



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 76

“NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 23 DE
INFIERNILLO MICH”

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
INVESTIGADOR PRINCIPAL

DRA. MELINA TORRES ALANIS MAT 99176487
ADSCRITA U.M.F 23 INFIERNILLO MICHOACAN

ivanmendozaisidro@hotmail.com
TELEFONO: 7535313131

ASESOR DE TESIS

DR. EDUARDO ALBERTO UNG MEDINA MAT. 11340991
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD U.M.F. No 81

eduardo.ung@Imss.gob.mx
TELEFONO: 452 52 82781

COASESOR

DRA. CLAUDIA JANETH MORFIN MACIAS MAT.99172944
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION DE SALUD U.M.F No75

dr.claudiamorfin.imss.gob.mx

TELEFONO 452 52 36021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 23 DE INFIERNILLO MICH”

INDICE GENERAL

Portada.....	1
Indicé general.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	7
Marco Teórico.....	9
Planteamiento del problema.....	28
Pregunta de investigación.....	27
Justificación.....	29
Hipotesis.....	30
Objetivo.....	31
Material y métodos.....	32
Criterios de selección.....	33
Variables.....	34
Operacionalización de las variables.....	35
Metodología.....	37
Recursos.....	39
Análisis estadístico.....	40
Aspectos éticos.....	41

Resultados.....	45
Discusión.....	60
Conclusión.....	62
Cronograma.....	64
Bibliografía.....	65
Anexos.....	68

RESUMEN:

“NIVELES DE DEPRESION EN ADULTOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 23 INFIERNILLO MICHOACAN.”

Torres-Alanís M.* Ung Medina EA**, Morfin CJ***, *UMF No. 23 infiernillo, Michoacán. UMF81 Uruapan Michoacán.

INTRODUCCION

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). La depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo. Se advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida.

OBJETIVO:

Determinar los niveles de depresión en adultos derechohabientes de la U.M.F No. 23 infiernillo, Michoacán, del mes de noviembre 2017 a agosto 2018.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizará un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo en pacientes de 20 años y más, derechohabientes de la UMF No. 23 infiernillo, Michoacán. En el periodo comprendido de noviembre 2017 a agosto 2018. Utilizando escala de autoevaluación de BECK; para su análisis se aplicará estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Se considerará de significancia estadística a un valor de $p < 0.05$, utilizaremos paquete estadístico SPSS versión 20.

RESULTADOS:

La muestra fue de 50 pacientes adultos de 20 y más años, que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, los cuales aceptaron participar en el proyecto.

Los hallazgos señalan la existencia de depresión, encontrando que el 12% presentan una depresión severa, incidiendo en adultos de 65 años y más de edad, sin existir alguna distinción en el género, ya que se presentó el 6% en mujeres y 6% en hombres. Con depresión moderada el 6%, de lo cual el 4% en mujeres y 2% en hombres. Con depresión leve el 18%, de los cuales el 16% en mujeres y 2% en hombres.

Sin depresión el 64%, en tanto el 48% de estos son mujeres las cuales no tuvieron depresión.

CONCLUSIONES:

Con estos resultados podemos aportar que en estos pacientes existe la asociación de depresión con el ciclo de vida en que se encuentra el adulto mayor, en donde puede estar dado por el acontecimiento de independencia de los hijos pasando a padres solos, esto aunado probablemente a patologías crónicas existentes, y a que la exposición continua a estímulos estresantes, provocan procesos depresivos, que la prevalencia en la depresión en personas mayores de 65 años, aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce un impacto negativo en la calidad de vida y constituyendo un problema de Salud Pública.

Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor, que quienes padecen enfermedades crónicas, complicando el tratamiento y aumentando el riesgo de presentar nuevas crónicas.

Por consiguiente, nosotros recomendamos que debemos tener énfasis, en diagnosticar y otorgar un tratamiento oportuno de la depresión, en todos los niveles de atención, haciendo esto prioritario en el primer nivel, el medico familiar debe de conocer a su paciente y detectar los cambios imperceptibles del estado de ánimo del paciente, lo cual ayudará para mejorar la calidad de la atención en el adulto.

PALABRAS CLAVES: Niveles de depresión, test de Beck.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS 2006)

Sin duda alguna, la salud es el bien máspreciado para el individuo, pues enaltece el goce máximo, libertad y capacidad para realizar cualquier actividad sin restricciones físicas ni mentales.

Las enfermedades mentales se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad. Los casos en los que cualquier tipo de trastorno psicológico prevalece a lo largo de la vida son más numerosos de lo que antes se estimaba, están aumentando en grupos recientes y afectan casi a la mitad de la población (OMS 2012).

A pesar de ser comunes, en muchos de los casos las enfermedades mentales no llegan a ser diagnosticadas por los médicos. Los médicos identifican a menos de la mitad de aquellas personas que reúnen los criterios necesarios para que le sea diagnosticado un trastorno psicológico.

Además, los pacientes se muestran reacios a solicitar ayuda profesional. Sólo dos de cada cinco personas que padecen un trastorno del estado de ánimo, ansiedad o consumo de sustancias solicitaron ayuda en el año en que comenzó el trastorno (OMS 2011).

Los índices generales de trastornos psiquiátricos son casi idénticos entre hombres y mujeres, pero en las características de las enfermedades mentales aparecen diferencias de género asombrosas.

De acuerdo con la OMS (2013) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (Encuesta internacional de la Salud Mental OMS 2012), con una

prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos del 25% tiene acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés.

Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030.

Los trastornos mentales inciden de manera importante en el bienestar de los adultos mayores ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad de autocuidado y una vida plena con la familia y la sociedad. Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, estima que la población de adultos mayores para el 2050 será del 21%. Esto incrementará la demanda de servicios médicos relacionados con la salud mental.

MARCO TEORICO

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (1) La tasa alcanza un 13.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada un indicador de salud mental de su población.

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia.

En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en hombres es de 2.5%. (2)

En México, en el 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan el 1% del total las muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte.

Las entidades con mayor tasa de suicidios son Aguascalientes 9.2, Quintana Roo 8.8 y Campeche 8.5. (3)

En México al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. El sexo, la edad, y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión.

A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones, etiológica y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México. (4)

Diversas investigaciones indican que son las mujeres quienes con mayor frecuencia presentan la idea con el intento suicida, sin embargo, la mayoría de los casos los hombres son quienes consuman el hecho. (5)

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida del interés de las actividades que antes resultaban placenteras y que tiene el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva. (6)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría los problemas de salud mental como la depresión y la esquizofrenia se encuentran entre los múltiples factores que aumentan el riesgo de presentar una conducta suicida. (5)

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90 % en muchos países) no reciben estos tratamientos. Entre los obstáculos

se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, así como una valoración errónea.

En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (1)

Cabe mencionar que la tristeza es parte inherente a la depresión, mas no es un sinónimo. Una vez que se entiende que la tristeza es un sentimiento y la depresión una enfermedad que, aunque incluye a la tristeza no son lo mismo. Si se confunde lo que es la depresión, como está sucediendo, se considera a ella como una parte intrínseca de nuestra sociedad y no como un acontecimiento clínico, con lo que se corre el peligro de no dimensionar sus efectos y obviar la atención y consecuentemente el tratamiento que requiere. (7)

En una resolución en asamblea de la OMS adoptada en mayo 2013, se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Ya que la prevalencia mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento.

La OMS, tiene como respuesta que la depresión es una de las afectaciones prioritarias en el programa de la acción para superar la brecha en salud mental de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. (1)

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento de unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, **el concepto de Depresión** recoge la presencia de síntomas afectivos- esfera de los sentimientos o

emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (8)

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general y el estado de salud mental más común en los pacientes atendidos en atención primaria.

Aunque los síntomas de depresión son frecuentes entre los pacientes de atención primaria, pocos pacientes discuten estos síntomas directamente con sus médicos de atención primaria. En cambio, dos tercios de los pacientes de atención primaria con depresión presentan con síntomas somáticos (por ejemplo, dolor de cabeza, problemas de espalda, o dolor crónico), haciendo la detección de la depresión más difícil, se estima que solo el 50% de los pacientes con depresión mayor se identifican. A menos que directamente se le pregunte por su estado de ánimo, los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, incluyendo el miedo a la estigmatización, la creencia de que la depresión cae fuera del ámbito de la atención primaria, la creencia de que la depresión no es una enfermedad “real”, sino una falla personal, las preocupaciones sobre la confidencialidad del expediente médico, las preocupaciones acerca de la prescripción de medicamentos antidepresivos o de ser diferido a un psiquiatra (9), la discriminación, y el maltrato en las relaciones interpersonales, como la auto-segregación que genera en los enfermos. (2)

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro de la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies tristes, llanto fácil o espontáneo,

disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aún que resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas.

La depresión también puede concurrir con el abuso del alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. (10)

Las personas con cáncer pueden experimentar depresión, lo cual es un trastorno del estado del ánimo. Es posible que la depresión dificulte afrontar el tratamiento del cáncer. También puede interferir en su capacidad de tomar decisiones sobre su atención. En consecuencia, la identificación y el tratamiento de la depresión son aspectos importantes del tratamiento del cáncer. (11)

Hasta el momento poco sabemos en México sobre la magnitud de los trastornos de ansiedad entre la población en general y mucho menor es la información en pacientes embarazadas. (12)

También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y con algunos trastornos de la personalidad.

Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física.

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años de edad, por lo que tiene un gran impacto, en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales.

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (10)

La depresión en el anciano resulta de interés por su relación con el incremento de la demanda de servicios de salud, así como por su baja frecuencia de diagnóstico. (13)

La depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico mientras que en los adultos se presenta en un 4.5% de la población. (14)

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones:

Primero es difícil establecer diferencia entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión.

Segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causa o consecuencia de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

FACTORES PERSONALES Y SOCIALES:

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta.

Aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. (10)

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. (15)

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan.

La Encuesta Mundial de la Salud Mental determino que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada. (4)

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos). (16)

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, principalmente con los trastornos de ansiedad. (10) Las personas que padecen depresión por lo general ven todo con una actitud más negativa y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se pueden resolver de un modo positivo. (17)

Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor.

También la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales.

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor.

También la presencia de enfermedad cardíaca y las diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinemia, parecen aumentar el riesgo de depresión. (10)

FACTORES COGNITIVOS

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo BECK, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, en el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

FACTORES FAMILIARES Y GENETICOS

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. El patrón de presentación del cuadro puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. (10)

A pesar de diversos estudios en el área, todavía no se logra identificar los genes responsables de la vulnerabilidad a la depresión. La herencia genética, que parece ser un factor importante, ella por sí sola no es suficiente para desencadenar la enfermedad. (18)

La depresión es un trastorno emocional que puede presentarse bajo diferentes tipos e intensidades. Por la gran variedad de las características de la depresión hace que sea muy difícil establecer una tipología específica.

Lo mismo ocurre con los grados o la intensidad de la depresión, pero existe el acuerdo general en clasificar el trastorno depresivo en **tres grados**: leve, moderado y severo. (19)

El tipo de depresión dependerá de la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de los síntomas. (20)

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas típicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad; consumo excesivo del alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico del episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (21)

CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Existen tres maneras de clasificación: Test de Beck, DSM IV y CIE-10, entre las cuales existe una equivalencia en los diagnósticos.

LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es impórtate el adecuado diagnóstico diferencial. (22)

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (23)

Hasta el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico (APA 2002). Por lo que los estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica. En el caso del primer nivel de atención, es suficiente corroborar los síntomas enlistados por la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10). (24)

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39) la categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente y la primera se subdivide a su vez en:

-F32.0 EPISODIO DEPRESIVO LEVE

-F32.1 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

-F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

-F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

-F32.8 OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS

-F32.9 EPISODIOS DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

En cualquiera de estos casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

-ANIMO DEPRESIVO

-PERDIDA DE INTERES Y DE LA CAPACIDAD PARA DISFRUTAR

-AUMENTO DE LA FATIGABILIDAD

Tanto el CIE -10, como DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y el grado de deterioro funcional. (23)

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento.

Tiene como objetivo la evaluación sintomática, del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

Las escalas hetero-evaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa.

Las escalas auto evaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último el que elige cuál de los ítems refleja su mejor estado.

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

-Beck Depression Inventory (BDI)

-Hamilton rating Scale for Depression (15)

La escala de BECK es el más utilizado para evaluar la gravedad de la enfermedad. Es uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de síntomas depresivos en adultos. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Mendelson, Mock y Erbaugh.

TECNICA DE APLICACIÓN:

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el

número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer cada uno de los enunciados antes de elegir su respuesta.

INTERPRETACION:

Se suma el puntaje dado en cada ítem (cada ítem se valora de 0 a 3) y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero.

Se suma solo un puntaje cada ítem, el mayor si se marcó más de uno. (25) (ANEXO 2)

- . Una calificación de 0 a 13: Sin depresión
- . Una calificación de 14 a 19: Depresión Leve
- . Una calificación de 20 a 28: Depresión Moderada
- . Una calificación de 29 a 63: Depresión Severa

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DEPRESION

Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave, donde a la depresión leve se le consideran otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos. Se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve y antecedentes de episodios moderados o graves, recomendando en depresión leve ante la presencia de otras enfermedades médicas o comorbilidad asociada.

Se recomienda citar en el plazo máximo de 15 días a cualquier paciente con depresión que no reciba tratamiento farmacológico.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina (ISRS), son fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor. En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo. A los pacientes que reciban tratamiento con cualquier antidepresivo tricíclico y no lo toleren se les deberá prescribir un ISRS. (27)

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) son una alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a ellos.

Los nuevos fármacos podrían utilizarse en caso de intolerancia a los ISRS, guiándose por el perfil de sus efectos adversos. Los perfiles concretos de pacientes podrían aconsejar diferentes fármacos, guiándose más por los efectos adversos que por su eficacia. La venlafaxina debe considerarse un tratamiento de segunda línea en pacientes con depresión mayor.

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo y especialmente de la duración del tratamiento. Es recomendable informar especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los antidepresivos y el seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser estrecho, al menos en las 4 primeras semanas. (27)

Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada y sean tratados con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento.

En depresión mayor grave tratados ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 8 días tras la instauración del tratamiento. El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión, en pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.

La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión. En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda:

- Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.
- Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica

Ante un paciente que no mejora con el tratamiento farmacológico inicial para la depresión, se recomienda:

- Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo.
- Verificar el cumplimiento del tratamiento.
- Confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas.

Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias:

- Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico.

- Combinar antidepresivos.
- Potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina.

No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras 3 semanas de tratamiento no se produce respuesta. La asociación de ISRS con mirtazapina o mianserina podría ser también una opción recomendable, pero teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos. En caso de resistencia a varios tratamientos con las pautas referidas previamente, valorar la utilización de Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa (IMAO), ya que no existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamacepina, lamotrigina, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodiazepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos. (27)

PSICOTERAPIA

Las intervenciones psicológicas deberían ser proporcionadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada. Esto resulta especialmente importante en los casos más graves.

En la depresión leve y moderada, debería considerarse el tratamiento psicológico breve específico (como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-conductual breve) de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.

El tratamiento psicológico de elección para la depresión moderada, grave o resistente es la terapia cognitivo-conductual. La terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable, para la depresión moderada y grave, el tratamiento psicológico adecuado debería comprender entre 16 a 20 sesiones durante al menos cinco meses.

La terapia cognitivo-conductual se ofrece a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal. La terapia de pareja debería considerarse, si fuera procedente, en caso de no obtener una respuesta adecuada con una intervención individual previa.

Debería considerarse la terapia cognitivo-conductual para los pacientes que no han tenido una respuesta adecuada a otras intervenciones o tengan una historia previa de recaídas y síntomas residuales pese al tratamiento. La terapia cognitivo-conductual debería considerarse para los pacientes con depresión recurrente que han recaído pese al tratamiento antidepresivo o que expresen una preferencia por el tratamiento psicológico. Para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento farmacológico y/o con múltiples episodios de recurrencia, debería ofrecerse una combinación de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.

A los pacientes con depresión crónica debería ofrecérseles una combinación de terapia cognitivo-conductual y medicación antidepresiva. Cuando se aplique la terapia cognitivo-conductual en los pacientes más graves, deberían tenerse en cuenta de forma prioritaria las técnicas basadas en la activación conductual.

Otras intervenciones psicológicas diferentes a las anteriores podrían resultar de utilidad en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares asociadas frecuentemente al trastorno depresivo. (27)

OTROS TRATAMIENTOS

De forma general, en los pacientes con depresión mayor grave no está recomendada la autoayuda guiada. Sin embargo, en los pacientes con depresión leve o moderada, los profesionales podrían considerar la recomendación de programas de autoayuda guiada en base a terapia cognitivo-conductual. La participación en grupos de apoyo no se considera una medida

eficaz de tratamiento, en solitario o combinada con otras medidas terapéuticas, en pacientes con trastorno depresivo mayor.

A los pacientes con depresión leve-moderada se les debería recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada, frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas. (27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona. Provoca angustia mental y repercuten la capacidad de las personas.

El paciente deprimido (a), es un hallazgo de prevalencia en las visitas al médico, donde su motivo de consulta se asocia a síntomas físicos de depresión, tornándose evidentes, relacionados con generadores de estrés, desarrollándose en un ambiente familiar de tensión, propiciando situaciones conflictivas específicamente desfavorables para el buen desarrollo de sus integrantes, afectando la capacidad de las personas para llevar a cabo las tareas cotidianas, lo que en ocasiones provoca efectos que repercuten sobre las relaciones con la familia, y su entorno social.

La depresión se ha tornado de manera importante en la segunda causa de carga global de enfermedad, según la (OMS).

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos de la UMF 23 en Infiernillo Michoacán?

JUSTIFICACION

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez un aumento en la utilización de servicios de salud, con mayores costos en los sistemas de salud, es por eso la importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado.

Debido a que en la UMF 23 de Infiernillo, Michoacán, se ha observado la existencia de casos de depresión en la población derechohabiente, en donde un porcentaje de personas padecen alteraciones en el estado de ánimo, tristeza, pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, alteraciones en el sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que en alguno de los casos se ven vinculados con la ideación suicida.

La depresión incide de manera importante en el bienestar de los pacientes ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad del autocuidado y el bienestar familiar; por lo que es de mi interés identificar los niveles de depresión que existen en los pacientes de la UMF 23 de Infiernillo Michoacán, donde utilizaremos el instrumento de Beck, que nos permitirá, poder favorecer la intervención oportuna en el manejo, así mismo realizar una derivación al segundo nivel de atención donde se otorgue el tratamiento farmacológico especializado, el instituto no cuenta con el servicio de Psicología en la mayoría de sus unidades médicas, solo se cuenta con el servicio de trabajo social en algunas de ellas.

HIPOTESIS

H1

Existe depresión en adultos de la población derechohabiente de la UMF 23 de Infiernillo Michoacán

H0

No existe depresión en la población adulta derechohabiente de la UMF 23 de Infiernillo Michoacán

OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de depresión en los adultos de la UMF 23 de Infiernillo Michoacán

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Identificar edad de los pacientes con depresión
- Identificar género de los pacientes con depresión
- Mencionar la ocupación de los pacientes con depresión
- Mencionar el estado civil de pacientes con depresión
- Conocer el número de hijos de pacientes con depresión
- Conocer la religión de pacientes con depresión

MATERIAL Y METODOS

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, trasversal y prospectivo, en los pacientes de 20 y más años de edad, derechohabientes adscritos a la UMF No 23 de Infiernillo Michoacán, en el periodo comprendido de noviembre 2017 - agosto 2018. Se aplicará un instrumento de medición con datos personales y el instrumento de BECK; se trata de un cuestionario de autoinforme confiable que consta de 21 ítems se utiliza para evaluar la depresión en pacientes, se desarrolló para realizarse en adolescentes y adultos, así que cualquier persona de 13 años en adelante puede aplicársele.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es a conveniencia del investigador, se estudiarán a pacientes adultos de 20 años y más, que acudan a la consulta externa de medicina de familia en la UMF 23, a los cuales se pedirá participar en el proyecto, previo consentimiento informado, del mes de noviembre del 2017 al mes de agosto del 2018.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del IMSS, Adscrito a la UMF No23
- Adultos de 20 y más años de edad
- Ambos sexos
- Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado
- Menor de 19 años

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Perdida de la información
- Pacientes que no desean continuar con el estudio
- Cuestionarios incompletos en su llenado

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTE

- **DEPRESION:** Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida).

VARIABLE INDEPENDIENTE

- EDAD
- ESCOLARIDAD
- GENERO
- ESTADO CIVIL
- NUMERO DE HIJOS
- OCUPACION
- RELIGION
- TABAQUISMO
- ALCOHOLISMO

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN VARIABLE	UNIDAD DE MEDICIÓN
DEPRESIÓN	Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos	Paciente el cual presenta algún grado o nivel de depresión de acuerdo a la escala de Beck.	Cualitativa	Niveles de depresión . Leve . Moderado . Severo
EDAD	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento	La cantidad se expresa en años	Cuantitativa Discreta	Años
ESCOLARIDAD	Promedio del número de grados escolares aprobados por una población	Grado de estudio que ha recibido la persona ANALFABETA Incapacidad de leer y escribir. PRIMARIA Educación básica o elemental. PREPARATORIA Educación media Superior LICENCIATURA Carreera universitaria.	Cuantitativa Discreta	Analfabeta Primaria Primaria incompleta. Secundaria. Preparatoria. Técnico. Licenciatura. Posgrado.
ESTADO CIVIL	Situación Jurídica de las determinadas por derecho desde el punto de vista del registro civil. Siguiendo Soltero/a Casado/a Divorciado/a- viudo/a	Mediante interrogatorio el que refiera el encuestado	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Divorciado Separado Unión libre Viudo
OCUPACION	Trabajo u Oficio que una se dedica en un	La que refiere al interrogatorio	Cualitativa Nominal	Ama de casa Estudiante Profesionista

	determinado tiempo			obrero Comerciante Empleada domestica
TABAQUISMO	Es el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar	Se medirá en base al índice tabáquico	Cualitativa Categorica	Leve Moderado Severo
ALCOHOLISMO	La organización Mundial de la Salud (OMS) denomina en la actualidad al alcoholismo "síndrome de dependencia del alcohol"	Mediante interrogatorio el que refiera el encuestado	Cualitativa Categorica	Leve Moderado Severo

METODOLOGIA

Estudio que se realizará en pacientes adultos de 20 y más años de edad, adscritos a la UMF No 23, de Infiernillo Michoacán, para determinar el nivel de depresión que existe en la comunidad en un periodo comprendido de noviembre 2017- agosto 2018.

Se aplicará el instrumento de BECK se trata de un cuestionario de autoinforme confiable que consta de 21 ítems se utiliza para evaluar la depresión en pacientes, se desarrolló para realizarse en adolescentes y adultos, así que cualquier persona de 13 años puede utilizarlo. Emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de 0 a 3.

Donde 0 significa que no, experimenta síntomas; mientras que 3 significa que experimenta una forma severa de los síntomas.

El procedimiento de administración: en primer lugar, evaluar las preguntas en base a la condición durante las dos últimas semanas, así como en el día en que se realiza la prueba.

Si se siente que múltiples afirmaciones describen tu condición por igual, se elige la respuesta, con el número más alto en la escala 0 a 3. (Por ejemplo: si creo que 2 y 3 representan por igual tu condición, elige la afirmación 3)

Por último, la pregunta 16 (cambios en el patrón del sueño) y la pregunta 18 (cambios en el apetito) están calificados en una escala de siete puntos en lugar de la escala normal de cuatro. Sin embargo, estas preguntas no tienen más peso que las otras al momento de calcular los resultados.

Para calificar las respuestas:

Simplemente se suma todos los puntos para obtener la calificación.

La puntuación total se encontrará en el rango de 0 a 63.

Para evaluar la calificación, no existen puntos límites arbitrarios para diagnosticar cada categoría de depresión. Una vez que se haya calculado la puntuación total, simplemente comparara con las siguientes categorías:

- . Una calificación de 0 a 13: Sin depresión
- . Una calificación de 14 a 19: Depresión Leve
- . Una calificación de 20 a 28: Depresión Moderada
- . Una calificación de 29 a 63: Depresión Severa

Se les solicitará su firma en el consentimiento informado al paciente, esto en el periodo comprendido de noviembre 2017- agosto 2018. (Anexo 3)

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS: aplicara las encuestas el médico responsable de la investigación.

RECURSOS MATERIALES: UMF No 23, hojas, bolígrafos, lápices, engrapadora, grapas, folders.

RECURSOS TECNICOS: computadora, impresora, USB.

ANALISIS ESTADISTICO

Se aplicará estadística descriptiva con medidas de tendencia central para variables cuantitativas, frecuencia y porcentaje para variables cualitativas. Los resultados se muestran en medias (+-) desviación estándar en las variables continuas, mientras que las variables categóricas en porcentajes. Las diferencias en las variables continuas se analizarán con la prueba de t de Student y con la prueba de la X^2 . Todos los cálculos serán realizados en el paquete estadístico SPSS v20 para Windows. Se considerará de significancia estadística a un valor de $p < 0.05$. El alfa de Cron Bach permite cuantificar el nivel de fiabilidad en el Test de Beck.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

ASPECTOS ÉTICOS:

Este protocolo de investigación se ajusta a la normatividad marcada por la Ley General de Salud en Materia de Investigación como son:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. - Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal la fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 1o., 2o., fracción VII, 3o. fracción IX, 4o.,7o.,13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud, y

CONSIDERANDO

Que en virtud del Decreto por el que se adicionó el Artículo 4o. Constitucional, publicado en el **Diario oficial de la Federación** de fecha 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el Derecho a la Protección de la Salud;

TITULO SEXTO

De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud

CAPITULO UNICO

ARTICULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia

adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTICULO 114.- Para efectos de este Reglamento se consideran profesionales de la salud aquellas personas cuyas actividades relacionadas con la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas y las demás que establezcan disposiciones legales aplicables, requieren de título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 115.- Las investigaciones se desarrollan de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTICULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

I. Preparar el protocolo de la investigación;

II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad;

III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio;

IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación;

V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generados y los resultados;

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación, y

VII. Las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación.

ARTICULO 117.- El investigador principal seleccionará a los investigadores asociados con la formación académica y experiencia idóneas en las disciplinas científicas que se requieran para participar en el estudio.

ARTICULO 118.- El investigador principal seleccionará al personal técnico y de apoyo con la experiencia necesaria para asegurar su competencia en la realización de las actividades que se les asignen y, en su caso, cuidará que reciban adiestramiento y capacitación para realizar correctamente sus tareas de acuerdo al nivel de supervisión que estará disponibles durante la conducción del estudio.

ARTICULO 119.- Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la Secretaría.

ARTICULO 120.- El investigador principal podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando que se respete la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación, así como la que se haya acordado con los patrocinadores del estudio. Además de dar el debido crédito a los investigadores asociados y al personal técnico que hubiera participado en la investigación, deberá entregare una copia de estas publicaciones a la Dirección de la Institución.

TRATADO DE HELSINSKI Y TOKIO

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

La investigación se realizará de acuerdo a los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964 el cual entra en vigencia el año 1989. En ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el "mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos, el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad, la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El médico no apoyará, aprobará ni participará en la práctica de la tortura ni de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera que sea el delito que se sospeche en la víctima de tales tratos, acusado o convicto, y cualesquiera que sean los motivos o creencias de la víctima, y cualesquiera que sean las circunstancias, incluyendo los conflictos armados y las luchas civiles. El médico debe tener independencia clínica completa para decidir sobre el cuidado de una persona de la que sea médicamente responsable.

La World Medical Association apoyará y animará a la comunidad internacional, a las asociaciones médicas nacionales y a los médicos individuales a que apoyen al médico y a su familia en caso de amenazas o represalias por su negativa a participar en la tortura o en otras formas de tratamiento cruel, inhumano o degradante.

El médico está obligado en toda circunstancia a aliviar el sufrimiento de sus semejantes, y ninguna razón, sea personal, colectiva o política, debe prevalecer contra este objetivo superior.

RESULTADOS

Se estudiaron 50 adultos de la UMF23, la edad promedio fue de 55.16 ± 16.61 años, [rango 28-89 años].

El 74% [n=37] fueron mujeres y el 26% [n=13] fueron hombres.

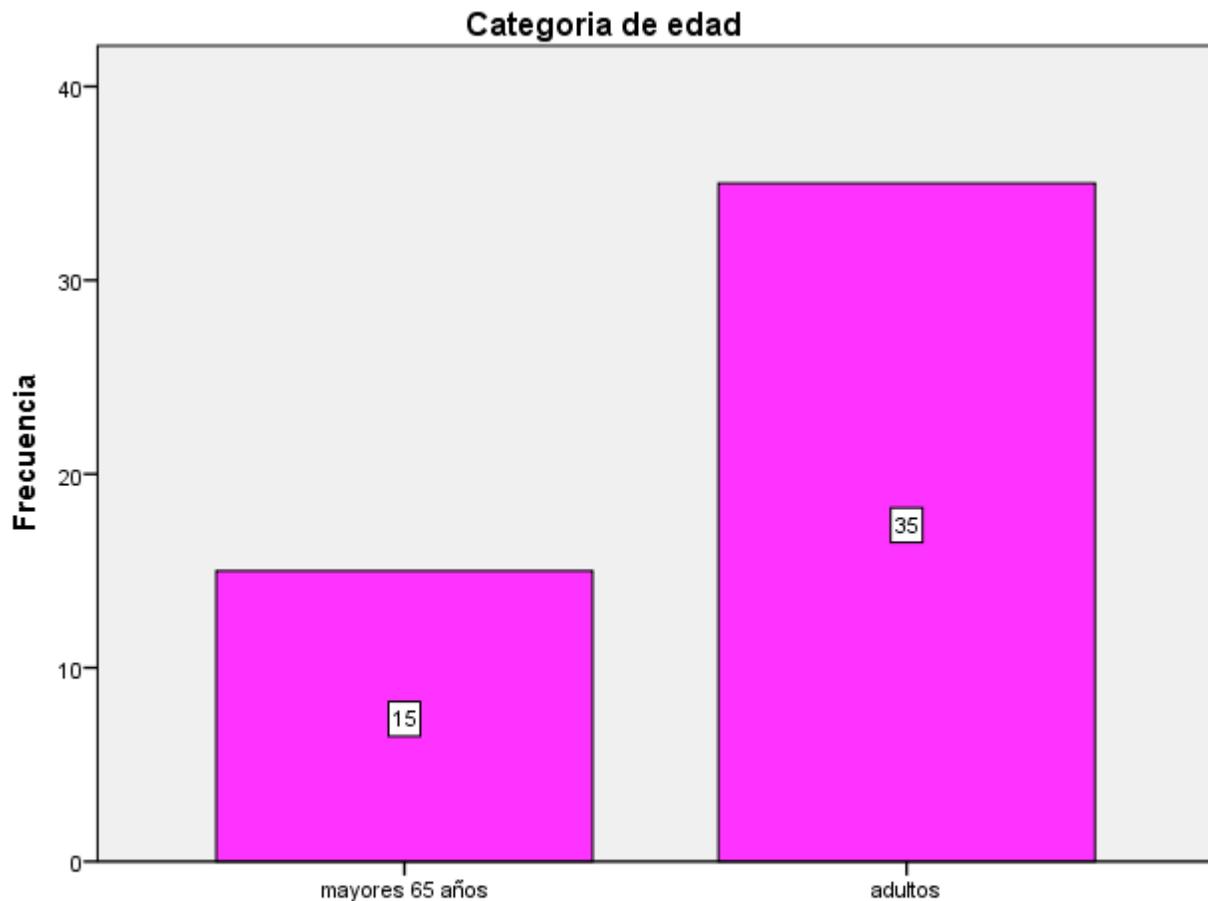
Los antecedentes personales de los adultos estudiados se muestran en la tabla 1.

Variable	N (%)
Estado civil	
Soltero	2 (4%)
Casado-Unión libre	33 (66%)
Divorciado-separado	7 (14%)
viudo	8 (16%)
Escolaridad	
analfabeta	10 (20%)
Primaria incompleta	4 (8%)
Primaria completa	8 (16%)
Secundaria	11 (22%)
Preparatoria	4 (8%)
Carrera técnica	12 (24%)
licenciatura	1 (2%)
Numero Hijos	
0-3	29 (58%)
≥4	21 (42%)
Ocupación	
hogar	17 (34%)
Obrero	21 (42%)
Profesionista	3 (6%)
Comerciante	9 (18%)
Alcoholismo	
Si	16 (32%)
No	34 (68%)
Tabaquismo	
Si	6 (12%)
No	44 (88%)

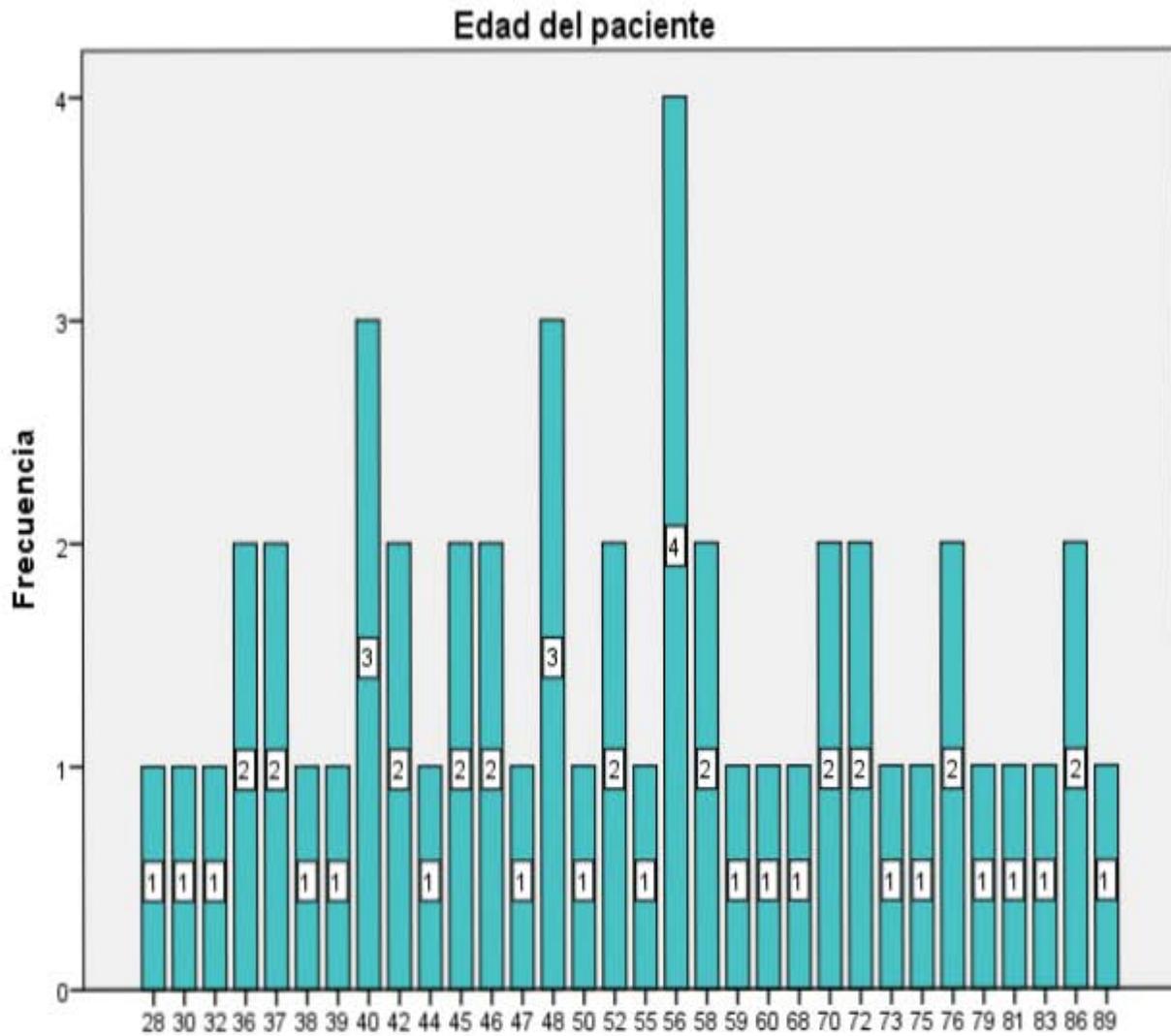
Tabla 1. Antecedentes personales de los adultos en la UMF 23.

En la UMF 23 se estudiaron n= 50 pacientes adultos, de los cuales se observó que, 37 pertenecen al género femenino y 13 al género masculino. El grupo mayoritario se encuentra representando por adultos entre 20-64 años de edad, siendo estos 35 adultos y 15 adultos mayores de 65 años. (Grafica 1)

Grafica 1. Categoría de edad de pacientes adultos de la UMF 23, Infiernillo, Michoacán



Grafica 2. Datos estadísticos relacionados con la edad del paciente

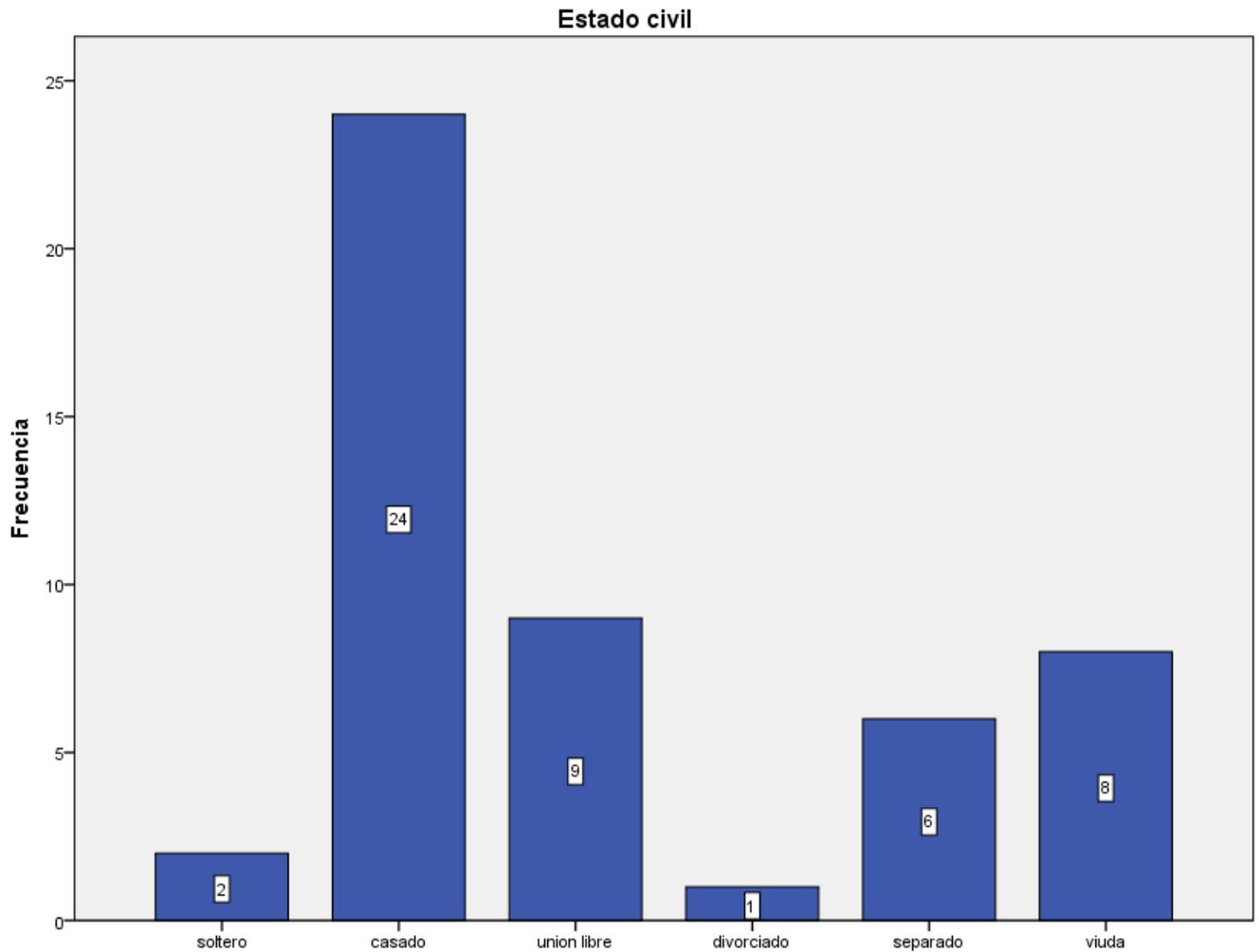


Estadísticos

edad del paciente

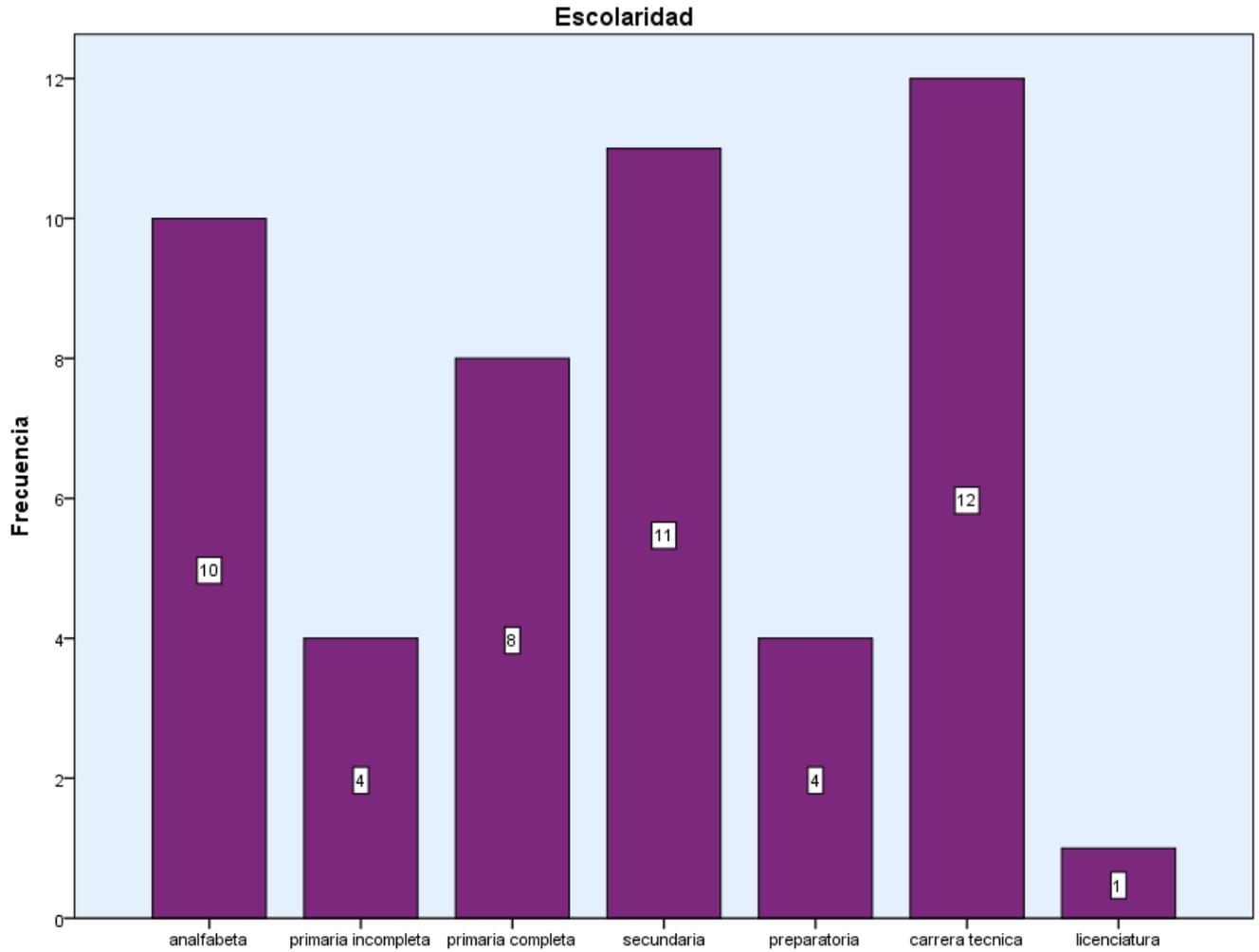
N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		55.16
Mediana		52.00
Moda		56

Grafica 3. Estado civil



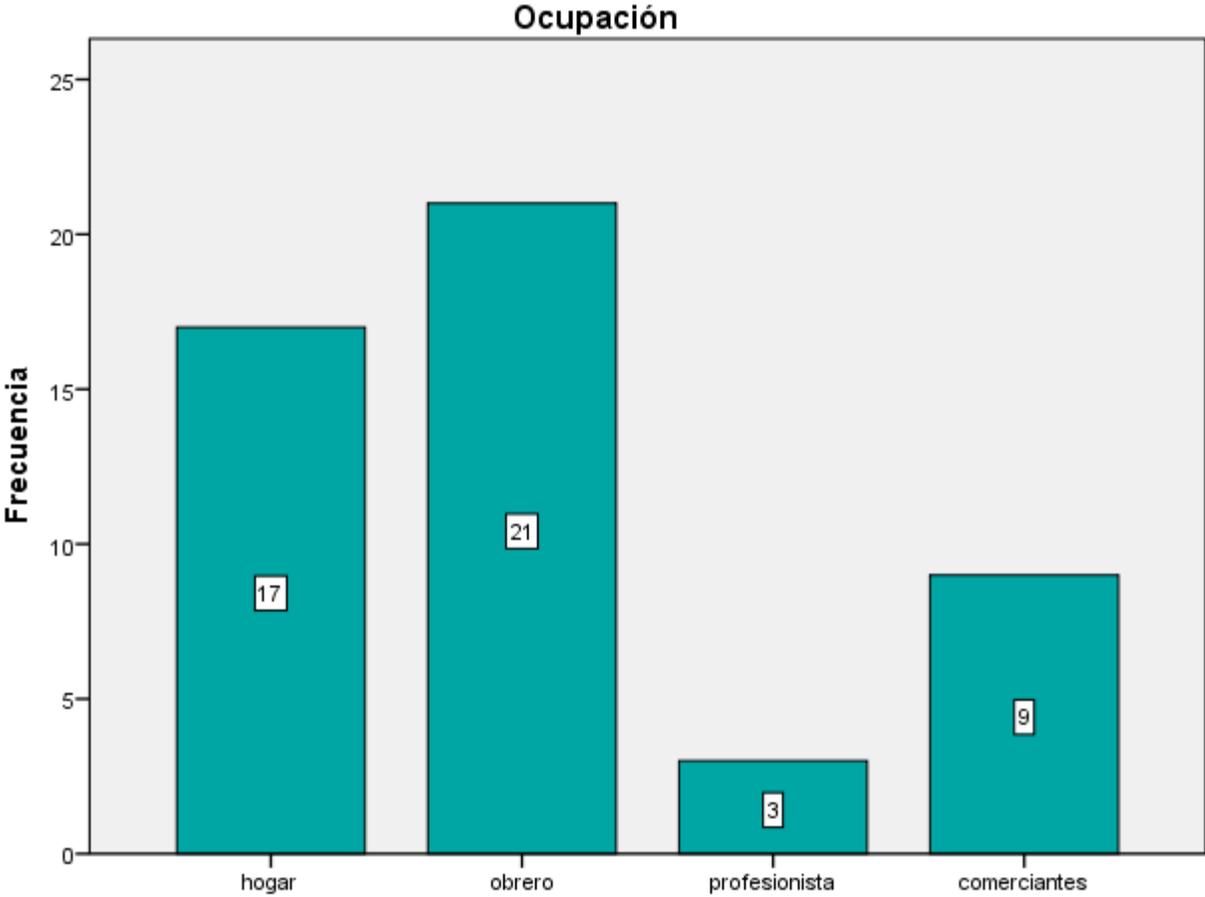
En relación al estado civil de los pacientes 24 son casados, 9 viven en unión libre, 2 son solteros, 1 divorciado, 6 separados y 8 son viudos. El grupo mayoritario es el de pacientes casados con el 48%, seguidos por los que viven en unión libre con el 18%, solteros 4%, con un mínimo los divorciados 2%. (Grafica 3)

Grafica 4. Grado de Escolaridad de los pacientes adultos



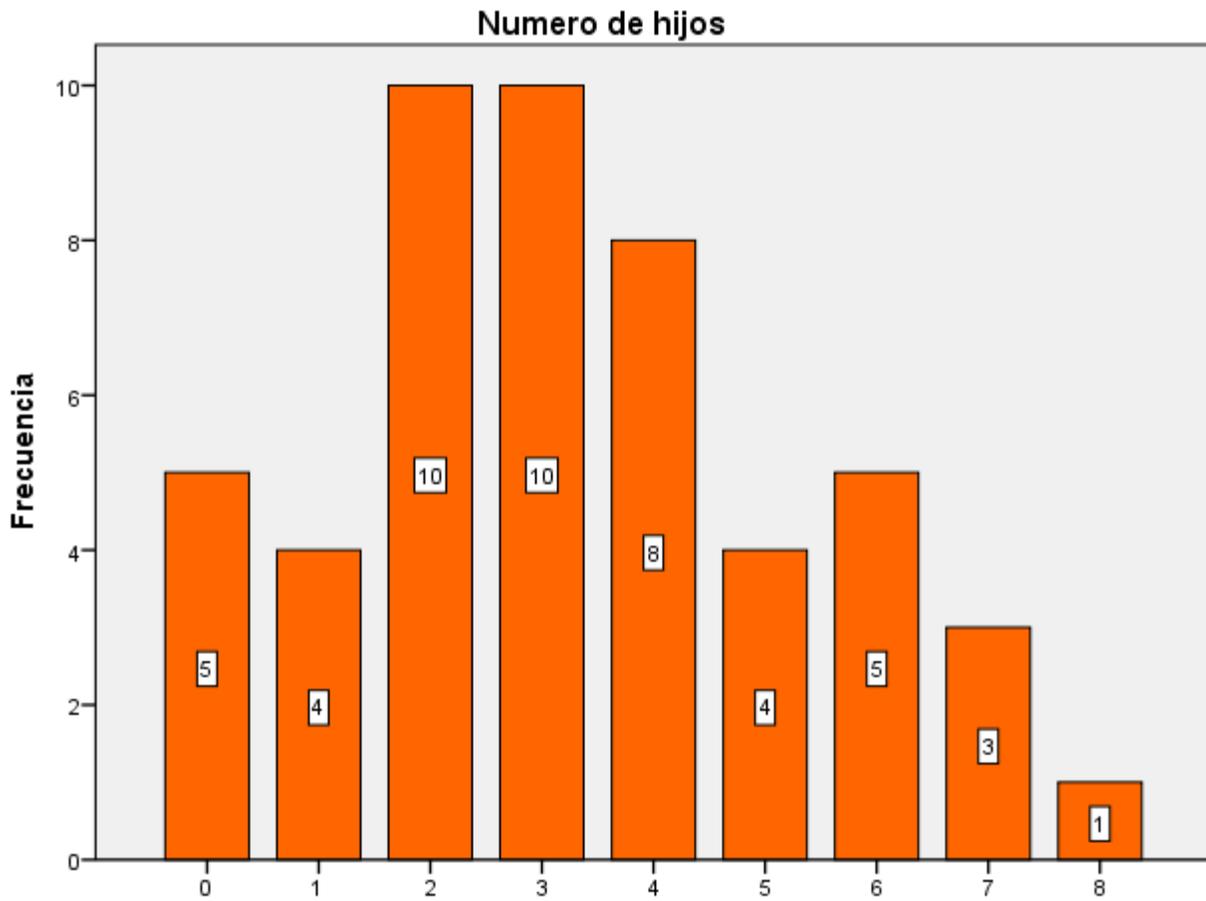
La tendencia en la escolaridad se muestra que no hubo gran diferencia en el grado de escolaridad, entre carrera técnica con 12 (24%) de los pacientes, secundaria con 11 y 10(20%) analfabetas, solamente uno de estos cuenta con licenciatura (Grafica4).

Grafica 5. Ocupación



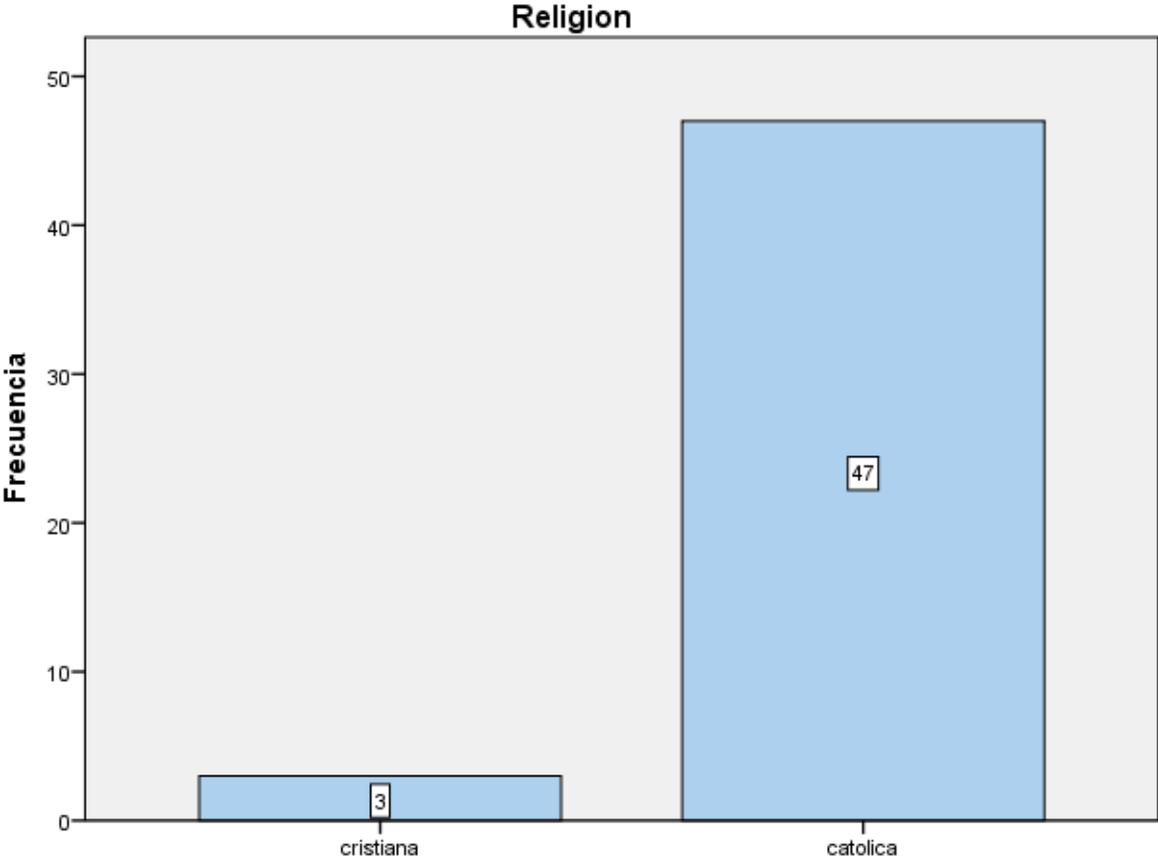
Su ocupación muestra que la mayoría de los adultos es obrera (21), son empleados de la industria eléctrica, acuicultura, campesinos, y otras actividades laborales, seguida de las amas de casa (17), comerciantes (9). En su minoría son profesionistas activos. (Grafica 5)

Grafica 6. Número de hijos



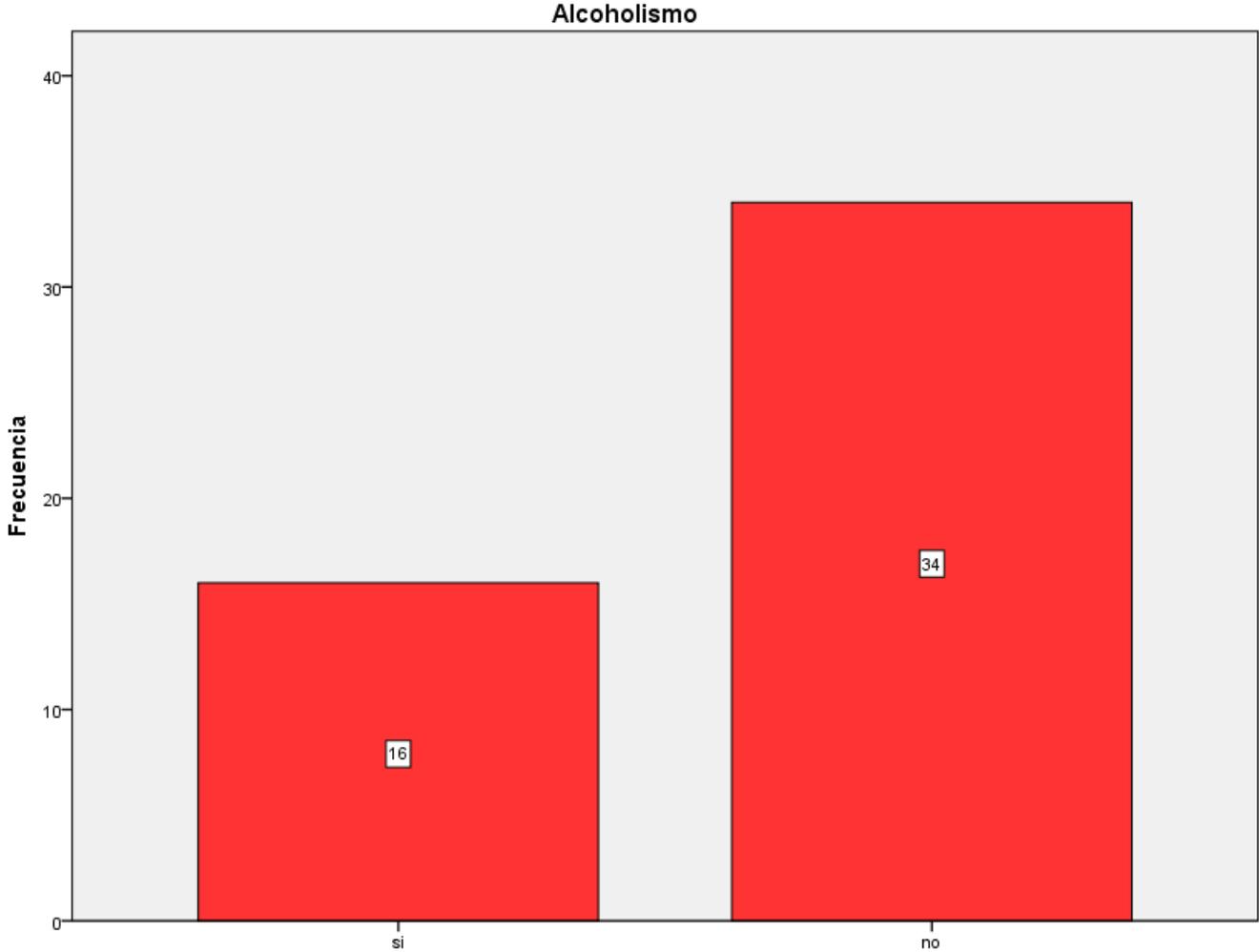
En cuanto al número de hijos se encontró que fueron familias pequeñas con un promedio de 0-3 hijos, siendo estos 10 de estos con 2 hijos, 10 con 3 hijos, 5 de estos sin hijos. En su minoría 1 con 8 hijos. (Grafica 6)

Grafica 7. Religión



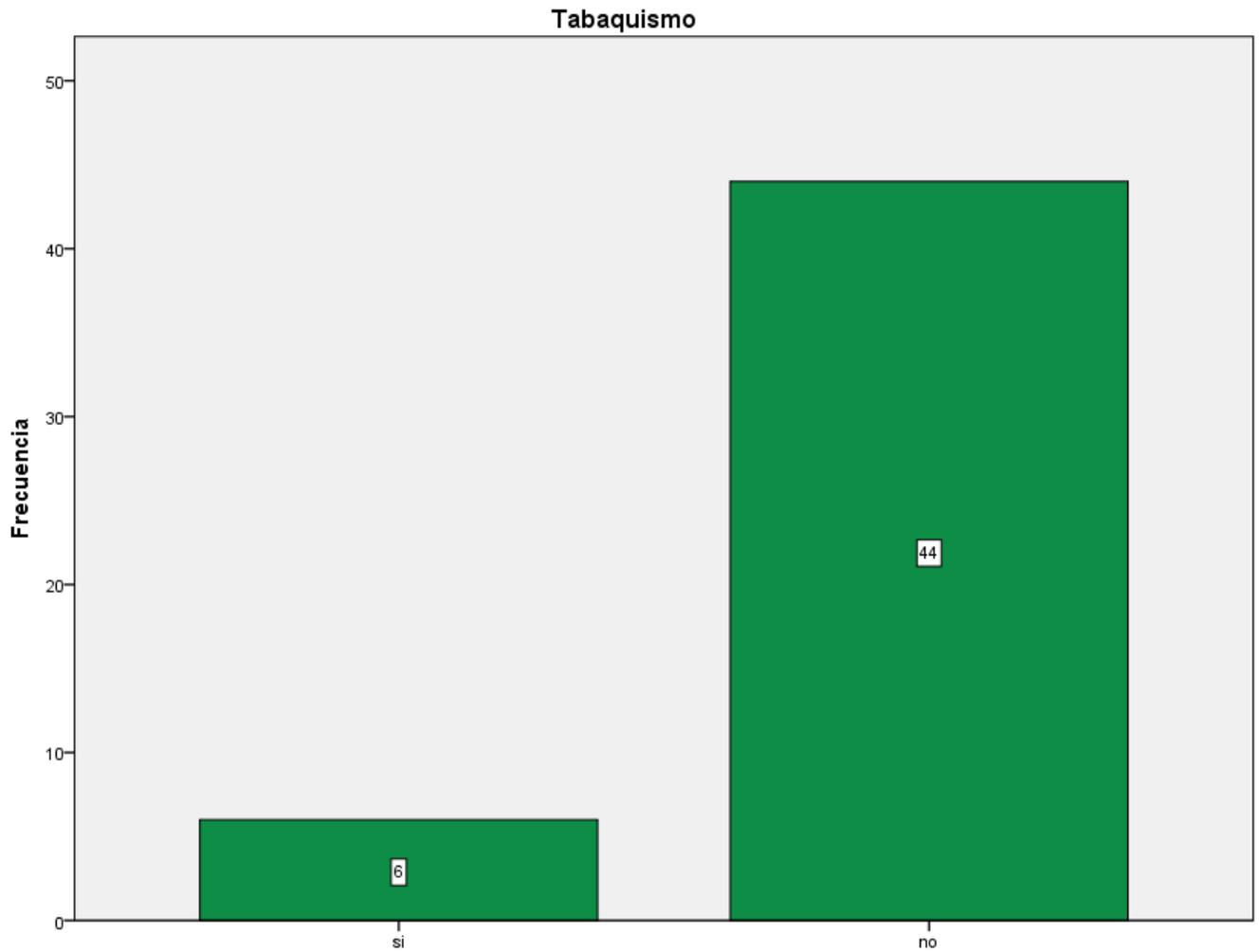
Se muestra de manera clara que la gran mayoría tuvieron como religión el catolicismo siendo estos 47 pacientes y únicamente 3 con religión cristiana. (Grafica7)

Grafica 8. Alcoholismo en los pacientes de UMF23



Se encontró que en los pacientes estudiados existe bajo porcentaje de alcoholismo, los cuales en el momento 34 de ellos negaban la ingesta de alcohol y 16 si consumían alcohol. (Grafica 8)

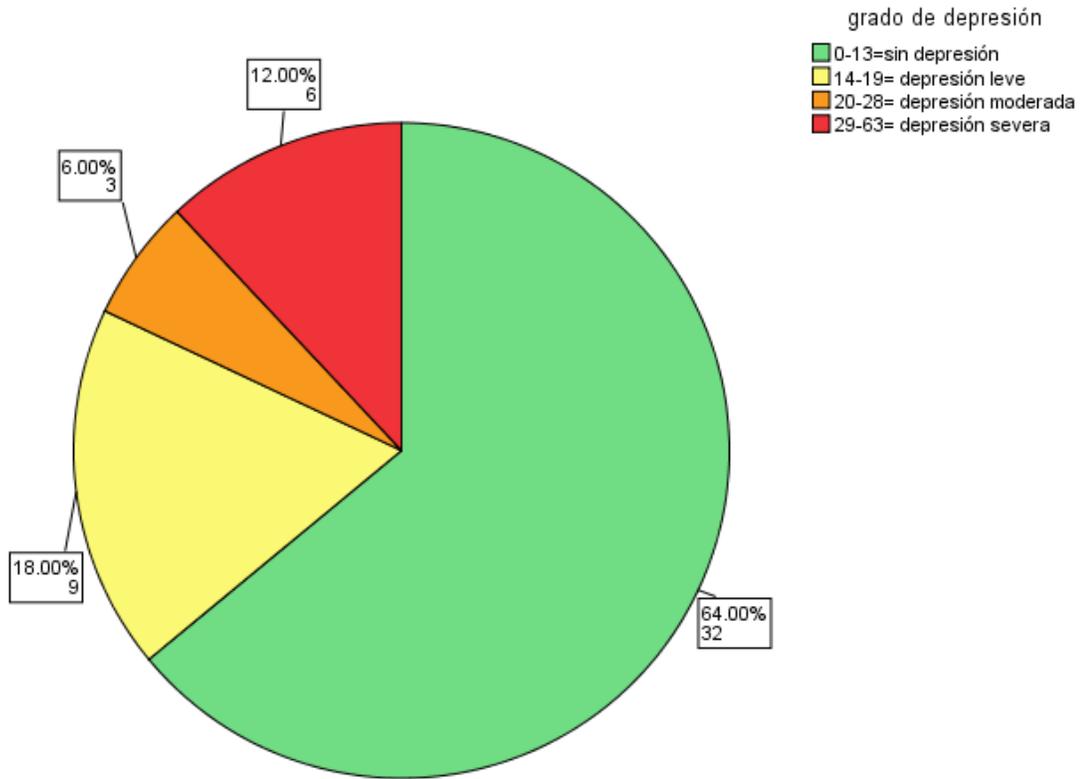
Grafica 9. Tabaquismo



Existe una minoría en los pacientes relacionada con el tabaquismo. El grupo de los que no fuman es de 44 personas. (Grafica 9)

El Inventario de BECK tuvo una confiabilidad de 0.954 por alfa de Cronbach.

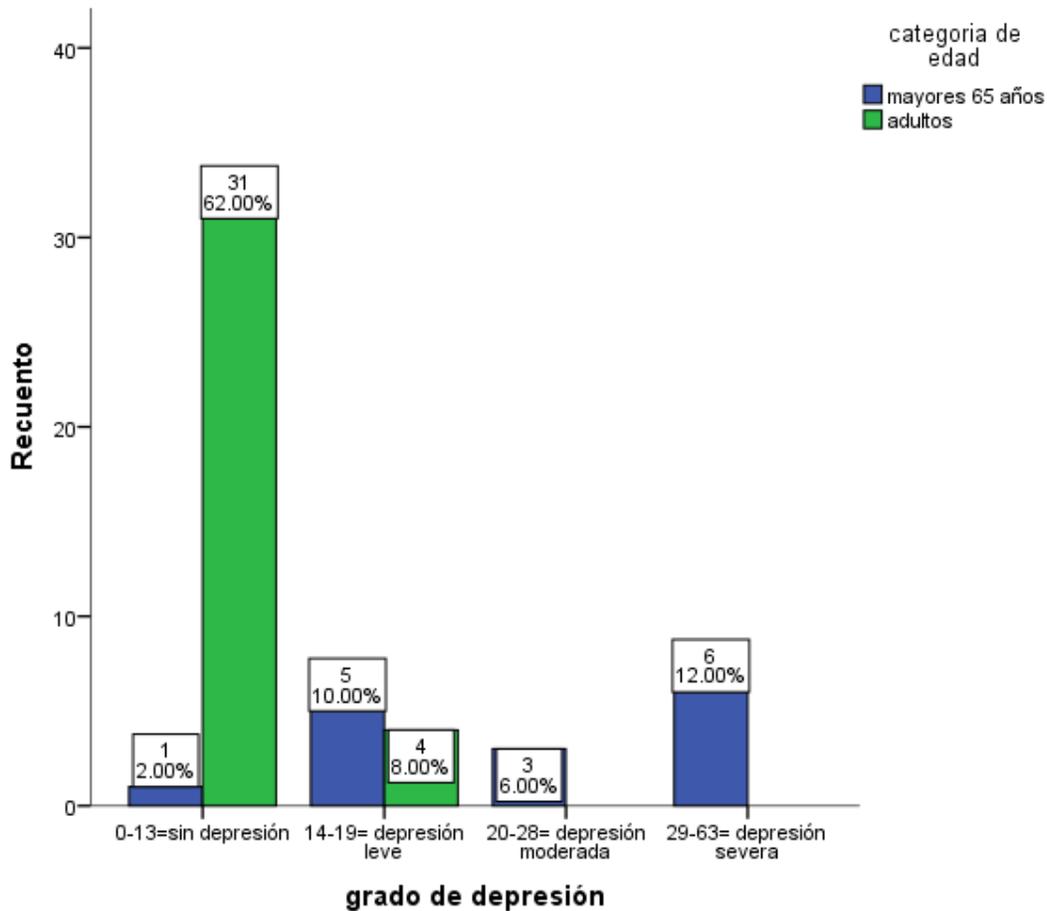
En la Grafica 10. Se muestra la frecuencia de depresión en los adultos de la UMF23 Infiernillo.



Grafica 10. Frecuencia de depresión en los adultos de la UMF23 Infiernillo

En relación al grado de Depresión el 12% presento depresión severa y el 64% de los adultos sin depresión.

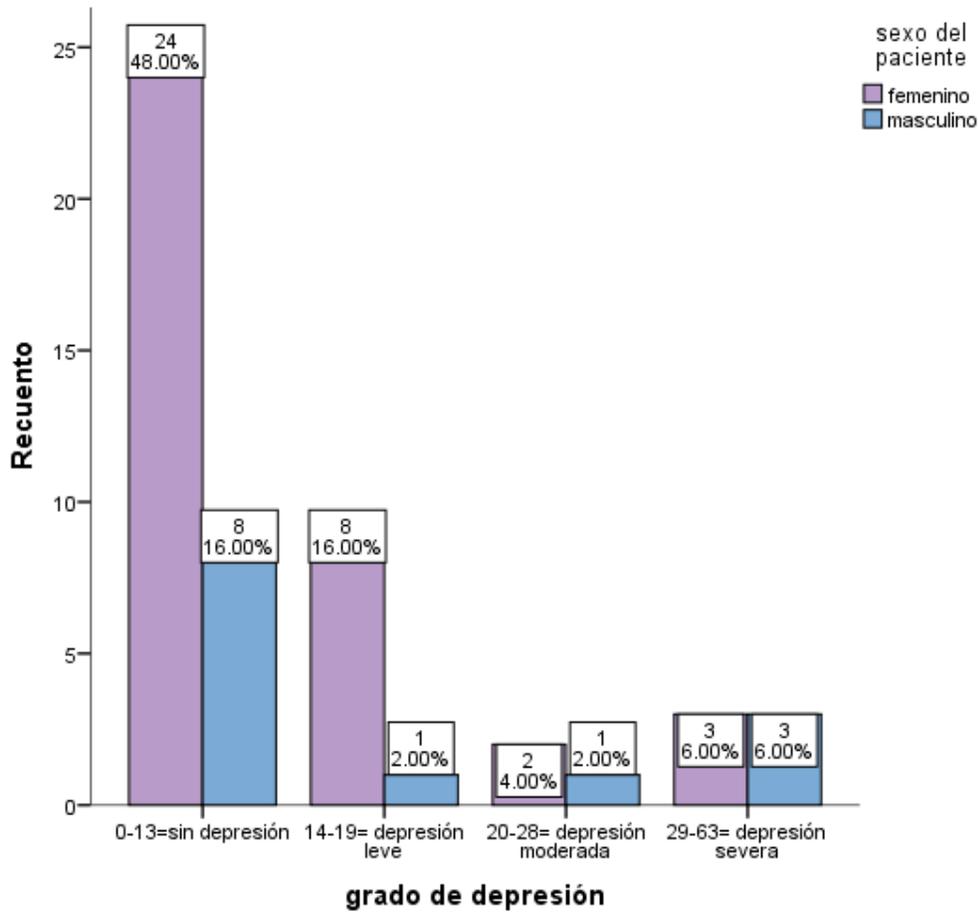
Grafica 11. Nos muestra la frecuencia de los grados de depresión por categoría de edad.



Grafica 11. Frecuencia de los grados de depresión por categoría de edad en los adultos de la UMF 23.

Los adultos mayores de 65 años fueron los que cursaron con depresión moderada 3 (6%) y 6 (12%) con depresión severa. En tanto los adultos jóvenes en su mayoría no tuvieron depresión [$\chi^2=34.805$; $P= 0.0001$].

La Grafica 12. Nos muestra la frecuencia de los grados de depresión por sexo.



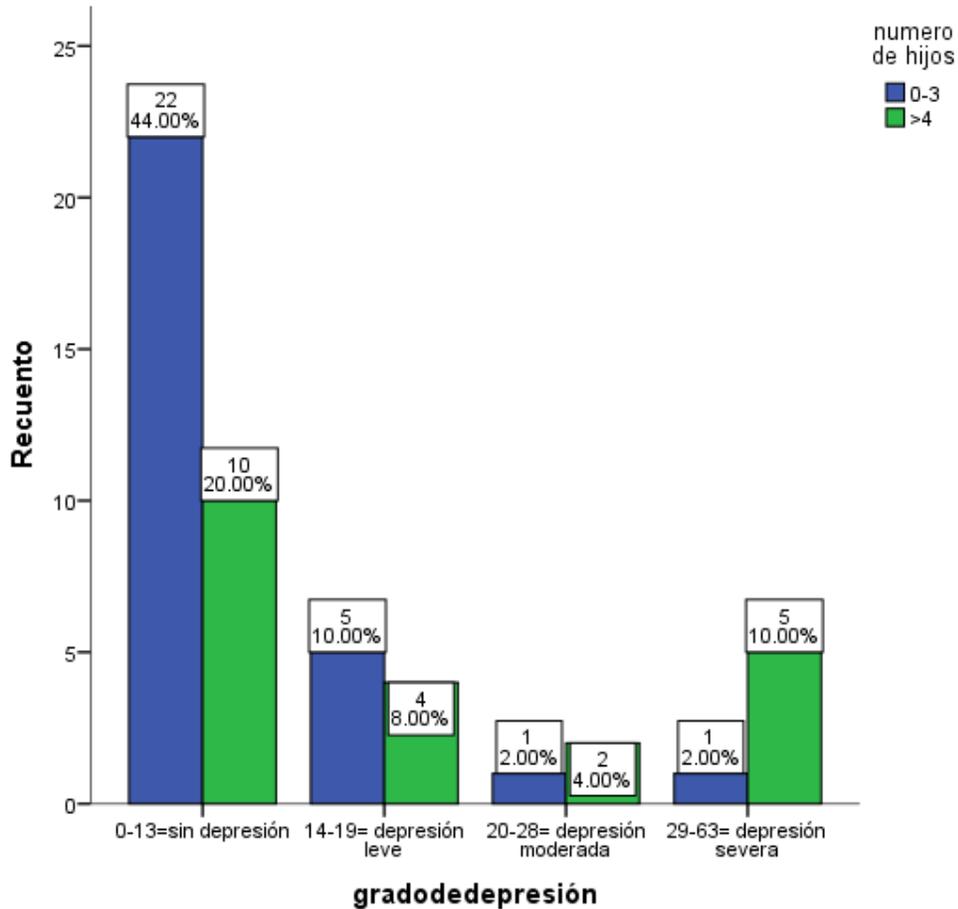
Grafica 12. Frecuencia de los grados de depresión por sexo en los adultos de la UMF 23.

De los cuales 3 (6%) en hombres y 3 (6%) en mujeres fueron los que cursaron con depresión severa, en depresión moderada 2 (4%) mujeres y 1 (2%) hombres, con depresión leve 9 (18%), En tanto el 48% de las mujeres no tuvieron depresión [$X^2=2.934$; $P= 0.402$].

La ocupación no tuvo asociación con el grado de depresión [$X^2=11.221$; $P= 0.261$], ni tampoco el estado civil [$X^2=20.996$; $P= 0.138$].

Grafica 13.

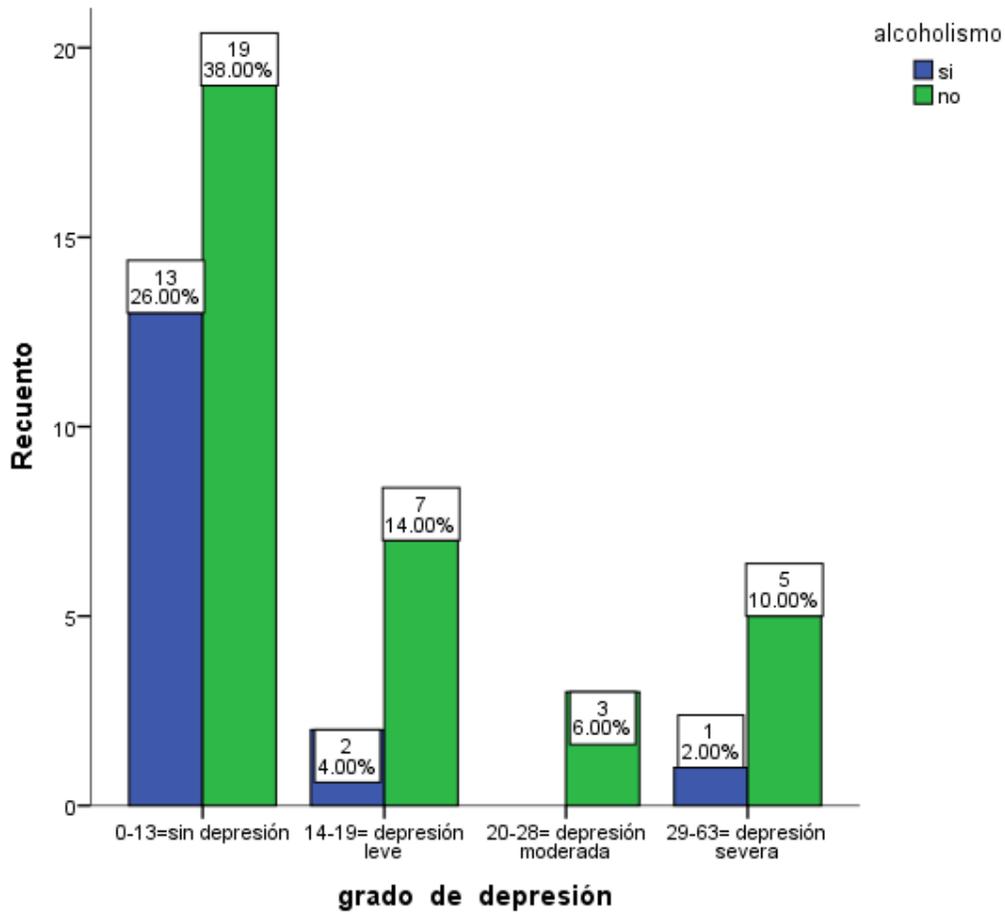
La asociación del número de hijos con el grado de depresión



Grafica 13. Frecuencia de los grados de depresión por número de hijos en los adultos de la UMF 23.

Con el número de hijos fue de 0-3 en un 44% de los cuales no existió depresión. De estos, 1 paciente (2%), con depresión severa, y 5 (10%) con más de 4 hijos en depresión severa. [$\chi^2=6.497$; $P= 0.090$].

Grafica 14.



Grafica 14. No se encontró asociación con el alcoholismo con el grado de depresión
 $X^2= 3.549$; $P= 0.314$

DISCUSIONES

La correlación que existe entre el adulto mayor y la depresión se pudo observar que está presente en un nivel de depresión moderada a severa.

A partir de lo encontrado en la presente investigación, se pudo observar de manera significativa la presencia de manifestaciones de depresión en los adultos, que no se observó diferencia entre el sexo con los adultos de más de 65 años. En tanto los adultos jóvenes en su mayoría no tuvieron depresión, en donde el 48% de estos son mujeres.

Por lo tanto, se piensa que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor siendo esta discapacitante. El ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañante natural. La depresión puede derivar en discapacidad.

Aunque la literatura ha descrito la relación entre las características demográficas, económicas y sociales con la presencia de síntomas depresivos en la población en general, así como más frecuente en el sexo femenino; en este estudio se ha observado que la presencia de síntomas depresivos, los cuales no se asocian con el género, ni con el estado civil.

Por su parte la OMS, realizó un estudio comparativo entre países, en el cual se encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores, que en los hombres. En nuestro estudio no se observó diferencia en cuanto al género, presentándose la depresión severa en un 6% en mujeres y 6% en hombres en adultos de más de 65 años de edad.

Según las predicciones actuales, para el año del 2030 la depresión será la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Con respecto a la magnitud del problema a nivel mundial, un estudio realizado por (Rursmani y otros 1990). Además, mostro que hasta los 70 años la probabilidad acumulada de sufrir un primer episodio de depresión fue de mayor porcentaje en mujeres que en hombres.

Para (Peña, Herazo y Calvo 2009) La prevalencia en trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad, produce un impacto negativo en la calidad de vida, dando como resultado un problema de Salud Pública en un ámbito mundial.

CONCLUSIONES

Este trabajo tenía como objetivo general determinar la existencia y nivel de depresión en los adultos de la población derechohabientes de la UMF 23 de Infiernillo Michoacán. Se encontró la existencia de depresión la cual incide de manera importante en el bienestar de los pacientes ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad del autocuidado y el bienestar familiar.

A si en los resultados encontramos que la presencia de síntomas depresivos se relaciona de forma estadísticamente significativa, la presencia de depresión, en la cual incidieron en su forma severa en adultos de 65 años y más, sin existir alguna distinción en el género, ya que se presentó el 6% en mujeres y 6% hombres, que el 6% se encontró con depresión moderada, y el 18% con depresión leve.

En tanto los adultos jóvenes en su mayoría no tuvieron depresión, en donde el 48% de estos son mujeres.

Se observó que, en la depresión severa, existe relación con el número de hijos, en aquellos pacientes que tienen más de cuatro hijos. Y sin relación con la ocupación, estado civil, no con el alcoholismo.

Con estos resultados podemos aportar que en estos pacientes existe la asociación de depresión con el ciclo de vida en que se encuentra el adulto mayor, en donde puede estar dado por el acontecimiento de independencia de los hijos pasando a padres solos, esto aunado probablemente a patologías crónicas existentes, y a que la exposición continua a estímulos estresantes, provocan procesos depresivos, que la prevalencia en la depresión en personas mayores de 65 años, por lo tanto aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce un impacto negativo en la calidad de vida y constituyendo un problema de Salud Pública .

Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor, que quienes padecen enfermedades crónicas, complicando el tratamiento y aumentando el riesgo de presentar nuevas enfermedades crónicas.

Por consiguiente, nosotros recomendamos que debemos tener énfasis, en diagnosticar y otorgar un tratamiento oportuno de la depresión, en todos los niveles de atención, haciendo esto prioritario en el primer nivel, el medico familiar debe de conocer a su paciente y detectar los cambios imperceptibles del estado de ánimo del paciente, lo cual ayudará para mejorar la calidad de la atención en el adulto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Mar 2017	JUL. ABR 2017	AGO 2017	AGO SEP 2017	SEP OCT 2017	AGO 2017 NOV 2018	SEP OCT 2018	NOV 2018 ENE 2019	FEB AGO 2019	SEP OCT 2019	NOV 2019 FEB 2020
Elección del tema	X										
Elaboración del protocolo	X	X									
Presentación ante el Comité de Investigación.			X								
Registro ante SIRELCIS				X							
Modificación de acuerdo a observaciones del Comité.					X						
Espera del Dictamen de Autorización por CLIES					X						
Aplicación de la encuesta						X					
Resultados.							X				
Análisis de datos.								X			
Discusión y Conclusiones									X		
Presentación ante el Comité										X	
Se entrega protocolo final.											X

BIBLIOGRAFIA

- 1.-OMS.Centro de Prensa. Depresión; febrero 2017
- 2.-Diagnostico y Trastorno Depresivo en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015
- 3.-Estadísticas a propósito del Día Mundial para la prevención del suicidio 10 septiembre. INEGI; 8 SEPTIEMBRE 2015
- 4.-Wagner FA, González C, Sánchez S, et al. Enfocando la Depresión como Problema de Salud pública en México. Salud Mental, 2012; 35 (1)
- 5.-Diagnóstico Estadístico sobre la Depresión y el Estrés en las mujeres mexicanas. Centro de Estudios para el adelanto de las mujeres y la Equidad de Género. Cámara de diputados LXII Legislatura; agosto 2013
- 6.-Depresion. Instituto Nacional de la Salud Mental; enero 2009
- 7.-De la Tristeza a la Depresión. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2012;15 (4): 1310-1325.
- 8.-Alberdi J, Taboada O, Castro C, et al. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11): 1-6.
- 9.-Williams J, Nieuwsma MD Jason, Elmore J, et al. La detección de la Depresión en los Adultos. UptoDate; 19 julio 2016
- 10.-Guia de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el Adulto; enero 2015
- 11.-Depresion. Cáncer. Net, 04, 2016

- 12.-Sanz K, Chávez B, Díaz M, et al. Ansiedad y Depresión en pacientes embarazadas. Revistas.unam. Aten FAM 2013; 201(1): 25-27.
- 13.-SanchezS, Juárez T, Gallegos K, et al. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental 2012; 35 (1): 20-28.
- 14.- Acosta M, Mancilla T, Correa J, et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurociencia 2011; 16 (1): 20-25.
- 15.-Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Definición y diagnóstico de la depresión mayor.
- 16.-Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Guía Salud; febrero 2010
- 17.-Depresión Mayor. Clinicadam. Julio 2017. Disponible <https://www.clinicadam.com>
- 18.-Pinheiro P. Depresión. Causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento; 13 mayo 2017. Disponible [https:// www.mdsaude.com](https://www.mdsaude.com)
- 19.-Grados de Depresión: conoce hasta qué punto estas deprimida.23/6/2017.Disponible <https://www.diariofemenino.com>
- 20.-Depresión. Salud 180.com. 25 julio 2017.Disponible <http://www.addthis.com/bookmark.php>
- 21.-Codigo Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- 22.-Martinez J, Martínez V, Esquivel C, et al. Prevención de la Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev IMSS 2007; 45(1):21-28.
- 23.-Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. España 2010.

24.-Heinze G, Camacho P. Guía Clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. México; 2010.

25.-Test de Depresión Beck. El psico asesor; febrero 2011.

26.-Ruiz de Chávez D, Zegbe J, Sánchez F, et al. Depresión en Adultos Mayores atendidos en Instituciones Públicas de Salud en Zacatecas. Revistas de Educación y Desarrollo.29. Abril-Junio; 2014.

27.- Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de sanidad y consumo; 2008.

ANEXO (1)

NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES ADULTOS DE LA UMF 23,
INFIERNILLO MICH.



CUESTIONARIO

Conteste claramente las siguientes preguntas con letra legible, en las preguntas que tienen incisos subrayar la respuesta que considere correcta.

Ficha de Identificación

FOLIO _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Nombre: _____

No. Afiliación: _____

Unidad de Adscripción: UMF 23 Consultorio: _____ Turno: _____

1.- ¿Qué edad tiene? _____

2.- Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada

- e) Separada
- f) Viuda

3.- Escolaridad:

- a) Analfabeta
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria
- e) Preparatoria
- f) Carrera técnica
- g) Licenciatura
- h) Posgrado

4.- Tiene hijos y especifique cuantos?

Si _____

No _____

¿Cuantos? _____

5.- Actualmente a que se dedica? _____

6.- ¿Que religión tiene?

- a) Ateo
- b) Cristiana
- c) Católica
- d) Testigo de jehová
- e) Otro

7.- ¿Consume bebidas alcohólicas?

- a) Si
- b) No

8.- ¿Con que frecuencia? _____

9.- ¿Usted fuma?

- a) Si
- b) No

10.- ¿Cuántos cigarros fuma al día? _____

11.- ¿Cuánto tiempo tiene fumando? _____

ANEXOS

ANEXOS (2)

ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION DE BECK

(Tomado de Rojas, 2006)

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados la expresión que mejor refleje su situación actual:

1.-

- No estoy triste
- Siento desgana de vivir. Estoy triste
- Siento siempre desgana por vivir, Siempre estoy triste y no lo puedo remediar
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar mas

2.-

- No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
- Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro
- Creo que no debo esperar ya nada
- Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
- Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación

3.-

- No tengo la sensación de haber fracasado
- Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
- Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
- Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos
- Creo que he fracasado por completo

4.-

- No estoy particularmente descontento
- Casi siempre me siento aburrido
- No hay nada que me alegre como me alegraba antes
- No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- Estoy descontento de todo

5.-

- No me siento particularmente culpable
- Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada
- Me siento culpable
- Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada
- Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

6.-

- No tengo la impresión de merecer un castigo
- Creo que me podría pasar algo malo
- Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado
- Creo que merezco ser castigado
- Quiero ser castigado

7.-

- No estoy descontento de mí mismo
- Estoy descontento de mí mismo
- No me gusta a mí mismo
- No me soporto a mí mismo
- Me odio

8.-

- No tengo la impresión de ser peor que los demás
- Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre

9.-

- No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
- A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo hare
- Pienso que sería preferible que me muriese
- He planeado como podría suicidarme
- Creo que sería mejor para mi familia si yo me muriese
- Si pudiese, me suicidaría

10.-

- No lloro más de lo corriente
- Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente
- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes

11.-

- No me siento más irritado que de costumbre
- Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- Estoy constantemente irritado
- Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban

12.-

- No he perdido el interés por los demás
- Me intereso por los demás menos que antes
- He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas

- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente

13.-

- Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
- Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo
- Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.

14.-

- No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado
- Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

15.-

- Trabajo con la misma facilidad de siempre
- Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- Ya no trabajo bien como antes
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa
- Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo pequeño que sea

16.-

- Duermo tan bien como de costumbre
- Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre
- Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir
- Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.

17.-

- No me canso antes que de costumbre
- Me canso más pronto que antes
- Cualquier cosa que haga me cansa
- Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste

18.-

- Mi apetito no es peor que de costumbre
- No tengo tanto apetito como antes
- Tengo mucho menos apetito que antes
- No tengo en absoluto ningún apetito

19.-

- No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo
- He perdido más de dos kilos de peso
- He perdido más de cuatro kilos de peso
- He perdido más de siete kilos de peso

20.-

- Mi salud no me preocupa más que de costumbre
- Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
- Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- No hago nada más que pensar en mis molestias físicas

21.-

- No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales
- Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo
- Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo

- He perdido todo mi interés por las cosas del sexo



ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23 INFIERNILLO, MICHOACAN.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Uruapan, Michoacán a _____ dé _____ del _____.

Por medio de la presente yo _____

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Niveles de depresión en adultos derechohabientes de la UMF23 de Infiernillo Michoacán” registrado ante el Comité Local de Investigación 1602, con el número

Justificación: La depresión es una enfermedad la cual requiere de la atención médica para su diagnóstico ya que esta enfermedad se está presentando con más frecuencia.

El objetivo: Determinar el nivel de depresión en los pacientes adultos de la UMF 23 Infiernillo, Michoacán.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio que consistirá en contestar el cuestionario de Beck y algunas preguntas sobre datos personales como, la edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, entre otros, para evaluar si existe algún factor que determine un grado de depresión.

Posible riesgo y molestias: Se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad en contestar algunas preguntas.

Posibles beneficios: Los beneficios posibles de participar en este estudio es adquirir el conocimiento de una probable identificación oportuna de un grado de depresión, para así mismo establecer un tratamiento adecuado, evitar una complicación o derivar al servicio especializado correspondiente.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de tratamiento.

Participación o retiro: He sido informada que puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que en ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y se me ha asegurado que la información que yo aporte es confidencial, que se usara solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificará de ninguna manera.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: ___ Dra. Melina Torres Alanís Tel: 452 52 3 60 21

Investigador asociado: ___ Dr. Eduardo Alberto Ung Medina Tel: 452 5282781

Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 1602

Secretario del Comité: Dra. Irma Hernandez Castro. Tel: 4525243731

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podré dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N° 1602 al teléfono 452 52 437 31.

O bien 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Investigador Responsable

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma