

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20.**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A TRASTORNO
DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO
DEGENERATIVAS DE LA UMF 20 VALLEJO**

PROYECTO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA LA ALUMNA:

DRA. EDITH VERONICA ANDRADE CONTRERAS

TUTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA



**MEXICO D.F.
2014**



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.

TUTORA

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS VALLEJO

Vo. Bo

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS VALLEJO

Vo. Bo.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS VALLEJO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme nuevamente el regalo de la vida y la oportunidad de seguir entre mis seres queridos.

A MI PADRE:

Aunque ya no te encuentras conmigo me enseñaste lo más importante, eres mi mejor ejemplo en todos los aspectos mi vida

A MI MADRE y HERMANOS:

A mi madre por sus incansables cuidados y desvelos pero sobre todo por su amor, a mis hermanos por compartir conmigo cada etapa de mi vida.

A MI ESPOSO Y A MIS HIJOS

Por soportar mi ausencia, mi cansancio y mis ratos de mal humor, y aun así brindarme su amor y su apoyo

A MIS FAMILIARES:

Por su apoyo incondicional en mis pruebas más difíciles

A MIS AMIGOS:

Por ayudarme y escucharme cuando más los necesité

A MIS TUTORAS:

Por sus enseñanzas y apoyo aún fuera de las actividades académicas, por brindarme la mejor formación para alcanzar mis metas.

A LOS MEDICOS DE BASE:

De las Rotaciones y de esta Unidad por compartir su conocimiento, su experiencia, sus consejos y sobre todo su apoyo para la realización de esta tesis.

Índice

Resumen

Marco teorico	1
Planteamiento del Problema	7
Objetivos	8
Hipótesis	9
Material y Métodos	10
Análisis de Resultados	19
Discusión	27
Conclusiones	29
Comentarios o sugerencias.....	30
Bibliografía	31
Anexos	33

RESUMEN

“FACTORES BIOPICOSOCIALES ASOCIADOS A TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS DE LA UMF 20 VALLEJO”

Andrade-Contreras Edith 1. Aguirre-García Ma. Del Carmen²

1. Médico residente; 2. Médico Familiar, UMF20

Introducción: La aparición de una enfermedad crónica en un miembro de la familia representa un impacto, el cual puede llevarlo a una crisis y/o al desarrollo de trastorno depresivo.

Objetivo: Determinar los factores asociados a trastorno depresivo en pacientes con enfermedades crónicas.

Material y método: Estudio analítico, en 250 pacientes con enfermedad crónica de más de un año de diagnóstico. Previo consentimiento se aplicó encuesta: Ficha de identificación, Graffar, Cuestionario MOS-SSS de apoyo social, Escala de Thomas Holmes e Instrumento de Duelo Andrade-Aguirre. Estadística descriptiva e inferencial (OR IC al 95%, Chi²).

RESULTADOS: Predomino femeninos 63.2%(58), casados 61.6%(154), inactivos 65.2%(163), primaria 44.4%(111) y estrato medio bajo 50%(125). Con Diabetes Mellitus Tipo 2 22%(55), tiempo de evolución de 12.57±9.11 años; sin complicaciones 51.6%(129). Con 3.69±1.62 cuidadores, percibe apoyo social 87.25%(218), apoyo emocional 90%(225), apoyo instrumental 96%(240), apoyo afectivo 99.6%(249), e interacción social positiva 90%(225). Sin crisis 83.6%(209), presencia de depresión 28.4%(71). Factores asociados a depresión: sexo femenino OR:2(p≤0.05), edad 50/59 años OR:3.77-6.34(p≤0.05), enfermedades reumáticas OR:7.86-15(p≤0.05), evolución de 1-4 años y más de 25 años de enfermedad OR:14(p≤0.05), y presencia de duelo OR:11.11(p≤0.05). Factores asociados a duelo: edad 43/47 años OR:6-17(p≤0.05), enfermedad renal OR:10-17 (p≤0.05) y enfermedad reumática OR:4-22(p≤0.05), evolución de 1-4 años OR:2-10(p≤0.05) e incrementa nuevamente de 25-29 años OR:5.4(p≤0.05).

Conclusiones: se encontró asociación de depresión en mujeres, adultos maduros, con enfermedades crónicas de tipo renales y/o reumáticas con un tiempo de evolución de más de 30 años, con duelo prolongado por enfermedad.

Palabras claves: Trastorno depresivo, enfermedad crónica y factores biopsicosociales.

“FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH CHRONIC DEGENERATIVE DISEASES OF THE FAMILY UNIT MEDICINE No. 20 VALLEJO”.

Andrade-Contreras Edith¹ Aguirre-García Ma. Del Carmen ²

1. Family Physician 2. Family physician, Teacher in Family Therapy UMF 20.

Introduction: The appearance of a chronic illness in a family member represents an impact, than can take to a crisis and/or the development of depressive disorder.

Objective: Determine the factors associated whit depressive disorder in patients with chronic degenerative diseases.

Material and method: Analytical study in 250 patients with chronic degenerative disease more than a year of diagnosis, survery was applied prior: Record identification, Graffar, Questionnaire MOS-SSS of social support, Scale of Thomas Holmes and Andrade-Aguirre Prolonged Grief Instrument. Statistics descriptiva and inferential (OR IC al 95%, Chi²).

Results: Female predominance 63.2%(58), married 61.6%(154), ocupationally inactive 65.2%(163), primary school 44.4%(111) and average low socioeconomic status 50%(125). With Diabetes Mellitus Type 2 22%(55), time evolution de 12.57±9.11years; uncomplicated 51.6%(129). With 3.69±1.62 caregivers, perceived social support 87.25%(218), emotional support 90%(225), instrumental support 96%(240), affective support 99.6%(249), and positive social interaction 90%(225). Non crisis 83.6%(209), presence of depressive disorder 28.4%(71). Factors associated with depressive disorder: female OR:2(p≤0.05), age 50/59 years OR:3.77-6.34(p≤0.05), rheumatic disease OR:7.86-15(p≤0.05), evolution time of 1-4 years and more than 25 years of disease OR:14(p≤ 0.05), and presence of grief OR:11.11(p≤ 0.05). Factors associated with grief: age 43/47 years OR:6-17(p≤0.05), renal disease OR:10-17(p≤0.05) y rheumatic disease OR:4-22(p≤0.05), evolution time 1-4 years OR:2-10(p≤0.05) and increment again on 25-29 years OR:5.4(p≤0.05).

Conclusions: Association of depression was found in women, mature adults, with chronic renal diseases and rheumatic type, and presence of prolonged grief, with a time of evolution for over 30 years.

Keywords: Depressive disorder, chronic diseases and biopsychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

La depresión forma parte de los trastornos del estado del ánimo, los cuales son de las enfermedades mentales más prevalentes y afectan dos veces más a mujeres que a hombres. Desde 1960, la depresión se ha diagnosticado como depresión mayor (trastorno depresivo mayor) basada en criterios sintomáticos preestablecidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, mientras que los casos leves se clasifican como distimia, aun cuando no existe una clara distinción entre ambos. Para que se establezca el diagnóstico de depresión mayor se requiere un cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, acompañado de varios cambios psicofisiológicos, entre ellos alteraciones del sueño, apetito o deseo sexual, estreñimiento, pérdida o incapacidad para presentar placer en el trabajo o con amigos (anhedonia), llanto, ideación suicida, bradilalia y bradiscinesia.

En el año 2001, la OMS estimó que la prevalencia de depresión en el mundo es del 5-10%, y el riesgo de padecerla durante la vida es del 10-20% para las mujeres y sólo un poco menor para los hombres. Por ello, esta organización ubica a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, señalando que, para el año 2020, si no antes, estará en segundo lugar. Las personas menores de 45 años son las que más frecuentemente desarrollan depresión, en contraste con lo que sucede con las de mayor edad, es decir, es más probable que la enfermedad se manifieste durante los años de vida laboral productiva. La edad de inicio típica para la depresión es entre los 20-40 años.

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002.

De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan⁴, una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años ($p=20.4\%$, error estándar, $ee= 1.7$)

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9).^{1,7} En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores.¹ De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años.

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves». La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Se menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en el que se use.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física.

El funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas según OMS.

Cuando se evalúa este aspecto en enfermedades crónicas, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés o de los trastornos debido a la inclusión de ítems que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito.

El funcionamiento social hace referencia, según la OMS, al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Algunos trabajos en los que se ha evaluado el importante papel que juegan diferentes variables psicológicas y sociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud. Acciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.(1)

Un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente la enfermedad crónica multifactorial, ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

El médico familiar no debe olvidar que estos enfermos presentan descontrol de su padecimiento, mal apego a este y secundario a ello aumento en la morbi - mortalidad, por el riesgo de complicaciones Y casos de suicidio secundarias a su padecimiento lo cual justifica este estudio.

MARCO TEORICO

La OMS define a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica.

Lo anterior obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

La etapa crítica de la enfermedad crónica identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias; otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social-familiar. Los investigadores identificaron un tipo de negación que se presentaba antes del diagnóstico y que podía llegar a significar un obstáculo para acceder al tratamiento. (1).

La depresión forma parte de los trastornos del estado del ánimo, los cuales son de las enfermedades mentales más prevalentes y afectan dos veces más a mujeres que a hombres. Desde 1960, la depresión se ha diagnosticado como depresión mayor (trastorno depresivo mayor) basada en criterios sintomáticos preestablecidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, mientras que los casos leves se clasifican como distimia, aun cuando no existe una clara distinción entre ambos. Para que se establezca el diagnóstico de depresión mayor se requiere un cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, acompañado de varios cambios psicofisiológicos, entre ellos alteraciones del sueño, apetito o deseo sexual, estreñimiento, pérdida o incapacidad para presentar placer en el trabajo o con amigos (anhedonia), llanto, ideación suicida, bradilalia y bradicinesia. Y estos cambios deben durar un mínimo de dos semanas e interferir considerablemente con las relaciones interpersonales y la actividad laboral.(2).

En el año 2001, la OMS estimó que la prevalencia de depresión en el mundo es del 5-10%, y el riesgo de padecerla durante la vida es del 10-20% para las mujeres y sólo un poco menor para los hombres. Por ello, esta organización ubica a la depresión como la

cuarta causa de discapacidad en el mundo, señalando que, para el año 2020, si no antes, estará en segundo lugar. Las personas menores de 45 años son las que más frecuentemente desarrollan depresión, en contraste con lo que sucede con las de mayor edad, es decir, es más probable que la enfermedad se manifieste durante los años de vida laboral productiva. La edad de inicio típica para la depresión es entre los 20-40 años.

Otros factores sociodemográficos vinculados al desarrollo de depresión son: el divorcio, la viudez, un nivel socioeconómico bajo o desfavorable y un bajo nivel educativo. Es el motivo de consulta más habitual para los psiquiatras y uno de los más comunes en general. Además, de acuerdo con la OMS, sólo el 30% de los casos se diagnostica y se trata apropiadamente(2).

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002.

De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan, una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años ($p=20.4\%$, error estándar, $ee=1.7$)

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9).^{1,7}En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años(3).

El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, 1,11 y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso [$\chi^2(1)=2.3$, $p=0.13$]. Las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión.

Por otro lado, el estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres [$\chi^2(3)=124.4$, $p<0.001$](21). Finalmente, se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión. Una multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales. Los ejemplos abundan en cuanto a

diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón; 15-19 diabetes mellitus, 20,21 hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable,22 trastorno de ansiedad, 23 suicidio e ideación suicida 24 y complicaciones en el tratamiento de cáncer, 25 entre otros.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, grupo en el que la prevalencia es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, que se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año.

En cualquier caso, es importante rescatar aquí que encuestas que se realizaron recientemente en 17 países muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresivo tienen consistentemente cerca de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido, como diabetes (OR= 3.8 ; IC 95%= 3.5–4.2), enfermedad respiratoria (OR= 3.9 ; IC 95%= 3.6–4.3), enfermedad del corazón (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.7–4.3) o artritis (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.5–4.4).20. Adicionalmente, los autores hallaron que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado. Por ejemplo, las personas que padecían trastornos mentales y diabetes al mismo tiempo tuvieron un riesgo aproximadamente nueve veces mayor de discapacidad que quienes no tuvieron ningún trastorno (OR= 8.8; IC 95%=6.9–11.1), y siete veces mayor para quienes padecieron comorbilidad psiquiátrica y enfermedad del corazón (OR= 6.9; IC 95%= 5.7–8.4). (3).

La diabetes mellitus representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, está considerada un problema de salud pública por las altas tasas de mortalidad, la repercusión en la calidad de vida y las complicaciones e incapacidades.

Para el año 2000 se estimó que en el continente americano aproximadamente 35 millones de personas padecen de diabetes mellitus de los cuales el 54% corresponde a América latina y el Caribe.

Los pacientes presentan diferentes grados de estrés por las limitaciones en su diario vivir y las alteraciones en su homeostasis familiar, entre otros. El enfoque del paciente diabético debe ser integral ya que afecta no solo los aspectos físicos sino también el psicológico y el social.

La pérdida de energía y los cambios en la alimentación en las personas deprimidas puede afectar el buen autocuidado. No practicar un buen autocuidado por parte del paciente diabético puede traducirse en niveles no controlados de azúcar en la sangre, que puede ocasionar pérdida de energía y de sueño, así como otras señales de depresión y precipitar las complicaciones de la enfermedad, mismas que pueden agravar la depresión.

La depresión tiene varias implicaciones. En primer lugar, tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que interfiere en el funcionamiento psicosocial y bienestar del paciente, sin importar las complicaciones propias de la enfermedad.

El diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes resulta difícil ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia, pérdida de peso, ataque al estado general, insomnio, trastornos cognitivos como alteraciones de la memoria y disminución de la libido, se observan en ambos padecimientos(3).

Otra enfermedad crónica importante y más frecuente es la HTA, la prevalencia de HTA afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los estados unidos y 1 billón en todo el mundo, y también es una de las comorbilidades en que se presenta trastorno de depresión. (4)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, dolorosa e invalidante que ataca a las personas en la mayoría de los casos, entre los 30 y 50 años, en plena edad productiva, lo que produce un gran impacto emocional para el paciente, su familia y en el desempeño laboral.

En el dolor, e incluso en la propia naturaleza de la artritis reumatoide, la depresión, la ansiedad y la ira se presentan como variables relevantes. Por otra parte, los pacientes con esta patología desarrollan distintos niveles de incapacidad funcional, lo que favorece la aparición de consecuencias emocionales negativas (ansiedad, ira, tristeza, depresión) que afectan al dolor y al curso del propio trastorno. Investigadores en Brasil en un trabajo encontraron que 33,7% de los pacientes con artritis reumatoide presentaban trastornos ansiosos y depresivos. Vieron que la aparición de la depresión estaba relacionada con la mayor actividad de la enfermedad.

En nuestro país no existen estudios que busquen relacionar la AR con la Depresión, ni un plan de apoyo psicológico sistematizado a estos enfermos. (5).

Diversos estudios muestran que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención. Por ejemplo, en un estudio de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) se encontró que las personas con trastornos depresivos o de ansiedad tenían marcadamente mayores costos de atención durante el año anterior, pues alcanzaron un total de 2,390 dólares, mientras que las personas que no padecieron los trastornos tuvieron un promedio de 1,397 dólares, y diferencias amplias en costos de la atención persistieron aun después de controlar estadísticamente por comorbilidad.

En el caso de población anciana, un reporte con una muestra representativa de la Ciudad de México comparó las tasas de utilización de servicios de salud de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión y morbilidad grave en los últimos seis meses y

encontró que las personas con depresión y sin comorbilidad reciente tuvieron una razón 64% mayor que las que no tenían depresión (OR=1.64; IC 95%=1.3–2.1), y para las que tenían comorbilidad y depresión la razón fue aún mayor (OR=2.6; IC 95%=2–3.3).

Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica mostraron que menos de una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema. Los datos acerca de los trastornos del ánimo fueron levemente mayores (26.0%, error estándar, ee= 2.6). Peor aún, los enormes déficits en materia de atención de problemas de salud mental incluyen a más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos, y casi a la mitad de los jóvenes entre 12 y 17 años que padecen algún trastorno depresivo. Estos datos concuerdan, lamentablemente, con observaciones realizadas 10 y 20 años antes, cuando la Organización Mundial de la Salud encontró que uno de cada cuatro pacientes que solicitaban servicios de salud cursaban con un problema de salud mental, siendo la depresión y ansiedad los más comunes.

Otro de los magníficos estudios que han sido posibles gracias al esfuerzo realizado para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es el publicado en el American Journal of Public Health acerca de la edad de primera ocurrencia de los trastornos mentales y el tiempo que tardan en recibir atención. Los resultados no fueron satisfactorios, pues a pesar de que una elevada proporción de los casos de trastornos mentales hicieron algún contacto para su tratamiento, al menos 30% nunca recibió ayuda (a pesar de tener sintomatología suficiente para algún trastorno depresivo); más aún, sólo 16% recibieron atención durante el primer año en que se generó el trastorno por primera vez, y la mediana de demora en la búsqueda de la atención para trastornos depresivos fue de 14 años.

Lamentablemente, el panorama de tratamiento para trastornos mentales entre adolescentes que residen en la Ciudad de México tampoco es favorable, pues sólo una parte de los jóvenes recibió tratamiento que cumple con los mínimos indispensables, correspondiendo los porcentajes más altos a aquellos que recibieron servicios en consultorios que no eran unidades de salud o escuelas (89.7 y 88.7%, respectivamente) y más bajos los que recibieron los servicios en unidades de salud o cualquier otro lugar (61.5 y 60.4%, respectivamente).

Refieren que la depresión y la diabetes mellitus son los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar.

El diagnóstico de la depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la cuarta revisión del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.

Se presume que el médico familiar en atención primaria identifica con baja frecuencia los trastornos depresivos, de los cuales entre un tercio y la mitad permanecen sub-diagnosticados.

De tal forma, las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud y ocupan un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos, sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

El estudio de los trastornos depresivos está cobrando importancia internacional y nacional, sin embargo, sobre todo en el primer nivel de atención, se carece de investigaciones que aporten datos epidemiológicos de la situación actual de los trastornos depresivos y su comorbilidad con la diabetes mellitus. Otro aspecto que justifica estas investigaciones la falta de pesquisas acerca de los trastornos depresivos por parte de los médicos de atención primaria: a pesar de las evidencias sobre la prevalencia de la depresión en los pacientes con diabetes atendidos en unidades de medicina familiar, más de la mitad de los afectados no es identificada (3).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio.

La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral.

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución.

En cualquier caso, es importante rescatar aquí que encuestas que se realizaron recientemente en 17 países muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresivo tienen consistentemente cerca de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido, como diabetes (OR= 3.8 ; IC 95%= 3.5–4.2), enfermedad respiratoria (OR= 3.9 ; IC 95%= 3.6–4.3), enfermedad del corazón (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.7–4.3) o artritis (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.5–4.4).²⁰ Adicionalmente, los autores hallaron que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado. Por ejemplo, las personas que padecían trastornos mentales y diabetes al mismo tiempo tuvieron un riesgo aproximadamente nueve veces mayor de discapacidad que quienes no tuvieron ningún trastorno (OR= 8.8; IC 95%=6.9–11.1), y siete veces mayor para quienes padecieron comorbilidad psiquiátrica y enfermedad del corazón (OR= 6.9; IC 95%= 5.7–8.4).

Por lo que de lo anterior surgió nuestra pregunta de investigación:

¿CUALES SON LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA UMF No. 20?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores biopsicosociales asociados a los pacientes que presentan trastorno depresivo con Enfermedades Crónicas.

Objetivos Específicos

1. Describir perfil clínico de los pacientes (enfermedad, tiempo de evolución, percepción de complicaciones)
2. Evaluar la presencia o no de depresión
3. Identificar los factores asociados:
 - Biológicos: edad y sexo.
 - Psicológicos: Duelo prolongado, crisis por readaptación social, trastorno depresivo.
 - Sociales: redes de apoyo familiar, social e institucional, escolaridad, estado civil, actividad laboral, nivel socioeconómico.
4. Describir la fuerza de asociación de las variables estudiadas.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

Existen factores asociados que influyen en el desarrollo de trastorno depresivo en pacientes con enfermedades crónico degenerativas de la UMF No. 20.

HIPOTESIS NULA

No existen factores asociados para el desarrollo de depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1 -LUGAR DEL ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS, Calzada Vallejo 675 Magdalena de las Salinas Tel 55874422 extensión 15320 México, D.F.

2.-DISEÑO DEL ESTUDIO: Transversal Analítico

3.-POBLACION DE ESTUDIO: Pacientes con cualquier enfermedad crónico degenerativa de la UMF no. 20 con mas de una año de evolución.

CRITERIOS

A. DE INCLUSIÓN

1. Pacientes mayores de 18 a 69 años
2. Con enfermedades crónicas degenerativas
3. Pacientes con cualquier tiempo de evolución
4. Pacientes con y sin complicaciones de su enfermedad
5. Pacientes registrados en la UMF No. 20
6. Pacientes con y sin trastorno Depresivo diagnosticado
7. Pacientes que desearon participar en el estudio

B. DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con secuelas de enfermedades cerebrovasculares incapacitantes
2. Pacientes con deterioro cognitivo o algún trastorno que le impidieron contestar el cuestionario.

C. DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que no llenaron o no respondieron correctamente los cuestionarios
2. Pacientes que no desearon continuar en el estudio

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente: Factores Asociados

Variable Dependiente: Trastorno Depresivo

Cuadro 1. Variables Independientes y Dependiente				
VARIABLES	FACTOR	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
BIOLOGICAS	Edad	Cuantitativa Nominal	Años cumplidos al momento del estudio	Interrogatorio directo, se agrupara en grupos con rango de 5 años.
	Sexo	Cualitativa Nominal	Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres de las mujeres, fenotipo que se observa a simple vista	Interrogatorio directo Masculino Femenino
SOCIODEMOGRÁFICAS	<i>Estado civil</i>	Cualitativa Nominal	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Interrogatorio directo: Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre.
	Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio	Interrogatorio directo: analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.
	Ocupación	Cualitativa Nominal	Acción y efecto de ocupar o trabajar	Interrogatorio directo: hogar, profesionalista, comerciante, empleado, otra (pensionado, jubilado, etc).
	Nivel socioeconómico	Cualitativa Nominal	Es un esquema internacional basado en las características sociales de la población	Método de Graffar Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9. Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13. Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17
PERFIL CLINICO	Tipo de Enfermedad Crónica Degenerativa	Cualitativa Nominal	La OMS define a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida.	Interrogatorio directo: enfermedad crónica degenerativa que padece: Hipertensión, Diabetes mellitus, Artritis reumatoide, SIDA, Lupus eritematoso, Asma, Enfisema, etc.

PERFIL CLINICO	Tiempo de Evolución de la Enfermedad	Discreta De Intervalo	Tiempo transcurrido desde la aparición de la enfermedad hasta el momento actual de la misma	Interrogatorio directo con los siguientes rangos: 0-5 años, 5-10 años 10-15 años, 15-20 años y más de 20 años
PERFIL CLINICO	Complicaciones de la enfermedad	Cualitativa Nominal	Presencia de cualquier otra patología que haya sido desencadenada o secundaria por la enfermedad crónica de base.	Interrogatorio directo Si presenta o no algún tipo de complicación
SOCIAL,FAMILIAR E INSTITUCIONAL	Red de Apoyo Social	Cualitativa Nominal	Se define como un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas objetos o acontecimientos. "Apoyo social: información verbal o no verbal, ayuda tangible o accesible dada por lo otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor."	Test de MOS-SSS Cuestionario MOS-SSS de 20 Ítems. El Ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. El puntaje se define como sigue: Puntuación total 57 puntos,24 para la emocional, 12 para la instrumental y 9 puntos para la interacción social y para afectivo.
PSICOLOGICO	Crisis	Cualitativa Nominal	Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.	Test de Holmes Es una relación de situaciones y puntos con la siguiente interpretación: Puntuación 300 +: En riesgo de enfermedad. Puntuación de 150 a 299 +: Riesgo de enfermedad moderado. Puntuación 150 -: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad.

PSICOLOGICO	Trastorno Depresivo	Cualitativa Nominal	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda, pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.	Instrumento CES-D. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 20 reactivos, que tiene un rango de 0 a 60. En los Estados Unidos se ha establecido un punto de corte de 16 para la identificación de casos de depresión. Se tomó un rango de 0-15 puntos para casos sin depresión y de 16 a 60 para casos con Depresión.
-------------	---------------------	---------------------	---	--

TIPO DE MUESTREO

Estratificado por consultorio.

Variables Dicotómicas

P= 1.15 Diferencia esperada 0.15

TAMAÑO DE MUESTRA

$$N = \frac{Z_{\alpha} \sqrt{P(1-P)(1/q_1 + 1/q_2)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1)(1/q_1) + (P_2(1-P_2)(1/q_2)}}{(P_1 - P_2)^2}$$

Z ALFA: 0.50 1.96
ZBETA: 0.20 0.842
NIVEL DE CONFIANZA 95%
PODER 90%

N: 250

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

El estudio fue realizado en la UMF No. 20 con un muestreo estratificado por consultorios, identificando pacientes que fueron portadores de enfermedades crónico degenerativas ya diagnosticadas o de reciente inicio, previo consentimiento y autorización del paciente para realizar las encuestas, en un periodo de seis meses. Se proporcionó a los participantes los instrumentos a evaluar para que fueron llenados por estos y/o con ayuda de un familiar o personal de salud, de forma confidencial.

Los instrumentos que se utilizaron para este estudio son los siguientes: Ficha de identificación que engloba los factores sociales y biológicos de los pacientes como son el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad, nivel socio-económico, actividad laboral.

Los factores biológicos que se consideraron son: el tipo de enfermedad crónico degenerativa que portan, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones si es que las porta, estos se engloban dentro de la ficha de identificación y correspondieron al perfil clínico de los pacientes.

Se aplicó el cuestionario CES- D, para evaluar la presencia de depresión, cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Graffar para conocer el nivel socioeconómico, Cuestionario de Holmes para detectar problemas de crisis familiar y por último el Cuestionario Andrade-Aguirre para Diagnóstico de Trastorno de Duelo Prolongado por pérdida del estado de salud, los cuales se describen a continuación:

ESCALA CES-D: La escala CES-D se creó con base tanto en los análisis de reactivos de otras escalas, como en las experiencias clínicas. La CES-D cuenta con 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva.

De acuerdo con el análisis factorial de la escala, 12 los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados: I. Afecto negativo; II. Afecto positivo; III. Relaciones interpersonales y IV. Actividad retardada y somatización. Las categorías de respuesta son: 0= ningún día, menos de un día; 1= de uno a dos días; 2= de tres a cuatro días; y 3= de cinco a siete días. Las categorías de respuesta para los reactivos de afecto positivo, se recodifican en el orden inverso. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 20 reactivos, que tiene un rango de 0 a 60. En los Estados Unidos se ha establecido un punto de corte de 16 para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos.

En México, se ha administrado la CES-D a jóvenes y adultos de ambos sexos, en poblaciones rurales y urbanas. Los resultados de estas investigaciones concuerdan en que la estructura factorial de la CES-D es diferente a la que informa originalmente Radloff. Sin embargo, los resultados también indican que esta escala posee una consistencia interna muy alta y, en general, las conclusiones de las investigaciones reiteran la utilidad de esta prueba.

CUESTIONARIO MOS- SSS DE APOYO SOCIAL : Fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo del MOS-SSS, del The Medical Outcomes Study Social Support Survey y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejo), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.

Se aplicará el cuestionario MOS de 20 Ítems. El Ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19), apoyo instrumental (2, 5, 12, 15), interacción social positiva (7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (6, 10 y 20). Se pregunta mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede obtener una puntuación total donde mayor puntuación sería mayor apoyo percibido.

MÉTODO DE GRAFFAR : En la primera fase de la evaluación, se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los cinco criterios que la clasificación enumera y en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más elevados (IV y V).

Profesión: Las familias se clasifican en cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia. Si la madre ejerce una profesión de nivel más elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia.

1º grado: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, ingenieros, profesionales con títulos universitarios o de escuelas especiales y militares de alta patente.

2º grado: Jefes de secciones administrativas o de negocios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos y comerciantes.

3º grado: Ayudantes o aprendices técnicos, diseñadores, cajeros, oficiales de primera, capataces y maestros de obras.

4º grado: Operarios especializados con entrenamiento técnico completo (por ejemplo motoristas, policías, cocineros, etc).

5º grado: Trabajadores manuales o operarios no especializados (por ejemplo: jornaleros, ayudantes de cocina, servicio de limpieza, etc).

Nivel de instrucción: Las categorías, similares a las de la profesión, son las siguientes:

1º grado: Enseñanza universitaria o su equivalente (12 o más años de estudio). Por ejemplo, catedráticos y asistentes, doctores o licenciados, títulos universitarios o de escuelas superiores o especiales, diplomados, economistas, notarios, jueces, magistrados, agentes del Ministerio Público, militares da Academia.

2º grado: Enseñanza media o secundaria completa, técnica superior completa (10 a 11 años de estudio). Por ejemplo, técnicos y peritos.

3º grado: Enseñanza secundaria incompleta, técnica media (8 a 9 años de estudio). Por ejemplo, individuos con cursos técnicos, industriales o comerciales, militares de bajo rango o sin títulos académicos.

4º grado: Enseñanza primaria completa, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).

5º grado: Enseñanza primaria de uno o dos años que saben leer o analfabetas.

Clasificación Social: La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios provee una clasificación final que corresponda a la clase social, conforma a la clasificación siguiente:

Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9.

Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13.

Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17.

Clase IV: Familias cuya suma de puntos va de 18 a 21.

Clase V: Familias cuya suma de puntos va de 22 a 29.

ESCALA DE THOMAS HOLMES PARA EVENTOS CRÍTICOS: Las crisis tienen comienzos identificables. Desde que los clínicos teóricos comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis vitales, tras las consecuencias del incendio de Boston's Coconut Grove Nightclub en 1941, la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Viney en 1976 resumió diversos

estudios que aislaban sucesos de la vida que tenían el potencial para precipitar una crisis vital. Embarazo, el nacimiento de un niño, maternidad sin matrimonio transición de la casa a la escuela, compromiso y matrimonio, duelo, migración, reubicación, jubilación y cambios sociales y tecnológicos rápidos.

Algunos sucesos son universalmente devastadores, que casi siempre son capaces de precipitar una crisis; por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido o la violación. Sin embargo otros sucesos no son en sí y por sí de una proporción digna de crisis, pero deben considerarse en el entorno del desarrollo total del individuo.

Con mucha frecuencia el hecho se interpreta por la presencia en crisis como el gran colmo, o al parecer como un acontecimiento de importancia menor al final de un larga lista de sucesos tensionantes. En 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe examinaron los registros médicos de más de 5.000 pacientes como una forma de determinar si los eventos estresantes pueden provocar enfermedades. A los pacientes se les pidió que rellenasen una lista de 43 acontecimientos estresantes de la vida sobre la base de una puntuación relativa, encontrándose que existe una correlación positiva de 0,118 entre los eventos de sus vidas y sus enfermedades. Aunque el valor de correlación es bastante bajo, el número de pacientes tratados (5.000) hace que sea significativo y sirva, por tanto, como punto de partida en la búsqueda de traumas emocionales asociados a la dolencia.(16)

Es una relación de situaciones y puntos con la siguiente interpretación:

0 a 149	:	No hay problemas importantes
150 a 199	:	Crisis leve
200 a 299	:	Crisis moderada
Más de 300	:	Crisis severa

INSTRUMENTO TDP ANDRADE –AGUIRRE TRASTORNO POR DUELO PROLONGADO : Aproximadamente un 10%-20% de los dolientes tienen importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida . El duelo complicado es a menudo difícil de distinguir de la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, enfermedades a veces asociadas al duelo y con cuya sintomatología se solapan, por lo que su definición es muy controvertida.

Para diagnosticar el duelo complicado —denominado ahora Trastorno por duelo prolongado— se pueden usar los siguientes criterios, propuestos por Prigerson et al, para ser incluidos en la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) de la American Psychiatric Association, en un intento de que se reconozca el duelo complicado como un trastorno mental específico y no como una subcategoría, como ocurre actualmente en el DSM-IV.

Este instrumento fue creado en base a lo anterior, contempla duelo patológico por pérdida del estado de salud, se modificaron algunos de los rubros del cuestionario para investigar el punto anterior, ya que no existe hasta la fecha ningún cuestionario para el estudio y diagnóstico de otro tipo de duelo. Las preguntas se realizaron en base a la presencia

reciente de alguna enfermedad crónica diagnosticada recientemente en el último año y diagnosticada previamente años atrás no importando el tiempo de evolución sino el tipo de enfermedad crónica. Fue revisado por especialistas en la materia, y se corroboró confiabilidad con alfa de Cronbach.

1. Criterio A. Presentar a diario, al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
 - Punzadas de dolor incontrolable por la separación.
 - Añoranza (recordar la ausencia con una enorme y profunda tristeza) intensa del fallecido.
2. Criterio B. Presentar a diario, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes:
 - Confusión acerca de cuál es el papel de uno en la vida o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
 - Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
 - Intento de evitar todo lo que recuerde que su ser querido ha muerto.
 - Sensación de incapacidad de confiar en los demás desde el fallecimiento.
 - Amargura o enfado en relación con el fallecimiento.
 - Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
 - Sentirse frío e insensible (emocionalmente plano) desde el fallecimiento.
 - Sentir que la vida es frustrante, que sin el fallecido está vacía y que no tiene sentido.
 - Sentirse como «atontado», aturdido o conmocionado.
3. Criterio C. La duración de estos síntomas es al menos de seis meses.
4. Criterio D. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas (p. ej. responsabilidades domésticas) de la persona en duelo.

Posteriormente se recolectaron y procesaron los datos por medio del programa estadístico SPSS. Y por último se graficaron y redactaron los resultados.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y estadística inferencial con OR e intervalo de confianza al 95% y Chi² considerando significancia cuando $p \leq 0.05$

Se obtuvieron los siguientes resultados: El perfil sociodemográfico observado fue predominio femenino en un 63.2% (n=58), casados en 61.6% (n=154), laboralmente inactivos en un 65.2% (n=163), escolaridad primaria completa y/o incompleta del 44.4% (n=111) y un estrato socioeconómico medio bajo en un 50% (n=125). (Cuadro 1).

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de los pacientes encuestados.

		VARIABLE	N	%
PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	ESTADO CIVIL	Soltero	17	6.8
		Casado	154	61.6
		Viudo	52	20.8
		Divorciado	12	4.8
		Unión Libre	15	6.0
	LABORALMENTE ACTIVO	Si	87	34.8
		No	163	65.2
	OCUPACION	Ama de casa	111	44.4
		Obrero	12	4.8
		Empleado	52	20.8
		Comerciante	19	7.6
		Otra	56	22.4
	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto	15	6.0
		Medio alto	89	35.6
Medio bajo		125	50.0	
Obrero		21	8.4	

Fuente: Encuesta aplicada a derechohabientes UMF No. 20

Dentro del perfil clínico se observó que la enfermedad crónica predominante fue Diabetes Mellitus tipo 2 en un 22% (n=55), con un tiempo de evolución de 12.57 ± 9.11 años en promedio, con un rango (1-42 años) y sin presencia de complicaciones de la enfermedad en un 51.6% (n=129). (Cuadro 2.)

Cuadro 2: Variables clínicas de los pacientes encuestados.

PERFIL CLINICO	VARIABLE		N	%
	TIPO DE ENFERMEDAD			
	CARDIOVASCULARES		52	20.8
	ENDOCRINAS		3	1.2
	GASTROINTESTINALES		5	2.0
	METABOLICAS		58	23.2
	MIXTAS		77	30.8
	RENALES		9	3.6
	RESPIRATORIAS		9	3.6
	NEUROLOGICAS		8	3.2
	ONCOLOGICAS		6	2.4
	REUMA		21	8.4
	OTRAS		2	.8
	TIEMPO DE EVOLUCION	1-4	57	22.8
		5-9	44	17.6
		10-14	54	21.6
		15-19	32	12.8
		20-24	34	13.6
		25-29	12	4.8
		30-34	9	3.6
		35-39	3	1.2
		40-44	5	2.0
	PRESENCIA DE COMPLICACIONES	SI	121	48.4
		NO	129	51.6

Fuente: Encuesta aplicada a derechohabientes UMF No. 20

El apoyo social, familiar e institucional fue valorado por escala de MOSSS, con respecto al apoyo percibido por los pacientes correspondiente al número de cuidadores fue una media de 3.69 ± 1.62 , apoyo global se observó en el 87.2% (n=218), con apoyo emocional de 90% (n=225), apoyo instrumental 96% (n=240), apoyo afectivo 99.6% (n=249), e interacción social positiva en un 90% (n= 225). (Cuadro 3).

Cuadro 3: Variables sociales de los pacientes encuestados.

APOYO SOCIAL FAMILIAR E INSTITUCIONAL	VARIABLE	N	%
	APOYO GLOBAL	218	87.2
	APOYO EMOCIONAL		
	Sin Apoyo	25	10.0
	Con Apoyo	225	90.0
	APOYO INSTRUMENTAL		
	Sin Apoyo	10	4.0
	Con Apoyo	240	96.0
	INTERACCION SOCIAL POSITIVA		
	Sin Apoyo	25	10.0
	Con Apoyo	225	90.0
	APOYO AFECTIVO		
	Sin Apoyo	1	.4
	Con Apoyo	249	99.6

Fuente: Encuesta aplicada a derechohabientes UMF No. 20

En el perfil psicológico observamos: sin riesgo de crisis en 83.6% (n=209), duelo 42% (n=105) y depresión de 28.4% (n=71).

Cuadro 4: Variables psicológicas de los pacientes encuestados

PERFIL PSICOLOGICO	VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje	
	CRISIS			
	Riego bajo	209	83.6	
	Riesgo moderado	38	15.2	
	Riesgo Alto o enfermedad	3	1.2	
	DUELO PROLONGADO			
	Sin Duelo	145	58.0	
	Con Duelo	105	42.0	
	DEPRESION			
	Sin Depresión	179	71.6	
	Con Depresión	71	28.4	

Fuente: Encuesta aplicada a derechohabientes UMF No. 20

Gráfico 1: Frecuencia Apoyo Social en los pacientes encuestados de la UMF 20.

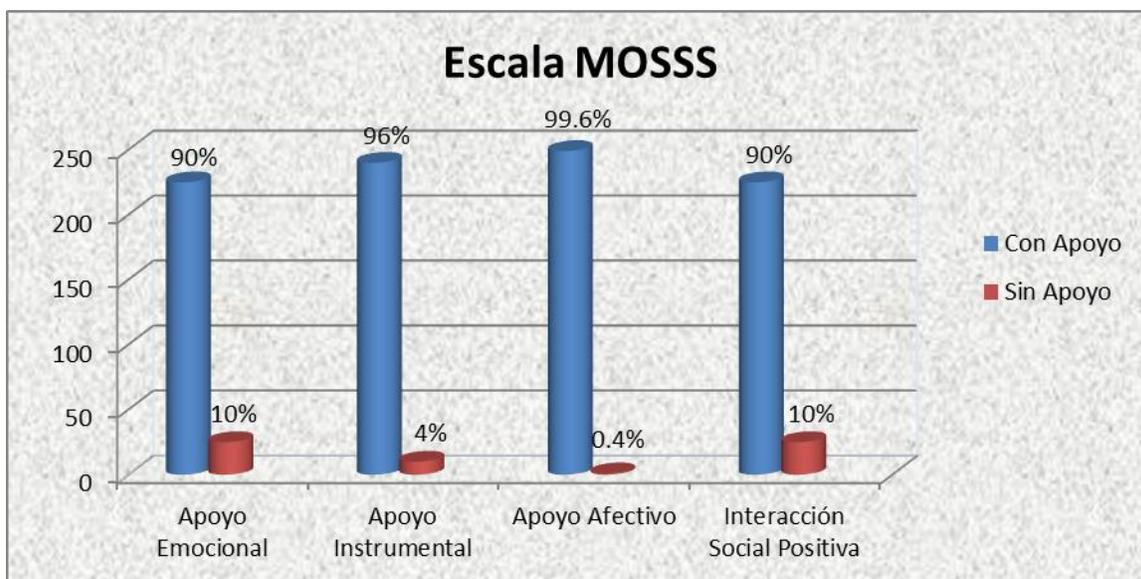


Gráfico 2: Frecuencia de crisis en los pacientes encuestados de la UMF

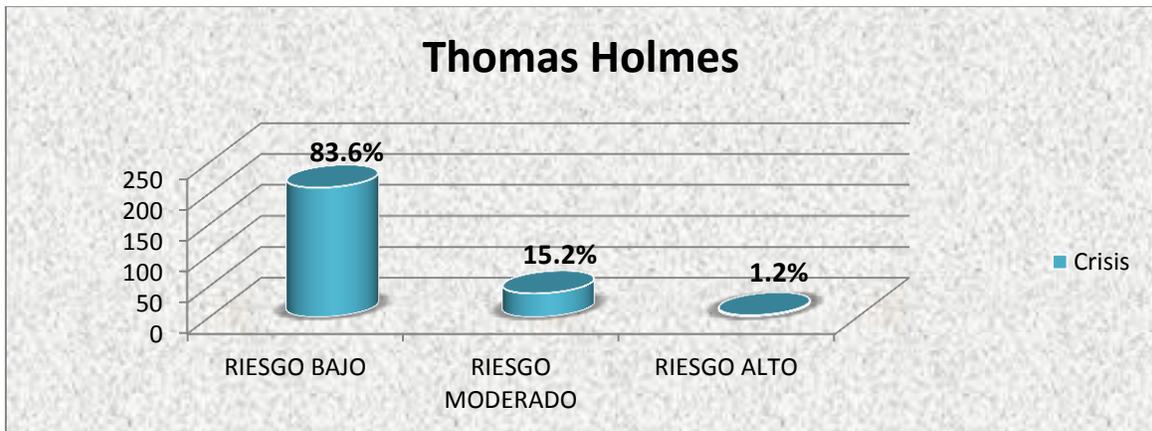
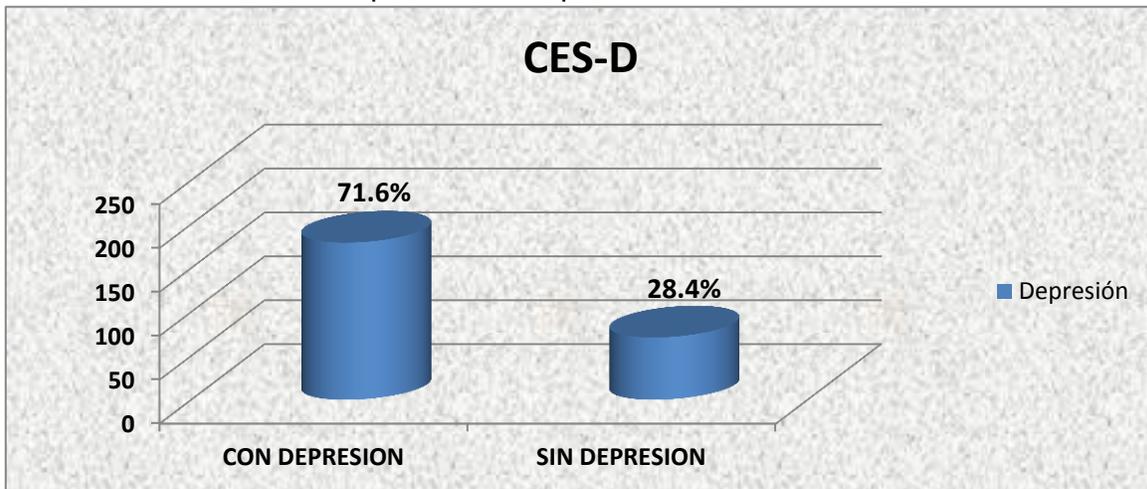


Gráfico 3: Frecuencia de Depresión en los pacientes encuestados de la UMF20.



Se observaron las siguientes asociaciones:

Los factores asociados a trastorno depresivo observados son: sexo femenino con un riesgo 2 veces mayor de presentar trastorno depresivo, una edad de 50 a 59 años con un riesgo de 3.77-6.34 veces mayor de presentar trastorno depresivo ($p \leq 0.05$).

Las enfermedades reumáticas tienen un riesgo de 7.86 a 15 veces mayor de presentar trastorno depresivo ($p \leq 0.05$).

Con un tiempo de evolución de 1-4 años y más de 25 años de enfermedad crónica aumentó el riesgo de presentar trastorno depresivo 14 veces más en un periodo de 35-39 años ($p \leq 0.05$).

La ausencia de complicaciones secundarias por enfermedad crónica aumenta el riesgo para presentar trastorno depresivo.

La presencia de duelo prolongado por enfermedad aumenta 11.11 veces el riesgo para la presencia de Depresión ($p \leq 0.05$). (Tabla 5).

Cuadro 5: Factores Biopsicosociales Asociados a Trastorno Depresivo, en pacientes de la UMF 20.

Asociación de variables	P	OR con IC 95%
SEXO		
Femenino vs. Masculino	0.012	2.075 (1.125-3.826)
EDAD		
43-47 años vs. 68-69 años	0.016	4.63 (1.07-20.82)
53-57 años vs. 58-62 años	0.009	3.77 (1.20-12.10)
53-57 años vs. 63-67 años	0.004	4.09 (1.36-12.55)
53-57 años vs. 68-69 años	0.001	6.34 (1.73-24.32)
58-62 años vs. 53-57 años	0.009	0.27 (0.08-0.84)
63-67 años vs. 53-57 años	0.004	0.24 (0.08-0.74)
68-69 años vs. 43-47 años	0.016	0.22 (0.05-0.94)
68-69 años vs. 53-57 años	0.001	0.16 (0.04-0.58)
ESTADO CIVIL		
Unión libre vs. Divorciado	0.044	0.18 (0.02-1.27)
ENFERMEDADES		
Cardiovasculares vs. Reumáticas	0.000	0.13 (0.04-0.47)
Cardiovasculares vs. Oncológicas	0.003	0.07 (0.00-0.69)
Metabólicas vs. Reumáticas	0.000	0.13 (0.04-0.44)
Metabólicas vs. Oncológicas	0.002	0.06 (0.00-0.65)
Mixtas vs. Reumáticas	0.000	0.07 (0.02-0.24)
Mixtas vs. Oncológicas	0.000	0.03 (0.00-0.35)
Reumáticas vs. Metabólicas	0.000	7.86 (2.27-28.43)
Reumáticas vs. Cardiovasculares	0.000	7.50 (2.13-27.68)
Reumáticas vs. Mixtas	0.000	15 (4.24-56.04)
Reumáticas vs. Neurológicas	0.025	7.50 (0.91-76.28)

TIEMPO DE EVOLUCION		
1-4 años vs. 10-14 años	0.044	2.29 (0.94-5.64)
1-4 años vs. 15-19 años	0.004	5.09 (1.43-19.77)
1-4 años vs. 20-24 años	0.002	5.45 (1.54-21.09)
15-19 años vs. 1-4 años	0.004	0.20 (0.05-0.70)
15-19 años vs. 25-29 años	0.008	0.14 (0.02-0.83)
15-19 años vs.30-34 años	0.006	0.11 (0.01-0.79)
15-19 años vs. 35-39 años	0.018	0.07 (0.00-1.41)
20-24 años vs.1-4 años	0.002	0.18 (0.05-0.65)
20-24 años vs. 25-29 años	0.006	0.13 (0.02-0.77)
20-24 años vs.30-34 años	0.004	0.11 (0.01-0.73)
20-24 años vs. 35-39 años	0.014	0.07 (0.00-1.31)
25-29 años vs 15-19 años	0.008	7.0 (1.21-44.60)
25-29 años vs. 20-24 años	0.006	7.50 (1.30-47.60)
30-34 años vs.15-19 años	0.006	8.75 (1.27-68.98)
30-34 años vs.20-24 años	0.004	9.38 (1.37-73.64)
35-39 años vs. 15-19 años	0.018	14 (0.71-519.04)
35-39 años vs.20-24 años	0.014	9.38 (0.76-554.95)
COMPLICACIONES		
Complicación vs depresión	0.000	0.330 (0.622-0.866)
DUELO		
Duelo vs depresión	0.000	11.11(5.67-21.75)

p= Chi² con RM e IC al 95%.

Los factores asociados a duelo prolongado por enfermedad fueron: una edad de 43 a 47 años con un riesgo de 6-17 veces mayor ($p \leq 0.05$). Enfermedad renal aumenta de 10-17 veces el riesgo de duelo por enfermedad y la enfermedad reumática incrementa el riesgo de 4-22 veces ($p \leq 0.05$).

El tiempo de evolución de 1-4 años presenta de 2-10 veces más riesgo de duelo prolongado, volviéndose a incrementar dentro de los 25-29 años 5.4 veces ($p \leq 0.05$).

Cuadro 6: Factores Asociados a Duelo en pacientes de la UMF 20.

Asociación de variables	P	OR CON IC 95%
EDAD		
43-47 años vs. 48-52 años	0.008	8.94 (1.29-78.40)
43-47 años vs. 53-57 años	0.023	6.50 (0.99-53.93)
43-47 años vs. 58-62 años	0.000	17.06 (3.09-124.04)
43-47 años vs. 63-67 años	0.000	13 (2.48-90.85)
43-47 años vs. 68-69 años	0.001	10.32 (1.83-75.98)
48-52 años vs. 43-47años	0.008	0.11 (0.01-0.78)
ENFERMEDAD		
Renales vs. Metabólicas	0.013	10.56 (1.19 - 239.5)
Renales vs. Mixtas	0.000	17.67 (2.03 – 3.98)
Reumáticas vs. Neurológicas	0.002	22.40 (1.83 - 624.75)
Reumáticas vs. Cardiovasculares	0.002	5.56 (1.56 – 20.86)
Reumáticas vs. Metabólicas	0.009	4.2 (1.22 – 15.40)
Reumáticas vs. Mixtas	0.000	7.07 (2.09 – 25.26)
TIEMPO DE EVOLUCION		
1-4 años vs. 5-9 años	0.010	2.89 (1.18-7.11)
1-4 años vs. 10-14 años	0.006	2.91 (1.25- 6.81)
1-4 años vs. 15-19 años	0.000	10.80 (3.25-38.25)
1-4 años vs. 20- 25 años	0.000	6.5 (2.26-6.81)
5-9 años vs. 1-4 años	0.010	0.35 (0.14-0.84)
5-9 años vs. 15-19 años	0.018	3.74 (1.09-13.58)
10-14 años vs. 1-4 años	0.006	0.34 (0.15-0.80)
10-14 años vs. 15-19 años	0.015	3.71 (1.12-13.0)

p= Chi2 con RM e IC al 95%.

DISCUSIÓN

A través del presente estudio se observó en la población estudiada con padecimientos crónicos que existe presencia de depresión en una cuarta parte de ellos, asociada al sexo femenino, edad de 50-59 años, y el padecer enfermedades Mixtas (Hipertensión y Diabetes mellitus tipo 2), Cardiovasculares (Hipertensión e Infarto Agudo al Miocardio), Metabólicas (Diabetes mellitus tipo 2), en especial que conllevan limitación física como Reumatológicas (Artritis reumatoide y Lupus Eritematoso Sistémico) y Renales (Enfermedad Renal Crónica). Cabe mencionar que el duelo prolongado por enfermedad también fue una variable asociada a la depresión.

En un estudio de la OMS¹⁹, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres. Al igual en el estudio observamos que el sexo femenino presentó un riesgo 2 veces mayor en comparación al masculino. Lo cual puede explicarse porque son las mujeres las que más acuden en busca de ayuda y/o de atención médica.

Las personas menores de 45 años son las que más frecuentemente desarrollan depresión, en contraste con lo que sucede con las de mayor edad, es decir, es más probable que la enfermedad se manifieste durante los años de vida laboral productiva. La edad de inicio típica para la depresión es entre los 20-40 años². No obstante en nuestro estudio encontramos una asociación de edad de 53 a 57 años con un riesgo de 3.77-6.34 veces mayor ($p \leq 0.05$). Posiblemente porque no consideramos población joven dado que la prevalencia de la enfermedad crónica es mínima en este grupo etáreo³.

El estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas, las personas separadas o que nunca se casaron tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión [$\chi^2(3)=124.4$, $p < 0.001$].²¹ En comparación con nuestros resultados el estado civil en relación con la depresión no fue significativo, únicamente observamos que el tener un estado civil: unión libre es un factor protector para no presentar depresión, ya que el contar con una pareja brinda una mayor red de apoyo, sobre todo durante la enfermedad.

Coimbra da Costa y Cols.⁵, en un trabajo en Brasil, encontraron que 33,7% de los pacientes con artritis reumatoide presentaban trastornos ansiosos y depresivos. En nuestros resultados observamos que las enfermedades reumáticas tienen un riesgo de 7.86 a 15 veces mayor de presentar trastorno depresivo ($p \leq 0.05$) en comparación con las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, dado que las primeras conllevan a un mayor grado de discapacidad y dependencia física.

Un estudio en pacientes con AR y Depresión⁵ el tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 9,87+9,15 años. En nuestro estudio se encontró una correlación con la depresión en un periodo de 1-4 años y nuevamente dentro de un periodo de más 25 años de evolución con enfermedad crónica, con un riesgo 14 veces mayor en un periodo de 35-39 años ($p \leq 0.05$). Esto dado que en los primeros años de diagnóstico se presentan varias etapas de afrontamiento de la enfermedad dentro de ellas la depresión, y en los años más avanzados se presentan secuelas o complicaciones, por lo que la presencia de depresión aumenta en estos periodos de tiempo. Las complicaciones secundarias de la enfermedad crónica se asocian en 67.6% con trastorno depresivo.

El duelo se pueden presentar una gama muy amplia de manifestaciones normales, a veces se asocia a problemas de salud, como depresión, ansiedad generalizada, crisis de angustia, abuso de alcohol o psicofármacos; y el duelo prolongado, a un aumento de la mortalidad por suicidio y eventos cardiovasculares, y a una mayor demanda de apoyo sanitario¹⁶ En nuestro estudio se observó que la presencia de duelo prolongado por enfermedad aumenta 11.11 veces el riesgo para la presencia de Depresión ($p \leq 0.05$). y por tanto llevar al paciente a una de las condiciones antes mencionadas.

En cuanto a duelo prolongado por enfermedad se observó que los factores asociados fueron: edad de 43 a 47 años con un riesgo de 6-17 veces mayor ($p \leq 0.05$). Enfermedad renal con un riesgo de 10-17 veces ($p \leq 0.05$) y la enfermedad reumática un riesgo de 4-22 veces ($p \leq 0.05$). Consideramos que estos factores afectan a los pacientes igual que en la depresión por el grado de discapacidad y dependencia que generan en el paciente.

El tiempo de evolución de 1-4 años presenta de 2-10 veces más riesgo de duelo prolongado, volviéndose a incrementar 5.4 veces ($p \leq 0.05$) dentro de los 25-29 años. Ya que durante los primeros años de diagnóstico el paciente puede quedarse en alguna etapa de resolución de duelo y no superarla hasta después de los 30 años de evolución, logrando adaptarse hasta este periodo a sus condiciones de salud y de vida.

En conclusión se encontró asociación de depresión en mujeres, adultos maduros, con enfermedades crónicas de tipo renales y/o reumáticas con un tiempo de evolución de más de 30 años y con la presencia de duelo prolongado por enfermedad.

CONCLUSIONES

- En el perfil sociodemográfico se identificaron los siguientes factores: femenino en 63.2%. casados en el 61.6%(154), laboralmente inactivos en 65.2%(163), primaria en el 44.4%(111) y estrato medio bajo 50%(125).
- El perfil clínico observado fue: paciente que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2 22%(55), un tiempo de evolución de 12.57±9.11 años; sin complicaciones 51.6%(129).
- Dentro de las Redes de apoyo : Los pacientes contaban con un promedio de 3.69±1.62 cuidadores, percibieron apoyo social 87.25%(218), apoyo emocional 90%(225), apoyo instrumental 96%(240), apoyo afectivo 99.6%(249), e interacción social positiva 90%(225).
- Se identificó presencia de depresión en 28.4%(71) y sin presencia de crisis en 83.6%(209).
- Los factores asociados a depresión encontrados fueron: sexo femenino OR:2(p≤0.05), edad 50/59 años OR:3.77-6.34 (p≤0.05), enfermedades reumáticas OR:7.86-15(p≤0.05), evolución de 1-4 años y más de 25 años de enfermedad OR:14(p≤ 0.05), y presencia de duelo OR:11.11(p≤ 0.05).
- Factores asociados a duelo: edad 43/47 años OR:6-17(p≤0.05), enfermedad renal OR:10-17 (p≤0.05) y enfermedad reumática OR:4-22(p≤0.05), evolución de 1-4 años OR:2-10(p≤0.05) e incrementa nuevamente de 25-29 años OR:5.4(p≤0.05).

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

De acuerdo a lo observado sugerimos continuar con esta línea de investigación, así como la implementación de estrategias dirigidas a la población y a sus familias para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión, para que coadyuven en una atención integral de calidad. También se recomienda la implementación de instrumentos para la identificación oportuna de la presencia de duelo prolongado ante la enfermedad para un mejor control de los pacientes, evitando con esto el desarrollo de depresión.

No obstante cabría ampliar la muestra, en edades o grupos etáreos más jóvenes, así como incluir algunos padecimientos de tipo infectocontagiosos, mieloproliferativos, entre otras comorbilidades. Consideramos de forma importante que al identificar la presencia de depresión en estos pacientes se estadifique el grado de depresión que presenten, ya que en nuestro nivel de atención es obligado el tratamiento oportuno de esta comorbilidad, lo cual ha demostrado ampliamente conlleva a un mejor control y pronóstico para los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas
ISSN: 1794-9998 / Vol. I / No. 2 / 2005 / pp. 125 - 137 Anarte, M.T., López, A.E., Ramírez, C. y Esteve, R. (2000).
2. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología
Jorge I. Castillo-Quan, Divia J. Barrera-Buenfil, Julia M. Pérez-Osorio, Fernando J. Álvarez-Cervera
Rev Neurol 2010; 51 (6): 347-359
Biessels GJ, Deary IJ, Ryan CM. Cognition and diabetes: a life-span perspective.
Lancet Neurology 2008; 7: 184-90
3. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México
Fernando A. Wagner,¹ Catalina González-Forteza,² Sergio Sánchez-García,³ Carmen García-Peña,³ Joseph J. Gallo⁴ Salud Mental Vol. 35 , No. 1 2012; 35:3-11
4. Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. Anales de Psicología, 16, 133-141.
5. Depresión en pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis Reumatoidea
Asunción (Paraguay)ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026
Investigadora Titular: María Isabel BordonYegros¹
CDID "Centro de Documentación. Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología"²
Universidad Católica "Ntra. Sra. De la Asunción"
6. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión¹
María Pilar Matud², Kenya Guerrero y Roberto G. Matías (Universidad de La Laguna, España) (Recibido 29 de noviembre 2004/ Received November 29, 2004) (Aceptado 6 de abril 2005 / Accepted April 6, 2005).
7. Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta Familiar. Clínica de Medicina
La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar
Depression and Its Management in Family Practice Boschetti-Fentanes B.*
Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre 2004 pp 61-63
American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th rev ed. Washington, DC: APA, 1994.
8. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar*
Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta Familiar. Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. ISSSTE. Profesora del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. 1Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre 2004 pp 61-63

9. Análisis bibliométrico Catalina González-Forteza,¹ Fernando A. Wagner Echeagaray,² Alberto Jiménez Tapia¹. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México

1 Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.

2 Prevention Sciences Research Center. School of Community Health and Policy. Morgan State University, EUA.

Salud Mental Vol. 35, No. 1, enero-febrero 2012

10. Caetano R, Medina-Mora ME. Factor structure of the CES-D scale among Mexican-Americans, Mexicans and the US population. Berkeley, CA: Alcohol Research Group, 1991. Documento no publicado. Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro JJ, González-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría 1992.

11. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychol Med 2005; 35(12):1773-1783.

Wagner et al. 10 Vol. 35, No. 1, enero-febrero 2012

12. Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1069-1077.

13. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 2004;13:93-121.

14. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research; 1993.

15. -Burish y Bradley, 1983 citado por Gil-roales, 2004. 2.- Brannon y Feist 2001. 3.- DSM IV-TR 4.^a edición texto revisado

16.- Slaikou, Karl A Teoría de la crisis: Manual para práctica e Investigación México, Manual Moderno 2000. pp 15 - 31

17.- Ley General de Salud: Título Quinto Capítulo I México, Decreto del Poder Ejecutivo Federal 2014

18.- Ramón R. Abarca Fernández. Código de Nürenberg, Declaración Helsinki. Código de Ética Médica. 2004

ANEXOS



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 1
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Factores Biopsicosociales Asociados a Trastorno Depresivo en Pacientes con Enfermedades Crónicas Degenerativas de la umf 20 Vallejo"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los factores asociados a trastorno depresivo en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas
Procedimientos:	Aplicación de instrumentos y/o escalas para identificar los factores biopsicosociales asociados a trastorno depresivo
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar la presencia de trastorno depresivo en pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando las el anonimato de los participantes y le entregara el resultado en cuanto lo solicite el participante
Participación o retiro:	Podrá participar si cumple con los criterios de inclusión y se podrá retirar en el momento que lo desee el participante
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

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: _____

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

Investigador Responsable: _____

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACION

Favor de contestar los siguientes datos. Lea cuidadosamente las preguntas y conteste los más acorde con su enfermedad:

EDAD: _____ SEXO. _____ ESTADO CIVIL _____

HASTA QUE GRADO ESTUDIO: _____

TRABAJA ACTUALMENTE: SI _____ NO _____

OCUPACION _____

QUE ENFERMEDAD CRONCO DEGENERATIVA PADECE _____

CUANTO TIEMPO TIENE DE PADECER ESTA ENFERMEDAD: _____

PRESENTA COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD SI _____ NO _____

TEST CES-D PARA DEPRESION

Durante la semana pasada, eso es desde _____ hasta el presente:	Raramente o ninguna vez (Menos de un día)	Alguna o poca vez (1-2 días)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentía que Ud. era tan buena como cualquier otra persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se sentía deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Se sentía optimista sobre el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pensó que su vida había sido un fracaso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Se sentía con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Su sueño era inquieto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Estaba contenta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Habló menos de lo usual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Se sintió sola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. La gente no era amistosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Disfrutó de la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Pasó ratos llorando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Se sintió triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sentía que no le caía bien a la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. No tenía ganas de hacer nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3

Cuestionario MOS-SSS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros

Tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes

Tipos de apoyo cuando lo necesita?

MARQUE CON UNA X EN EL RECUADRO QUE CONSIDERE

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre.
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4.- alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato					
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9.- alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones					
10.- Alguien que lo abrace					
11.- Alguien con quien pueda relajarse					
12.- Alguien que le preocupe la comida si no puede hacerlo					
13.- alguien cuyo consejo realmente deseo					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos					
17.-Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18.- Alguien con quien divertirse					

19.- Alguien quien comprenda sus problemas					
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

ANEXO 4

METODO GRAFFAR	
Profesión del Jefe de Familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitario, gerente, gran comerciante, ejecutivo de grandes empresas, etc. 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc. 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa 4. Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc. 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.
Profesión de la Madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universitaria o su equivalente 2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa 3. Secundaria incompleta y/o técnico inferior(cursos cortos) 4. Educación primaria completa 5. Primaria incompleta, analfabeta
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales, (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales, etc. 3. Sueldo quincenal o mensual 4. Salario diario o semanal 5. Ingreso de origen público o privado (subsídios)
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amplia, lujosa y en óptimas condiciones sanitarias 2. Amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias 3. Espacios reducidos, pero confortable y en buenas condiciones sanitarias 4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias 5. Improvisada o con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

ANEXO 5

INSTRUMENTO ANDRADE – AGUIRRE PARA TDP

Buen día, quisiéramos conocer como le ha afectado su enfermedad, por lo que le pedimos lea cuidadosamente y conteste lo más cercano a su sentir las siguientes preguntas:

C. En los últimos 6 meses mencione si diariamente ha presentado alguno de los siguientes síntomas:

A.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
Pensamientos Intrusivos (pesimismo, ideas de fracaso, nada resulta bien, etc.					
Sensaciones de dolor inexplicable					
Confusión acerca de cuál es el papel de uno en la vida					

B.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Dificultad para aceptar que tiene o padece una enfermedad					
Intenta evitar todo lo que le recuerde que está enfermo					
Sensación de desconfianza hacia los demás (No externo que estoy enfermo)					
Amargura o enfado en relación con mi enfermedad					
Sentirme mal por continuar mi vida de manera normal.					
Sentirse frío o insensible desde que enfermo					
Sentir que la vida es frustrante desde que enfermo					
Sentirse como atontado aturdido o conmocionado desde que enfermo					

D.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
La enfermedad me ha hecho evitar acudir a fiestas o reuniones familiares o salir con amigos.					
Evito comentar con la familia o amigos de mi enfermedad.					
Ha disminuido mi productividad laboral y/o he dejado de realizar mis actividades en casa.					

ANEXO 6

Marque con una X si usted se encuentra o pasa en este momento por alguna de las siguientes situaciones:

ESCALA DE THOMAS HOLMES		
EVENTO CRITICO	VALOR	
1 Muerte del cónyuge	100	
2 Divorcio	73	
3 Separación del matrimonial	63	
4 Causas penales	63	
5 Muerte de un familiar cercano	63	
6 Lesión o enfermedad personal	53	
7 Matrimonio	50	
8 Pérdida del empleo	47	
9 Reconciliación matrimonial	45	
10 Jubilación	45	
11 Cambios en la salud de un familiar	44	
12 Embarazo	40	
13 Problemas sexuales	39	

14 Nacimiento de un hijo	39	
15 Reajuste de negocios	39	
16 Cambios en el estado financiero	38	
17 Muerte de un amigo muy querido	37	
18 Cambio a línea diferente de trabajo	36	
19 Cambio a número de discusiones con la pareja	35	
20 Hipoteca mayor	31	
21 Juicio por una hipoteca o préstamo	30	
22 Cambio de responsabilidad en el trabajo	29	
23 Uno de los hijos abandona el hogar	29	
24 Dificultades con los parientes políticos	29	
25 Logro personal notable	28	
26 La esposa comienza (o deja de) trabajar	26	
27 Inicia o termina la escuela	26	
28 Cambio en las condiciones de vida	25	
29 Revisión de hábitos personales	24	
30 Problemas con el jefe	23	
31 Cambio de horario o condiciones de trabajo	20	
32 Cambio de residencia	20	
33 Cambio de escuela	20	
34 Cambio de recreación	19	
35 Cambio en las actividades religiosas	19	
36 Cambio en las actividades sociales	18	
37 Hipoteca o préstamo menor	17	
38 Cambio en los hábitos del sueño	16	
39 Cambio en el número de reuniones familiares	15	
40 Cambio en los hábitos alimentarios	15	

41 Vacaciones	13	
42 Navidad	12	
43 Violaciones menores a la ley	11	
TOTAL		