanto internos como ambulatorios. Se encontró un alto grado de confiabilidad interna y de correlación con la evaluación clínica de la depresión, además de una alta sensibilidad al cambio.<sup>26</sup>

Desde que se desarrollo, este instrumento, se ha constituido en una de las herramientas mas estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la

sintomatología depresiva, dadas as positivas cualidades psicométricas que ha mostrado.<sup>27</sup>

El inventario para Depresión de Beck (BDI) es, sin dudas, el instrumento de relevamiento (screening) más utilizado y más citado en la bibliografía especializada. Por sus características (calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de síntomas depresivos según criterios del DSM IV TR), se trata de una prueba que sirve para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión. La forma actual es el BDI-II (inventario para depresión de Beck 2da versión) modificada en 1996, esta constituido por 21 ítems, cada ítem se le da una puntuación que oscila entre 0 y 3 puntos, por lo tanto la puntuación final fluctúa entre 0 y 63 puntos. Beck en 1996 propone una clasificación de la depresión mediante el puntaje obtenido así tenemos que, a) 0 a 13 puntos sin depresión, b) de 14 a 19 puntos indican depresión leve, b) de 20 a 28 depresión moderada y c) 29 o más puntos indican depresión severa. Es autoadministrada y permite medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad.<sup>28</sup>

## **CAPITULO II**

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo según el inventario de depresión de Beck en la UMF No. 28?

## **CAPITULO III**

### **JUSTIFICACIÓN**

La depresión en el primer nivel de atención se encuentra con frecuencia subdiagnosticada y subtratada en pacientes con enfermedad cardiovascular. Se estima que sólo el 25% o menos de los pacientes cardíacos isquémicos con depresión mayor están con dicho diagnóstico.<sup>29</sup>

Un estudio de seguimiento de Lesperance et al. determinó que un 31,5% de pacientes infartados experimentó depresión durante la hospitalización y el primer año posterior al alta. Del total de pacientes con depresión, 50% la presentó durante hospitalización, 42,9% entre el alta y 6 meses, y 7,1% entre 6 y 12 meses después del IAM, sin embargo no se menciona el porcentaje de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica durante su seguimiento en el primer nivel de atención.<sup>29</sup>

Entre los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), los síntomas depresivos son factores predictivos independientes de mortalidad cardíaca, hospitalización, empeoramiento del estado de salud del enfermo y mayores costes sanitarios incluso en ausencia de diagnóstico clínico de depresión.<sup>29</sup>

Por lo tanto este estudio pretende detectar la prevalencia de la depresión en pacientes con cardiopatía isquémica.

## **CAPITULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en la UMF No. 28.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Detectar el grado de depresión mediante el inventario de Beck en pacientes con cardiopatía isquémica del sexo femenino en la consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 28.
- Detectar la prevalencia de depresión de acuerdo a edad y ocupación en la UMF No. 28.

## **CAPITULO V**

### **HIPÓTESIS**

H1. Los pacientes con Cardiopatía Isquémica presentan mayor prevalencia de Depresión en el sexo femenino.

H0. Los pacientes con Cardiopatía Isquémica presentan menor prevalencia de Depresión en el sexo femenino.

## CAPITULO VI

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### MATERIAL Y METODOS

##### 1.- Clasificación del estudio

- A) Transversal. Por el número de mediciones de una misma variable o el periodo y secuencia.
- B) Prospectivo. Por el proceso de causalidad.
- C) Descriptivo. Por el número de poblaciones estudiadas.
- D) Observacional. Por el control de sus variables.

No comparativo. Según la intención de comparativa (estadística) de los resultados del grupo estadístico

##### 2.- Población, lugar y tiempo.

**Población y universo de trabajo:** Pacientes hombres y mujeres con cardiopatía isquémica.

**Lugar:** consulta externa de la Unidad de Medicina familiar No. 28 Gabriel Mancera, Ubicada en la Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez en el Distrito Federal.

**Tiempo:** Durante el trimestre de septiembre a noviembre del 201

#### CRITERIOS DE SELECCION

##### Criterios de inclusión

- A) Pacientes mayores de 40 años de edad.
- B) Pacientes con diagnóstico clínico y/o de gabinete de cardiopatía isquémica de menos de 5 años de evolución.
- C) Pacientes que tengan las capacidades de contestar el cuestionario
- D) Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

## **Criterio de exclusión**

- A) Pacientes con cuadro agudizado de cardiopatía isquémica
- B) Pacientes con diagnóstico de cáncer o enfermedades terminales diferentes a cardiopatía isquémica.
- C) Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica que *per se* condicione trastorno de depresión previo al evento isquémico cardiaco.

## **Criterios de eliminación**

- A) Pacientes que contesten inadecuadamente los cuestionarios

## **TIPO DE VARIABLES:**

VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE: SEXO

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**DEPRESIÓN:** Para el DSM IV TR la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye a) cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; b) sentimientos de infravaloración o culpa; c) dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y d) pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

**SEXO:** Características fenotípicas del individuo o condición biológica que distingue al hombre de la mujer y, por extensión, conjunto de roles y propiedades sociales que convencionalmente se atribuyen a cada uno de estos conjuntos en las culturas humanas. Según el diccionario de la lengua española, es la condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

DEPRESIÓN: Para fines de este estudio. Se aplicara el inventario de depresión de Beck teniendo como resultados

- a) de 0 a 13 puntos sin depresión,
- b) de 14 a 19 puntos depresión leve,
- c) de 20 a 28 puntos depresión moderada y
- d) de 29 a 63 puntos depresión severa.

SEXO: una variable cualitativa nominal dicotómica.

- 1= Femenino
- 2= Masculino

Para fines de este estudio se consideraran

- 1. Masculino
- 2. Femenino.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES VARIABLE	INSTRUMENTO
<b>DEPRESIÓN</b>	CUALITATIVA	ORDINAL	DEPENDIENTE	A) 0-13 No deprimido B) 14-19 Depresión leve C) 20-28 Depresión moderada D) 29-63 Depresión severa	Inventario de depresión de Beck-II
<b>SEXO</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	1. Masculino 2. femenino	Cuestionario inicial

## DISEÑO ESTADISTICO

### MUESTRA

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, se tiene una población de 1186 pacientes con cardiopatía isquémica, con lo que sustituyendo los valores de la formula, con un error estándar de 0.05 y 96% de confiabilidad se obtiene el siguiente resultado:

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizo la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones:

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

Donde:

N= Total de individuos que comprende la población.

Z<sup>2</sup>= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.

p= proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

q= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= desviación estándar. Es el rango de error aceptable 0.05-0.10 se tomará un rango de error de 0.05

N = 1186

z = 1.96

p = 0.25 de acuerdo a lo reportado en la literatura, es el 25% en promedio.

q = 0.75

d = 0.05

$$n = \frac{(1186) (3.84) (0.25) (0.75)}{(0.0025) (1185) + \{(3.84) (0.25) (0.75)\}}$$

$$n = \frac{853.92}{(2.9625) + (0.72)} \\ \{8.304\}$$

MUESTRA: n= 231

**Ubicación temporal:** Trimestre de septiembre a noviembre del 2010

**Ubicación espacial:** Unidad de Medicina Familiar Numero 28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Consulta Externa de Medicina Familiar

**Fuente de información:** Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario Inicial, Censo nominal de pacientes con cardiopatía isquémica.

**Plan de tabulación y recuento:** se agruparán los datos de acuerdo a edad, sexo, años de diagnóstico de la cardiopatía isquémica.

**Plan de presentación de información:** se realizará por medio de tablas de frecuencia, gráficas de barras y circulares.

**Plan de análisis de información:** Se realizará una base de datos en el programa Excel y se realizará el análisis descriptivo con medidas de calculando medidas de tendencia central (media, mediana, y moda) y de dispersión (derivación estándar, rangos), según la distribución de las variables. El análisis divariada será mediante tablas de contingencia y la relación de estas variables cualitativas se comparara mediante  $X^2$ .

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- 1.- Cuestionario inicial
- 2.- Historia clínica (expediente electrónico)
- 3.- Inventario de Depresión de Beck

## **MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

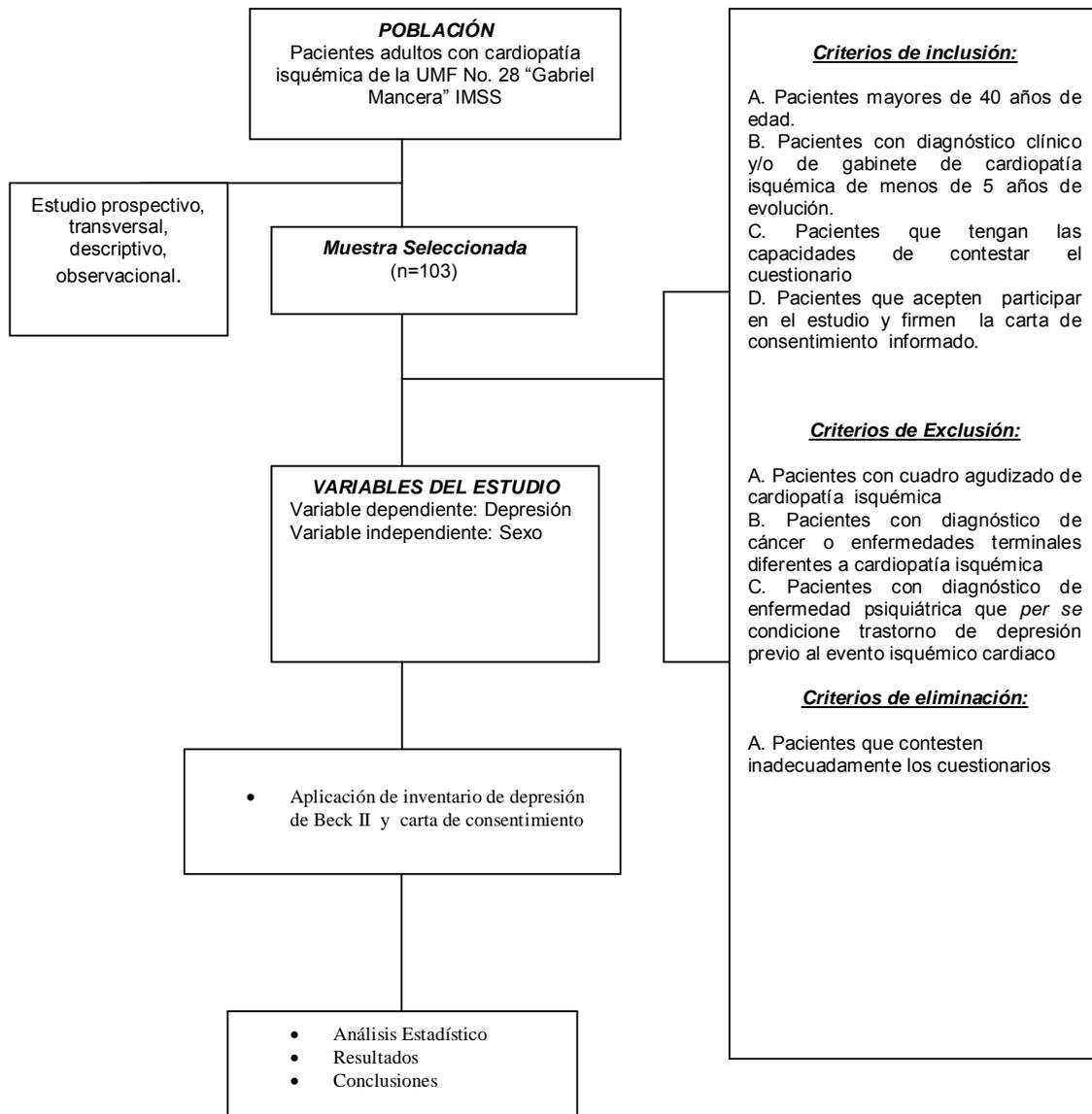
Se realizará un estudio descriptivo en pacientes con cardiopatía isquémica para determinar por medio del inventario de Depresión de Beck si los pacientes cursan con depresión y en que grado de acuerdo a sexo:

- 1.- Se buscará el censo nominal de cardiópatas de la UMF 28 en ARIMAC
- 2.- Se capacitará al encuestador para aplicar el inventario
- 3.- En sala de espera se preguntara a los pacientes sus diagnósticos
- 4.- Se elegirán a los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que no cumplan con ninguno de los criterios de exclusión
- 5.- Se explicará al paciente sobre el estudio
- 6.- Se pedirá la firma del consentimiento informado
- 7.- Se aplicará un cuestionario inicial de datos generales y antecedentes de importancia
- 6.- Se aplicará el inventario de Beck
- 7.- Se hará una base de datos
- 8.- Se hará el análisis mediante el programa estadístico SPSS

## **MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS**

La aplicación del instrumento de evaluación la llevara a cabo el investigador a cada paciente de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Se contara con la supervisión del asesor de la investigación. Los pacientes recibirán las mismas explicaciones e indicaciones, serán evaluados en las mismas circunstancias de tiempo y por el mismo investigador. Debido a que la depresión es una patología multicausal consideramos importante excluir a los pacientes que reporten conflictos laborales y/o familiares, diagnóstico de cáncer y síndrome de inmunodeficiencia adquirida antes de aplicar el inventario.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MES PARA ELABORACION											
	ENE 2010	FEBR 2010	MAR 2010	ABRIL 2010	MAY 2010	JUNIO 2010	JULIO 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010
Título del protocolo	X											
Antecedentes del tema	X											
Marco teórico		X										
Bibliografía		X										
Portada (hoja frontal)			X									
Marco teórico			X									
Planteamiento del problema			X									
Justificación			X									
Objetivos: generales y específicos			X									
Hipótesis				X								
Material y métodos				X								
Diseño de investigación del estudio				X								
Población, lugar y tiempo				X								
Muestra					X							
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación					X							
Variables (tipo y escala de medición)					X							
Definición conceptual y operativa de las variables						X						
Diseño estadístico						X						
Instrumentos de recolección de datos						X						
Método de recolección de los datos						X						
Maniobras para evitar o controlar sesgos							X					
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio							X					
Consideraciones éticas							X					
Registro y autorización del protocolo								X				
Aplicación del instrumento y carta de consentimiento									X	X	X	
Análisis estadístico												X
Resultados												X
Conclusiones												X

## RECURSOS

**Humanos:** un investigador, un asesor y pacientes de la consulta externa con cardiopatía isquémica de la Unidad de Medicina Familiar 28.

**Materiales:** formato de cuestionario inicial, Inventario Depresión Beck, libreta, lápices, goma, sacapuntas.

**Físicos:** Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 28.

**Financiamiento del estudio:** autofinanciado por el investigador.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, expedida por la Secretaría de Salud en el año de 1987, en su título 2º; capítulo 1; Artículo 17. (Ver Carta de Consentimiento Informado).

Categoría 1; se considera INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los pacientes que participaron en el estudio.

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, será de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

La declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”.

Código de ética: “El médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales:

- A. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

- B. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica., en experimentos correctamente realizados.
- C. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, éste debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
- D. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
- E. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
- F. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
- G. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
- H. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

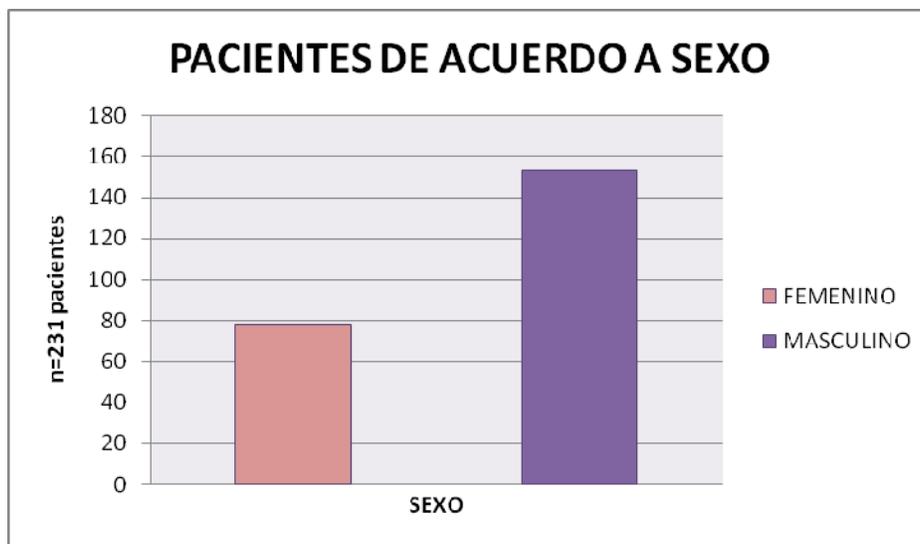
Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.  
"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO, EN LA UMF No. 28 DEL  
IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II"

## CAPITULO VII

### RESULTADOS

Se realizó este estudio observacional, descriptivo, prospectivo transversal que incluyó en total de 231 pacientes, los cuales cumplieron todos los criterios de inclusión. Del total de pacientes 78 (33.7%) fueron del sexo femenino y 153 (66.3%) del sexo masculino.

Grafico 1  
Prevalencia de depresión en pacientes adultos con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en la UMF no. 28

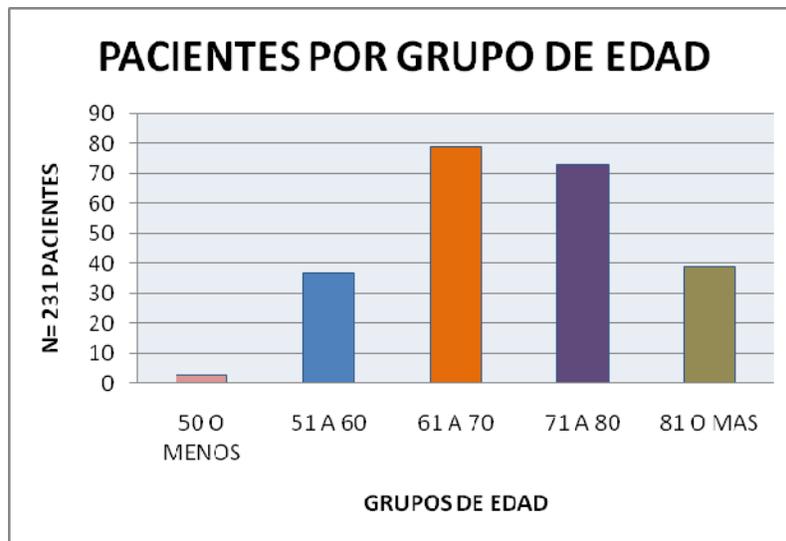


Fuente: cuestionario de datos socio-demográficos

## Edad

El total de población estudiada, 231 pacientes, abarco un rango de edad desde los 42 años hasta los 92 años, con una media de 69. Se dividió en 5 grupos etáreos en periodos de 10 años, menores de 50 años y mayores de 81, encontrándose mayor frecuencia en el grupo de 61 a 70 y 71 a 80 años con un total de 79 y 73 pacientes respectivamente y representando 34 y 32% del total.

Grafico 2  
Prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en la UMF 28



Fuente: cuestionario de datos socio-demográficos

## Datos socio-demográficos

De la población estudiada se obtuvo además información socio-demográfica como escolaridad, estado civil y ocupación (tablas 1, 2 Y 3)

TABLA 1

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRIMARIA	77	33%
SECUNDARIA	83	36%
PREPARATORIA	61	26.00%
UNIVERSIDAD	7	3%
POSGRADO	3	1.30%

TABLA 2

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SOLTERO	9	4%
CASADO	117	50,6%
UNION LIBRE	8	4%
SEPARADO	25	11.00%
DIVORCIADO	18	7.10%
VIUDO	54	23.30%

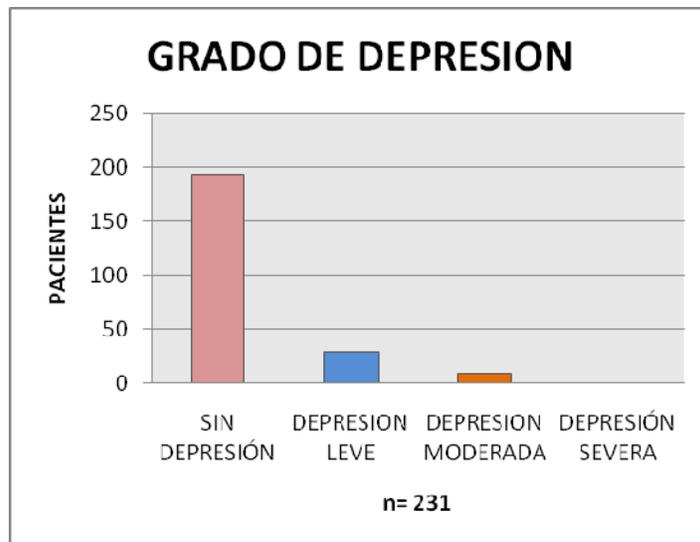
TABLA 3

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AMA DE CASA	44	19.00%
DESEMPLEADO	11	4.60%
OBRERO	25	11.00%
EMPLEADO	32	14.00%
INDEPENDIENTE	6	2.50%
JUBILADO	113	48.90%

## DEPRESIÓN

En relación al grado de depresión encontramos que 193 pacientes (83.5%) no presentaron depresión, 29 (12.5%) presentaron depresión leve, 9 (4%) depresión moderada y ningún paciente presentó depresión severa.

Grafico 3  
Prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en la UMF 28

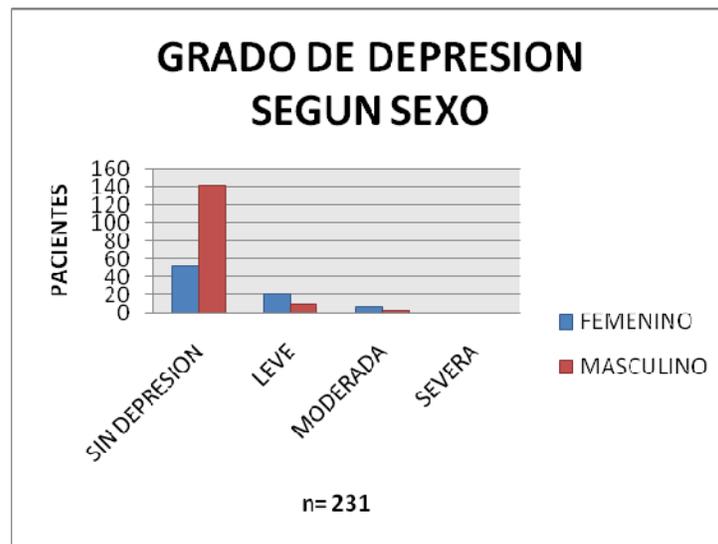


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO

De acuerdo al grado de depresión según el sexo de los pacientes se encontró mayor frecuencia en el sexo femenino, de los cuales 20 pacientes (8.6%) presentó depresión leve, 6 pacientes (2.6%) depresión moderada y ningún paciente depresión severa. Por su parte, en el sexo masculino se encontró 9 pacientes (4%) con depresión leve, 3 pacientes (1%) depresión moderada y ninguna paciente con depresión severa.

Grafico 4  
Grado de depresión según sexo en pacientes con cardiopatía isquémica en la UMF 28

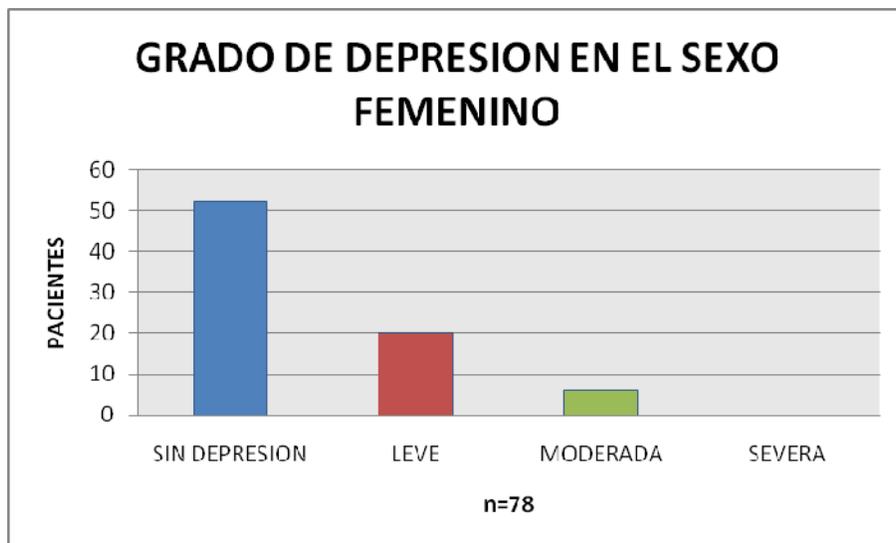


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESION EN EL SEXO FEMENINO

En el caso particular del sexo femenino, grupo en el cual hubo mayor prevalencia de depresión, del total, 52 pacientes (66.6%) no presento depresión, 20 pacientes (25.7%) presento depresión leve, 6 pacientes (7.7%) depresión moderada y ninguno de ellos presento depresión severa.

Grafico 5  
Grado de depresión según sexo en pacientes con cardiopatía isquémica en la UMF 28

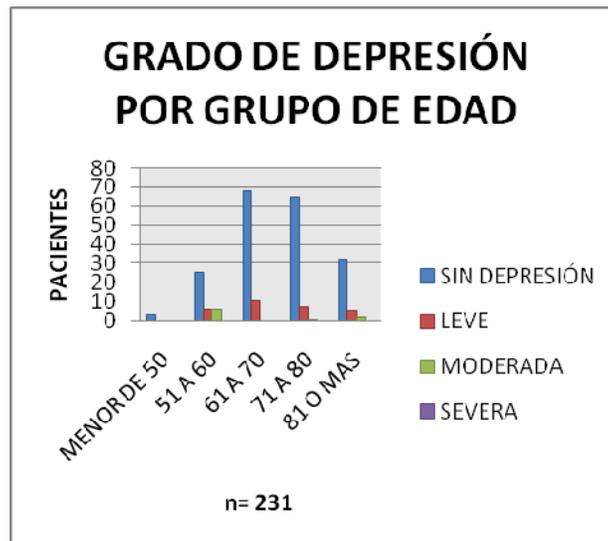


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD

Por otra parte, en lo que se refiere al grado de depresión según la edad se encontró mayor frecuencia en el grupo etáreo de 51 a 60 años con 12 pacientes, 6 pacientes (2.6%) con depresión leve y 6 (2.6%) registrados con depresión moderada. Y en el grupo de 61 a 70 años se presentaron 11 pacientes (4.7%) con depresión leve.

Grafico 6  
Grado de depresión por grupo de edad en pacientes con cardiopatía isquémica de le UMF 28

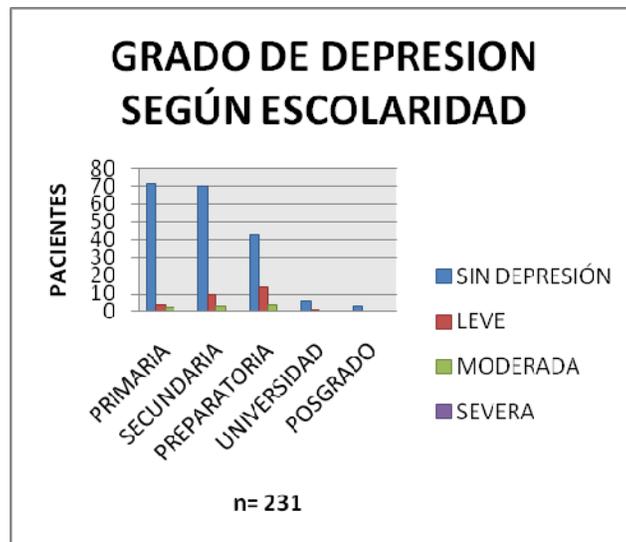


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD

En relación al grado de depresión según la escolaridad se encontró una mayor prevalencia de depresión leve en el grupo de preparatoria con 14 pacientes (6%) seguido del grupo de secundaria con 10 pacientes (4.4%) con depresión leve. El grupo con mayor prevalencia de depresión moderada fue el de preparatoria con 4 pacientes (1.5%). En el grupo de posgrado no se registro depresión.

Grafico 7  
Grado de depresión según escolaridad en pacientes con cardiopatía isquémica de le UMF 28

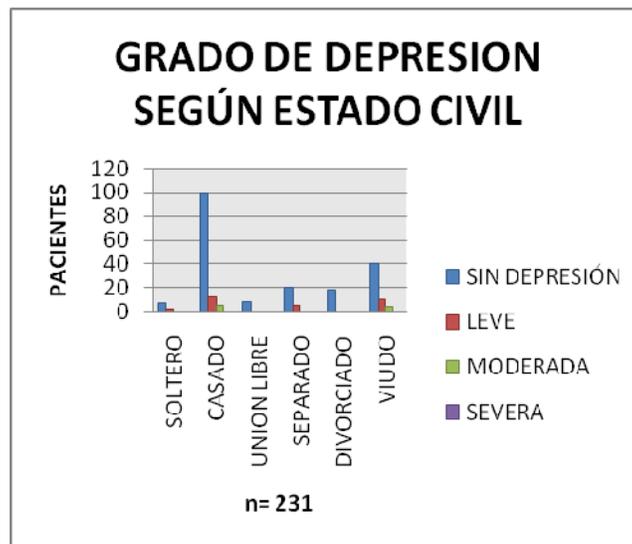


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

De acuerdo al grado de depresión según el estado civil se encuentra mayor prevalencia de depresión en el grupo de casado con 12 pacientes (5.2%) con depresión leve y 5 pacientes (2.2%) con depresión moderada. El segundo grupo con mayor prevalencia de depresión es el de los viudos con 10 pacientes (4.3%) con depresión leve y 4 (1.7%) con depresión moderada.

Gráfico 8  
Grado de depresión según estado civil en pacientes con cardiopatía isquémica de le UMF 28

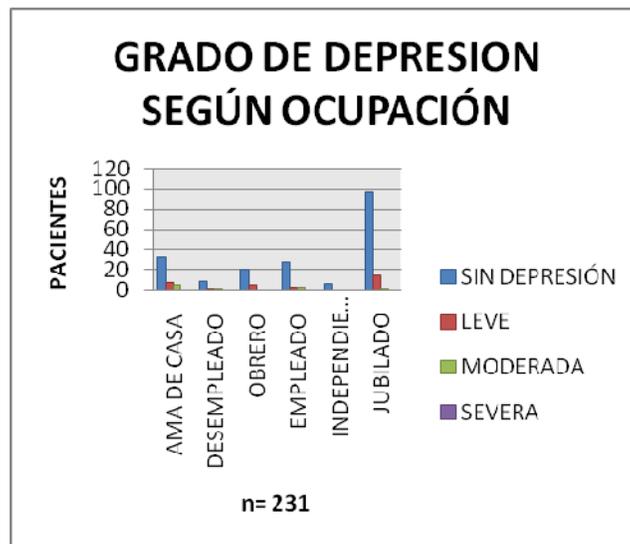


Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

Finalmente, encontramos en relación al grado de depresión según ocupación, que el grupo con mayor prevalencia de depresión es el de los jubilados con 14 pacientes (6%) con depresión leve. Y el segundo grupo mas afectado fue el de las amas de casa con 7 pacientes (3%) con depresión leve y 5 pacientes (2%) con depresión moderada.

Gráfico 9  
Grado de depresión según ocupación en pacientes con cardiopatía isquémica de la UMF 28



Fuente: Cuestionario de datos socio-demográficos e inventario de depresión de Beck II

## CAPITULO VIII

### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio, son muy similares a lo encontrado en la bibliografía al reportar una prevalencia significativa de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica, específicamente en el sexo femenino. Ya que en las enfermedades crónicas degenerativas, y en particular en la cardiopatía coronaria, se ha observado una frecuencia elevada de manifestaciones depresivas que va de 17 a 27% en Estados Unidos, lo cual incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares y fallecimiento.<sup>11</sup>

Así mismo, se ha demostrado que hasta 17,2% de los pacientes con cardiopatía presenta síntomas leves o moderados de depresión, y 15,2% depresión o distimia.<sup>23</sup>. Concretamente la depresión, estadísticamente afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y su riesgo aumenta de dos a tres veces cuando hay antecedentes familiares de depresión.<sup>11</sup>

En este estudio en particular, que incluyó a 231 pacientes con cardiopatía isquémica que acudieron a la consulta externa en la UMF 28, se encontró que 33.7% eran mujeres y 66.3% hombres, en los que el 83.50% no tuvieron ningún grado de depresión, depresión leve en el 12.5%, depresión moderada 4% y ningún paciente con depresión severa. En cuanto a sexo, se encontró una mayor prevalencia de depresión en mujeres 11.2% que en hombres con un 5%. lo que concuerda con lo reportado en otros estudios.

También se encontró una mayor prevalencia de depresión en el grupo etáreo de 51 a 60 años con 6 pacientes (2.6%) registrados con depresión leve e igual número con depresión moderada. El grupo que presentó mayor prevalencia de depresión leve fue el de 71 a 80 años con 11 pacientes (4.7%). En relación al grado de depresión según la escolaridad se encontró mayor prevalencia de depresión en el grupo de preparatoria con 14 pacientes (6%) y 4 (1.5%) con depresión moderada.

De acuerdo al grado de depresión según el estado civil se encuentra mayor prevalencia de depresión en el grupo de casado con 12 pacientes (5.2%) con depresión leve y 5 pacientes (2.2%) con depresión moderada.

Finalmente, encontramos en relación al grado de depresión según ocupación, que el grupo con mayor prevalencia de depresión es el de los jubilados con 14 pacientes (6%) con depresión leve. Y el segundo grupo más afectado fue el de las amas de casa con 7 pacientes (3%) con depresión leve y 5 pacientes (2%) con depresión moderada.

Todos los datos anteriores no se reportan en estudios previos y serán de utilidad para investigaciones futuras.

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES

El presente estudio cumplió con el objetivo general de la investigación, el cual fue detectar la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo a sexo en la consulta externa de la UMF 28, concluyendo que en los pacientes con cardiopatía isquémica en el sexo femenino se encuentra una mayor prevalencia de depresión.

El inventario para Depresión de Beck (BDI) es, sin dudas, el instrumento de relevamiento (screening) más utilizado y más citado en la bibliografía especializada. Por sus características (calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de síntomas depresivos según criterios del DSM IV TR), se trata de una prueba que sirve para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión

Dada la alta prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica, particularmente en el sexo femenino, es necesario reconocer, como médicos familiares, la depresión en estos pacientes y tratarlos correcta e integralmente para mejorar su calidad de vida y probablemente su evolución cardiológica. Evitando así complicaciones y comorbilidad que confunda el diagnóstico y manejo médico. Ya que en estos pacientes los síntomas depresivos son factores predictivos independientes de mortalidad cardíaca, hospitalización, empeoramiento del estado de salud del enfermo y mayores costes sanitarios.

## CAPITULO X

### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-- Kasper, Dennise, et al, Harrison, Principios de Medicina Interna, McGraw Hill, 16ª edición, USA 2005. pp 1434-1444. 2552-2556
- 2.- Bax L, Algra A, Mali WP, Edlinger M, Beutler JJ, van der Graaf Y. Renal function as a risk indicator for cardiovascular events in 3216 patients with manifest arterial disease. *Atherosclerosis*. 2008
- 3.- Pearte CA, Furberg CD, O'Meara ES, *et al*. «Characteristics and baseline clinical predictors of future fatal versus nonfatal coronary heart disease events in older adults: the Cardiovascular Health Study». *Circulation* 2006 113 (18) pp. 2177–85.
- 4.- Cause of Death - UC Atlas of Global Inequality». Center for Global, International and Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa Cruz. 2006
- 5.- O Velázquez Monroy y cols., Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México, *Arch Cardiol Mex*, Vol. 77 Número 1/Enero-Marzo 2007:31-39
- 6.- Runge, M.S, Ohman, E.M, Netter, *Cardiología*, Elsevier-Masson 1a. Edición, 2006. pp. 74-112
- 7.- Eisenman A. Troponin assays for the diagnosis of myocardial infarction and acute coronary syndrome: where do we stand?. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2006 (4) pp. 509-14
- 8.- The World Health Report - Changing History, Organización Mundial de la Salud, 2004 pp. 120-4
- 9.- Bertomeu V et al. Factores de riesgo y tratamiento en la cardiopatía isquémica, *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(6):807-11
- 10.- Alfonso F et al. Prevención cardiovascular: ¿siempre demasiado tarde?, *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(3):291-8
- 11.- Gonzalez; María, et al, Síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía coronaria, *Med Int Mex* 2008; 24(3):204-9
- 12.- Josué, Lídice, et al, Factores psicosociales de la depresión, *Rev Cubana Med Milit* 2006; 35(3)
- 13.- Agudelo, Diana, et al, La depresión ¿un trastorno dimensional o categorial?, *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007
- 14.- Romero, Carlos, Depresión y enfermedad cardiovascular, *Revision*, *Rev Uru Card* 2007; 22
- 15.- Marsiglia, Italo. Depresión: visión holística de la medicina interna, *Gac Méd Caracas* 2008; 116(1):10-17
16. - Tamayo JM et al. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(2):182-7
- 17.- Martínez, Jesus, et al, Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 21-28

- 18.- Spitzer, Robert, et al, DSM IV TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, Masson, Barcelona 2002, p 326
- 19.- Agudelo, Diana, Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas, Salud Mental, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007
20. - OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.
- 21.- Espinoza-Aguilar, Amilcar, et al, Guia de práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Depresión en Adultos Mayores, Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007
- 22.- Veloso, Eduardo, Depresión en pacientes con cardiopatía isquémica, Duazary, 2<sup>do</sup> Semestre 2008, Vol. 5 N° 2
- 23.- Blümel, Bernardita, Síntomas depresivos posinfarto al miocardio: detección precoz en una población hospitalizada, Rev Méd Chile 2005; 133: 1021-1027
- 24.- Guinjoan, Savador, et al, Depresión y disfunción autonómica en adultos mayores con síndromes coronarios agudos, Archivos de neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría, Volumen 9 numero 2, 2005
- 25.- Meza, Reraiza, Depresión como entidad medico Psiquiátrica, Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 2 / 2008
- 26.- Beck AT, Ward Ch, Mendelson M, Mopck J and Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571
- 27.- Melipillán, Roberto, et a, Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II en adolescentes chilenos, terapia psicológica, 2008, Vol. 26, No. 1 59-69
- 28.- Beck, Aaron T., BDI-II Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición, Paidós, México, 2006.
- 29.- García; Vicente, La depresión tras el infarto agudo de miocardio, anales de medicina interna, 2007, 24: 7; pp 346-351

## CAPITULO XI

### ANEXOS

#### **ANEXO A: CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

“DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
DE ACUERDO A SEXO EN LA UMF No. 28 DEL IMSS, APLICANDO EL  
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK”

#### **CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
AFILIACION: \_\_\_\_\_ CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
ENFERMEDADES QUE PADECE Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

---

## **ANEXO B: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**

### **1. Tristeza.**

- A. No me siento triste.
- B. Me siento triste.
- C. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- D. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

- A. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- B. Me siento desanimado de cara al futuro.
- C. siento que no hay nada por lo que luchar.
- D. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

- A. No me siento fracasado.
- B. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- C. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- D. Soy un fracaso total como persona.

### **4. Insatisfacción**

- A. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- B. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- C. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- D. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **5. Culpa**

- A. No me siento especialmente culpable.
- B. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- C. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- D. Me siento culpable constantemente.

### **6. Expectativas de castigo**

- A. No creo que esté siendo castigado.
- B. siento que quizás esté siendo castigado.
- C. Espero ser castigado.
- D. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Autodesprecio**

- A. No estoy descontento de mí mismo.
- B. Estoy descontento de mí mismo.
- C. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- D. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

- A. No me considero peor que cualquier otro.
- B. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- C. Continuamente me culpo por mis faltas.
- D. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Idea suicidas**

- A. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- B. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- C. Desearía poner fin a mi vida.
- D. me suicidaría si tuviese oportunidad.

### **10. Episodios de llanto**

- A. No lloro más de lo normal.
- B. ahora lloro más que antes.
- C. Lloro continuamente.
- D. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

- A. No estoy especialmente irritado.
- B. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- C. me siento irritado continuamente.
- D. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **12. Retirada social**

- A. No he perdido el interés por los demás.
- B. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- C. He perdido gran parte del interés por los demás.
- D. he perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

- A. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- B. Evito tomar decisiones más que antes.
- C. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- D. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

- A. No creo tener peor aspecto que antes
- B. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- C. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- D. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

- A. Trabajo igual que antes.
- B. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- C. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- D. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

### **16. Insomnio**

- A. Duermo tan bien como siempre.
- B. No duermo tan bien como antes.
- C. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- D. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

### **17. Fatigabilidad**

- A. No me siento más cansado de lo normal.
- B. Me canso más que antes.
- C. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- D. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

### **18. Pérdida de apetito**

- A. Mi apetito no ha disminuido.
- B. No tengo tan buen apetito como antes.
- C. Ahora tengo mucho menos apetito.
- D. he perdido completamente el apetito.

### **19. Pérdida de peso**

- A. No he perdido peso últimamente.
- B. He perdido más de 2 kilos.
- C. He perdido más de 4 kilos.
- D. He perdido más de 7 kilos.

### **20. Preocupaciones somáticas**

- A. No estoy preocupado por mi salud
- B. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- C. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

D. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

## 21. Bajo nivel de energía

A. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

B. La relación sexual me atrae menos que antes.

C. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

D. He perdido totalmente el interés sexual.

### **ANEXO C: VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

<b>VARIABLE</b>	<b>CODIFICACIÓN DE VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
Edad	Menor de 50	CUANTITATIVA	DISCRETA
	51-60 años		
	61-70 años		
	71-80 años		
	Mas de 81 años		
Sexo	Femenino= 1	CUALITATIVA	DICOTÓMICA
	Masculino= 2		
Estado civil	Soltero= 1	CUALITATIVA	NOMINAL
	Casado= 2		
	Unión libre= 3		
	Separado= 4		
	Divorciado= 5		
	Viudo= 6		
Escolaridad	Primaria= 1	CUALITATIVA	NOMINAL
	Secundaria= 2		
	Preparatoria= 3		
	Universidad= 4		
	Posgrado= 5		
Ocupación	Ama de casa= 1	CUALITATIVA	NOMINAL
	Desempleado= 2		
	Obrero= 3		
	Empleado= 4		
	Independent= 5		
	Jubilado= 6		

## **ANEXO D: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en la encuesta: “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO EN LA UMF No. 28 DEL IMSS, APLICANDO EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- II”

Lugar y Fecha:

El presente cuestionario tiene como propósito “Identificar la PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE ACUERDO A SEXO”

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en la UMF 28, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste mi participación y de los beneficios derivados de la misma.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta que tenga acerca del test que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en el momento que yo decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido en el instituto.

Por medio de la presente yo, \_\_\_\_\_, acepto participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es: “Depresión en pacientes con cardiopatía isquémica”. Registrado ante el comité de investigación con el número \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

*Muchas Gracias por su Participación*

Investigadores responsables. Dr. Jafet Méndez López, Dr. José Manuel Luna Rodríguez.  
Coordinación de Educación e Investigación en Salud. UMF No. 28 "Gabriel Mancera" Av.  
Gabriel Mancera No. 800, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez Tels: 55596011/55596100 Ext  
21722