



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.28 GABRIEL
MANCERA**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS
HORMONALES**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SOFÍA ITZEL VENEGAS MÉNDEZ

DRA. IVONNE RAMÍREZ ALARCÓN
MÉDICA FAMILIAR
ASESORA TEÓRICO

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA
MÉDICA FAMILIAR
DIRECTORA DE TESIS

CIUDAD DE MÉXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

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

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS ASESORES

Dra. Ivonne Ramírez Alarcón

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

Dra. Ivonne Analí Roy García

Médica Familiar, Coordinadora de Programas Médicos en
Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS
Asesora Metodológica



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

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

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

FECHA Miércoles, 09 de marzo de 2022

Dr. IVONNE RAMIREZ ALARCON

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **PROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3703-014

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

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

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

“La ciencia no es sino una perversión de sí misma a menos que tenga como objetivo final el mejoramiento de la humanidad”

Nikola Tesla (Inventor 1856-1943)

Agradezco a mis padres Sofía y Alfonso que junto a mi hermano Fernando siempre me han apoyado en cada uno de los pasos que eh dado para cumplir todas mis metas como profesionista

A mi esposo Carlos que siempre me apoya con todo su cariño en los buenos y malos momentos dentro de la residencia y me hace continuar adelante para conseguir mi especialidad como médico familiar

A mi abuela Lulú que siempre ha confiado en su “doctorcita” y con sus enseñanzas me da la virtud para no darme por vencida.

Finalmente, a la Doctora Ivonne Roy por su paciencia para resolver mis dudas y guiarme en este camino para la realización de mi proyecto, gracias a ella y su dedicación eh conseguido ampliar mi conocimiento acerca de la importancia en la investigación científica y su divulgación como médicos del primer contacto.

ÍNDICE

I. RESUMEN	1
II. ABSTRACT	3
III. INTRODUCCIÓN	5
IV. MARCO TEÓRICO	6
IV.1. DEPRESIÓN	6
IV.2. LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTRÓGENOS EN LA DEPRESIÓN	7
IV.3. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	10
IV.4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	14
IV.5. EFECTOS SECUNDARIOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	17
V. JUSTIFICACIÓN	19
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
V.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
VII. OBJETIVOS	21
VII.1. OBJETIVO GENERAL	21
VII.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	21
VII.3. HIPÓTESIS	21
VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	22
VIII.1. DISEÑO DE ESTUDIO	22
VIII.2. TAMAÑO DE MUESTRA	22
VIII.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	23
IX. VARIABLES DE ESTUDIO	24
X. ESTRATEGIA DE ESTUDIO	32
XI. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	32
XII. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS	33
XIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	33
XIV. ASPECTOS ÉTICOS	33
XV. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	37
XVI. CONFLICTO DE INTERESES	38
XVII. RESULTADOS	38
XVIII. DISCUSIÓN	42

XIX CONCLUSIÓN	44
XX. BIBLIOGRAFÍA	45
XXI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
XXII. REFERENCIA A MÉDICO TRATANTE	48
XXIII. ANEXOS	49
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	49
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
ANEXO 3. CARTA DE NO INCONVENIENTE	52

ABREVIATURAS

AVD. Años de vida asociados con discapacidad.

CMNSXXI. Centro Nacional Siglo XXI.

E2. Estradiol.

DES. Dietilestilbestrol.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastorno mental.

FSH. Hormona folículo estimulante.

LH. Hormona luteinizante.

LNG. Levonorgestrel.

PHQ-9. Patient Health Questionnaire- 9.

I. RESUMEN

“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES”

Venegas, Méndez S.I. ¹, Ramírez Alarcón I. ², Roy García I.A. ³

1. Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar.

2. Médico especialista en Medicina Familiar- UMF 28 “Gabriel Mancera”.

3. Coordinadora de Programas médicos CMNS XXI.

Introducción: La depresión es un problema de salud pública que afecta mayormente a las mujeres, dentro de los diversos factores de riesgo se encuentran el uso de anticonceptivos hormonales, el 35% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos hormonales presentan síntomas depresivos frente al 19% de aquellas que no lo emplean.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de depresión en las mujeres fértiles usuarias de métodos anticonceptivos hormonales

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo, el cual incluyó a 350 mujeres de 15 a 44 años, usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, a las cuales se les realizó el cuestionario PHQ-9 para la evaluación de síntomas depresivo.

Resultados: De las pacientes estudiadas, el porcentaje de mujeres con depresión fue del 36%, de las cuales la depresión leve ocupa el 30.3%, la depresión moderada un 4.6% y depresión moderada severa un 1.1%, con los siguientes porcentajes en los síntomas sugestivos de depresión; pérdida de interés 27.1%, sentirse decaída 25.7%, dificultad para dormir 43.1%, sentirse cansada 52%, cambios en el apetito 36.6%, sentirse un fracaso 6.9 %, dificultad para concentrarse 24.3%, sentirse inquieta 15.4% e ideación suicida 0.6%.

En el análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión se encontró que los anticonceptivos hormonales presentan un OR de 1.2 (IC 95% (0.7-1.9)) p (0.38); el dispositivo intrauterino hormonal presenta un OR de 0.7 (IC 95% (0.5-1.2)) p (0.23); el antecedente familiar de depresión presenta un OR de 2.0 (IC 95% (1.1-3.7)) p (0.30) y la edad presenta un OR de 1.0 (IC 95% (0.9-1.0)).

Conclusión: Como se puede evidenciar en los resultados la prevalencia de depresión encontrada en el grupo de estudio fue del 36% con los siguientes porcentajes en los distintos

grados de severidad; depresión leve 30.3%, depresión moderada 4.6% y depresión moderada severa 1.1%.

En relación a la depresión no fue observado un porcentaje significativo para determinar una relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el desarrollo de la misma, pero fue observada una correlación entre el antecedente familiar de depresión y la patología estudiada puesto que aquellas mujeres con este historial presentan un incremento significativo para padecer depresión.

Palabras clave: Síntomas depresivos, métodos anticonceptivos hormonales, cuestionario PHQ-9, prevención, prevalencia.

II. ABSTRACT

“PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN FERTILE WOMEN USING HORMONAL CONTRACEPTIVES”

Venegas, Méndez S.I. ¹, Ramírez Alarcón I. ², Roy García I.A. ³

1. Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar.

2. Médico especialista en Medicina Familiar- UMF 28 “Gabriel Mancera”.

3.Coordinadora de Programas médicos CMNS XXI.

Introduction: Depression is a public health problem that mostly affects women, among the various risk factors are the use of hormonal contraceptives, 35% of women who use hormonal contraceptive methods present depressive symptoms compared to 19%. of those that do not use it.

Objective: To evaluate the prevalence of depression in fertile women using hormonal contraceptive methods.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out, which included 350 women from 15 to 44 years old, users of hormonal contraceptive methods, who were given the PHQ-9 questionnaire for the evaluation of depressive symptoms.

Results: Of the patients studied, the percentage of women with depression was 36%, of which mild depression occupies 30.3%, moderate depression 4.6% and moderate severe depression 1.1%, with the following percentages in symptoms suggestive of depression; loss of interest 27.1%, feeling down 25.7%, difficulty sleeping 43.1%, feeling tired 52%, changes in appetite 36.6%, feeling a failure 6.9%, difficulty concentrating 24.3%, feeling restless 15.4%, and suicidal ideation 0.6%.

In the analysis of risk factors for the development of depression, it was found that hormonal contraceptives present an OR of 1.2 (95% CI (0.7-1.9)) p (0.38); the hormonal intrauterine device presents an OR of 0.7 (95% CI (0.5-1.2)) p (0.23); family history of depression has an OR of 2.0 (95% CI (1.1-3.7)) p (0.30) and age has an OR of 1.0 (95% CI (0.9-1.0)).

Conclusion: As can be seen in the results, the prevalence of depression found in the study group was 36% with the following percentages in the different degrees of severity; mild depression 30.3%, moderate depression 4.6% and moderate severe depression 1.1%.

In relation to depression, a significant percentage was not observed to determine a relationship between the use of hormonal contraceptive methods and its development, but a correlation was observed between a family history of depression and the pathology studied, since those women with this history show a significant increase in suffering from depression.

Keywords: Depressive symptoms, hormonal contraceptive methods, PHQ-9 questionnaire, prevention, prevalence.

III. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, sufrir dolor o perder la libertad, dicho trastorno se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligado con cambios o problemas en otras esferas de la vida lo que deja al paciente en un estado de vulnerabilidad llegando en estados más severos al suicidio. Se han descrito múltiples factores de riesgo y los más importantes son: ser mujer (más aún si es jefa de familia), tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, aislamiento social, tener problemas legales, experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas y migración.

En nuestro país según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos (2010) refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos; el porcentaje en mujeres es de 5.8% (IC 95%= 5.2, 6.5) en comparación con los hombres que corresponde a 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0), es el principal padecimiento que afecta a las mujeres de 14 a 35 años ocupando el primer lugar de discapacidad para las mujeres (21.3%); de acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social la incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos es de 7 días con días de actividad perdidos en promedio de 25.5 al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica. Siendo las mujeres más predisponentes a padecer este trastorno diversas investigaciones han surgido para encontrar factores predisponentes en este género. Entre ellos se ha encontrado que el 35% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos hormonales presentan síntomas depresivos frente al 19% de aquellas que no lo emplean, por lo que se debe identificar de forma temprana a aquellas usuarias de métodos anticonceptivos con síntomas depresivos.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (Organización Mundial de la Salud). Esta enfermedad representa un problema de salud pública por sí sola representa en México 7.5% de la carga global, es el principal padecimiento que afecta a las mujeres de 14 a 35 años (se estima que 29.9% de las habitantes mayores de 12 años sufren algún nivel de depresión ocasional). Esta enfermedad es responsable de 25% de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en los hombres y de 23% en las mujeres; ocupa el primer lugar entre todas las causas de AVD en las mujeres y el segundo en los varones, después de la lumbalgia, lo que representa 15 millones de días perdidos. ¹

Así mismo pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida por lo que la depresión se ubica como un problema de salud pública en México, el cual debe de ser diagnosticado de manera oportuna, abordando de forma correcta los factores asociados para realizar medidas de prevención y un mejor abordaje en el primer nivel de atención. ²

Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de 16.3 billones de dolares entre 2011 y 2030. ²

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico, hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales. ³

Entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de algún evento estresante, y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral que pueden producir variaciones a nivel estructural y en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Entre los factores genéticos que intervienen en el trastorno depresivo, se ha reportado que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo mayor. Dentro de los factores biológicos, existen evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas, cuyas acciones inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino, que incrementan el riesgo de padecer la depresión mayor. A pesar de años de estudio, las bases biológicas del trastorno depresivo mayor y el mecanismo preciso de la eficacia antidepressiva siguen siendo poco claras.³

En esta patología 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), síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica.⁴

IV.2. LA PARTICIPACIÓN DE LOS ESTRÓGENOS EN LA DEPRESIÓN

Los resultados de diversas investigaciones demuestran que las mujeres presentan con mayor frecuencia alteraciones afectivas en comparación con los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, en las diversas hipótesis que intentan explicar estas diferencias intervienen factores biológicos (hormonales, genéticos), sociales, ambientales y del estilo de vida de la

mujer. Hay un porcentaje importante de mujeres que experimenta problemas afectivos y del estado de ánimo, que se manifiestan después de que la joven completa su desarrollo sexual, la edad de la menarquía representa un factor de vulnerabilidad para la morbilidad psiquiátrica, en algunas investigaciones se ha observado que los cambios hormonales producen estresores que precipitan la depresión, sobre todo en mujeres. ⁵

En diversas investigaciones se ha estudiado la influencia de las hormonas femeninas, y se ha demostrado que estas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante e inmediatamente después de un embarazo (posparto), y el período inmediatamente antes y durante la menopausia (perimenopausia). ⁵

Ejemplo de estos cambios hormonales cíclicos es la producción de esteroides gonadales que caracteriza el brote puberal de las jóvenes, puede ser un factor modulador de neurotransmisores, los cuales tienen relación directa con el afecto y el estado de ánimo; lo que explicaría que, en el período de la adolescencia, las niñas tienen más probabilidades de padecer depresión que los niños. ⁶

Así mismo muchas mujeres, se ven afectadas por el trastorno disfórico premenstrual una semana antes de la menstruación caracterizada generalmente por períodos de depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios de estado de ánimo, de tal manera que interfieren con su calidad de vida por lo que se ha investigado de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar la química del cerebro, sin embargo, hasta el momento no son concluyentes dichos estudios. ⁷

También se ha estudiado como las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como “tristeza posparto”, pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. En un estudio se demostró que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz.⁸

Los cambios hormonales aumentan durante la transición entre la premenopausia y la menopausia. Aunque algunas mujeres pueden entrar en la menopausia sin problemas de estado de ánimo, otras tienen mayor riesgo de padecer depresión. Esto parece ocurrir incluso entre las mujeres que no tienen antecedentes de depresión.⁹

Además, diversas líneas de investigación señalan que los estrógenos cumplen un papel importante en la modulación de la depresión, la evidencia clínica sugiere que las fluctuaciones hormonales en el ciclo reproductivo han mostrado sus efectos sobre los sistemas de neurotransmisores, neuroendocrinos y circadianos, que han sido implicados en los trastornos del humor. Los cambios en los niveles hormonales en la etapa premenstrual, el puerperio y la perimenopausia se asocian a una mayor vulnerabilidad en la aparición de alteraciones psiquiátricas como la depresión. Dentro de dichos cambios en el ciclo menstrual se ha encontrado que en la fase lútea al estar suprimidos los estrógenos y la progesterona frecuentemente se asocia con cambios de humor, así como el empeoramiento de un episodio mayor.⁹

Se ha especulado incluso que estas alteraciones psiquiátricas están asociadas a los cambios en los niveles de esteroides sexuales, como los estrógenos, los cuales ejercen una modulación importante en las funciones cerebrales que producen una modificación en el estado de ánimo y la conducta. Se sabe que existen receptores para hormonas gonadales como los estrógenos y la progesterona en regiones cerebrales involucradas en la regulación del ánimo y la conducta como la corteza prefrontal, el hipocampo, el tálamo y el tallo cerebral.¹⁰

Otras investigaciones sugieren que existen interacciones moleculares de los estrógenos en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, se ha observado que el E2 (estradiol) administrado a ratas hembras ovariectomizadas aumenta la frecuencia de disparo de las neuronas noradrenérgicas que se proyectan hacia el área preóptica y el área hipotalámica anterior. Así mismo, el E2, el DES (dietilestilbestrol) y el mestranol redujeron la densidad de receptores α -adrenérgicos en estructuras como el hipotálamo, la corteza frontal y el núcleo del tracto solitario por lo que se puede concluir que los estrógenos participan en la modulación de la depresión.¹¹

IV.3. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

El abordaje de esta enfermedad por Atención Primaria representa una prioridad, ya que es un problema de salud pública, el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Son síntomas nucleares de la depresión la tristeza patológica y la pérdida del interés o de la capacidad de obtener placer (anhedonia). Suelen aparecer agrupaciones de síntomas de distintas esferas psicológicas: de los afectos, de la cognitivo y conductual, y de la somática. Los cuales se describen a continuación:¹²

- Síntomas afectivos: Tristeza patológica o humor depresivo, anhedonia, ansiedad secundaria a depresión, irritabilidad que puede predisponer a presentar conductas violentas, injustificadas y desproporcionadas que conducen al aislamiento social, disforia y apatía.
- Síntomas cognitivos: Alteraciones del pensamiento, que puede manifestarse en el paciente como dificultad para concentrarse, ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa que conducen a la desesperación, son estos síntomas los que predisponen a los pacientes que lo padecen a presentar ideación suicida, alteraciones cognoscitivas las cuales se presentan por desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención.
- Síntomas somáticos: Trastornos vegetativos como astenia, cefaleas atípicas, algias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos (dispepsia, estreñimiento, pérdida de apetito etc.) trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), de la libido, del equilibrio, o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnia y trastornos de los ritmos vitales como es la alteración de sueño/vigilia.
- Síntomas conductuales: alteraciones en la actividad psicomotora en la que los pacientes pueden manifestarla al presentar movimientos aislados o combinados, alteración en la marcha, lenguaje (lento, de pobre iniciativa, mutismo) o disminución del rendimiento, u otras conductas de inhibición como tendencia al aislamiento, al llanto, intentos de suicidio y suicidio aparecen en la depresión.

Como ya se ha comentado, la depresión es una alteración del estado afectivo, con manifestaciones tanto físicas como psíquicas de importante repercusión para la vida socio-

familiar y laboral del individuo que la padece, por lo que el médico de primer contacto debe conocer toda la sintomatología que puede presentar un paciente con dicho trastorno.¹²

CRITERIOS DSM IV PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) los criterios para el Episodio Depresivo Mayor son los siguientes:¹³

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer:
- a. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - b. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - c. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - d. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - e. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

- f. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - g. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - i. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CUESTIONARIO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 9 (PHQ-9)

En esta investigación se utilizará esta herramienta porque es una encuesta de autoevaluación diseñada para ser aplicada en el campo de la atención primaria, es un instrumento que se deriva de la Entrevista de Evaluación de los Trastornos Mentales en la Atención Primaria (PRIME-MD por sus siglas en inglés) que permite realizar la pesquisa de pacientes con

trastorno depresivo además de definir la severidad de dicho cuadro. Este instrumento es breve y autoaplicable; al evaluar sus propiedades clinimétricas se observaron una sensibilidad de 92% y una especificidad de 88% para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor. ^{14,15} (Anexo 2)

Así mismo este instrumento ha mostrado características similares en poblaciones de lengua española y su desempeño es adecuado en diferentes culturas. En México este cuestionario ha sido usado en tres investigaciones una es el “Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM y del Internado” otro es “Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla, México” y “Validez y utilidad del Cuestionario de salud del paciente (PHQ) -2 y PHQ-9 para la detección y el diagnóstico de la depresión en las zonas rurales de Chiapas” en todos estos estudios se concluye que el PHQ-9 resultó ser una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas de depresivos con una sensibilidad de un 92% y una especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton. Además, presenta una validez predictiva concurrente con los criterios de CIE-10 para depresión. ^{16,17,18}

IV.4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

La anticoncepción hormonal temporal se refiere a la administración artificial de estrógenos y progestágenos para reducir la fertilidad, simulando los cambios hormonales del embarazo evitando con ello la ovulación, estos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa que desee un método temporal de alta efectividad y seguridad. Estos métodos actúan de la siguiente forma ¹⁹

Los estrógenos provocan supresión intensa de la hormona folículo estimulante (FSH) para evitar el estímulo inicial que favorece el desarrollo del folículo y suprimen la liberación de hormona luteinizante (LH) con lo cual se impide la ovulación. Los progestágenos aumentan la viscosidad de moco cervical y suprimen la hormona FSH y LH. ¹⁹

Los anticonceptivos hormonales presentan diversas indicaciones terapéuticas que varían en función de la dosis de hormonas y de la combinación de las mismas que presente cada preparado. Entre estas indicaciones se encuentran: menorragia, dismenorrea, acné, hirsutismo, anemia ferropénica y endometriosis. ¹⁹

Los anticonceptivos hormonales se formulan a base de progestágenos, solos o en combinación con estrógenos. En función de la dosis de estos últimos que contengan se pueden clasificar en: monofásicos que son aquellos contienen la misma cantidad de estrógeno que de progesterona durante todo el ciclo, bifásicos los cuales tienen la misma cantidad de estrógeno, pero menor dosis de gestágeno los primeros días y los trifásicos que tienen estrógenos en igual cantidad durante los primeros y últimos días con mayor dosis en el intervalo; gestágeno en dosis creciente durante los 3 períodos. ²⁰

Con el fin de mejorar su eficacia su eficacia y tolerancia se han ido produciendo cambios en su composición, reduciendo progresivamente la dosis de estrógeno, responsable del riesgo tromboembólico y de reacciones adversas como náuseas, vómitos, cefalea y mastalgia, actualmente contamos con los siguientes métodos hormonales: ²⁰

Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos: combinados de estrógeno y progestina y los que contienen sólo progestina, brinda protección anticonceptiva del 92 al 99% que acepten la ingesta diaria de tabletas. ²⁰

Métodos hormonales inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: combinados de estrógeno y progestina y los que contienen solo progestina, brinda protección anticonceptiva mayor al 99% se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables, la protección anticonceptiva se extiende por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva. ²⁰

Método hormonal subdérmico (Implante)

Es un método anticonceptivo temporal de acción prolongada que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno) brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año, después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso) Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm, el implante se introducen por la incisión en forma de abanico abierto bajo la piel a través de un trócar calibre 10, en dirección opuesta al codo. ²⁰

Parche anticonceptivo

El parche anticonceptivo para mujeres es un tipo de método anticonceptivo que contiene las hormonas estrógeno y progestina, brinda una protección anticonceptiva del 99% a partir de las 24 horas de su aplicación, el primer parche se aplica durante las primeras 24 horas de haber iniciado la menstruación, cada parche se aplica una vez por semana, en la cuarta semana no se aplica parche y es donde se presenta la menstruación. ²⁰

DIU hormonado

Es un dispositivo de plástico en forma de T que contiene un sistema liberador de Levonorgestrel, es un método de larga duración con un período de protección anticonceptiva de 5 años con una efectividad mayor al 99%, es un método que puede aplicarse en cualquier momento. ²⁰

IV.5. EFECTOS SECUNDARIOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los efectos secundarios suelen ser causa de abandono del uso de los anticonceptivos, los estudios demuestran que un 65% de las mujeres que dejan el anticonceptivo hormonal se debe a los efectos secundarios; dentro de las reacciones adversas más frecuentes se han encontrado las siguientes de acuerdo a cada uno de los aparatos y sistemas: ²¹

- Trastornos del sistema nervioso: Cefaleas y migrañas.
- Trastornos gastrointestinales: Náuseas, dolor abdominal, vómito y ocasionalmente diarrea.
- Trastornos psiquiátricos: Ánimo depresivo, libido disminuida.
- Trastornos del aparato reproductor y mamas: Sensibilidad mamaria, dismenorrea, trastorno menstrual, secreción vaginal.
- Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Acné, irritación de la piel, erupción cutánea y prurito.
- Trastornos de la coagulación: Riesgo de accidentes tromboembólicos sobre todo en aquellas mujeres con obesidad, tabaquismo o inmovilización prolongada.

Sin embargo, se han realizado diversas investigaciones para indagar más profundo en los efectos adversos sobre la psique de las pacientes con dichos métodos; los investigadores de la Universidad de Copenhague en Dinamarca realizaron un estudio en el cual analizaron un millón de mujeres durante 14 años en la cual se indicaba que en ninguna de las mujeres que comprendían una edad entre 15 y 34 años había sido diagnosticada con depresión al iniciar el estudio. Sin embargo, el resultado del análisis demostró que el 40% de las mujeres habían sido diagnosticadas con riesgo de desarrollar depresión después del uso de anticonceptivos comparado con mujeres que no los consumían. Como resultado se obtuvo la asociación entre

el consumo de anticonceptivos hormonales y el uso de antidepresivos en la etapa posterior a usar el método anticonceptivo. Además, con el estudio se demostró que tienden a sufrir cambios de humor que según los investigadores del estudio se atribuye a la presencia de hormonas femeninas como el estrógeno y la progesterona (Wessel, Steinrud, Vedel 2016).²²

De acuerdo al estudio del doctor Anouk E. de Wilt recopilaron los datos del estudio TRAILS elaborado de septiembre 2005 a Diciembre 2016 analizando 1010 mujeres, las participantes fueron evaluadas con cuestionarios, entrevistas pruebas y/o mediciones físicas se llenaron entre uno a cuatro evaluaciones de la exposición a anticonceptivos orales en mujeres de 16, 19, 22 y/o 25 años, en promedio las puntuaciones de depresión fueron 21.2% más altos entre mujeres usuarias de métodos hormonales de 16 años de edad, encontrándose los siguientes resultados: Los usuarios de anticonceptivos más jóvenes reportó más llanto (OR 1.89), hipersomnia (OR 1.68), problemas alimentarios (OR 1.54) que aquellas no usuarias. Dicho estudio presentaba dos limitaciones del estudio son que sus observaciones de los datos excluyen cualquier causal y el análisis longitudinal no proporciono ninguna información sobre píldoras orales específicas. Además, según los resultados del estudio se tiene evidencia que sugiere que la relación entre uso de anticonceptivos orales y depresivos los síntomas van en ambas direcciones, en este estudio también se recomienda el monitoreo de la depresión en aquellas mujeres que presenten sintomatología depresiva o sean adolescentes. También se señaló la importancia de explicar las mujeres los efectos adversos que pueden provocar las hormonas y educar a la población usuaria que debe comunicar a su médico al presentarse alguno de estos y es deber del médico realizar el seguimiento, diagnóstico y tratamiento adecuado.²³

V. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfoca a estudiar la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos ya que en recientes investigaciones se encontró que el 35% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos hormonales presentan síntomas depresivos frente al 19% de aquellas que no lo emplean.

En México la depresión constituye un problema de salud pública siendo el principal padecimiento que afecta a las mujeres de 14 a 35 años (29.9%) así mismo la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres (21.3%). Es importante recordar que la depresión es una enfermedad con diversos factores de riesgo y actualmente existen múltiples teorías para el entendimiento del inicio de la enfermedad; se han realizado investigaciones acerca de los cambios hormonales en la mujer y como estos podrían justificar que el género femenino sea el más afectado por esta patología.

Se ha planteado que las fluctuaciones hormonales influyen en las vías neuroquímicas existiendo interacciones moleculares de los estrógenos en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico ligadas a la depresión, también se ha encontrado que hormonas gonadales como los estrógenos y la progesterona poseen receptores en regiones cerebrales involucradas en la regulación del ánimo y la conducta como la corteza prefrontal, el hipocampo, el tálamo y el tallo cerebral por estos hallazgos se considera que la mujer es más vulnerable a sufrir trastornos afectivos durante las etapas de cambios hormonales.

En la actualidad se han realizado diversos estudios en busca de establecer si existe una relación de los métodos anticonceptivos hormonales y los síntomas depresivos encontrándose que existe un riesgo relativo diferente de acuerdo al método seleccionado por la usuaria: métodos anticonceptivos orales combinados (RR de 2.3 (1.22-1.25), píldoras de progestágeno solo (RR de 1.34 (1.27-1.40) parche de norelgestromina (RR de 2.0 (1.76-2.18) anillo vaginal (RR de 1.6 (1.55-1.69) DIU con levonorgestrel (RR de 1.4 (1.31-1.42). Por lo que debemos de poner atención a nuestras pacientes usuarias de estos métodos y realizar de forma adecuada un seguimiento, diagnóstico y tratamiento de forma oportuna cuando presenten síntomas depresivos además de instaurar redes de apoyo para todas las usuarias para que estas continúen con un método de planificación familiar de forma segura.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud informa que ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y es dos veces más frecuentes en comparación con los hombres. En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia; sin embargo, en la actualidad se ha comenzado a estudiar la relación de los métodos anticonceptivos hormonales como un factor de riesgo para la depresión.

En México poco se ha investigado este fenómeno siendo el estudio de “Sintomatología depresiva elevada y el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México” del año 2017 en que se concluyó que los síntomas depresivos se encontraban con el uso de anticonceptivos naturales y hormonales del 40%; así mismo debemos de considerar que en nuestro país la prevalencia de usuarias de métodos anticonceptivos de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) era del 67.2% en 2009 y se estima que en conjunto IMSS, ISSSTE, IMSS Oportunidades, SEDENA, PEMEX y la Secretaría de Salud se registraron 9.3 millones de usuarias activas de planificación familiar.

Si bien no existe gran variedad de trabajos de investigación sobre este tema en Ecuador Valdivieso (2019) se encontró que el 35% de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos hormonales presentan síntomas depresivos frente al 19% de aquellas que no lo emplean, por otro lado con lo que respecta al rango de edad se encuentran mayores índices de 18 a 30 años indicando que 3 de cada 10 se encuentran en algún nivel de depresión para atención clínica, el 68% de las usuarias de anillo vaginal presentan índices de depresión siendo el más alto en comparación a otros métodos. Los que presentan menores porcentajes de depresión son las píldoras anticonceptivas y el DIU hormonado. Así mismo se realizó un estudio derivado del ensayo TRIALS, tipo cohorte prospectivo con una población de 1010 mujeres entre edades de 16 a 25 años, con seguimiento desde el 1 de setiembre del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2016 donde se documentó que aquellas con edades que rondaron los 16 años obtuvieron puntajes mayores para síntomas depresivos.

Teniendo en cuenta lo anterior es de importancia clínica para el investigador lo siguiente:

1. Establecer si existe una susceptibilidad de las mujeres usuarias de método anticonceptivo hormonal de desarrollar depresión
2. Identificar a aquellas mujeres con depresión y otorgarles el tratamiento adecuado ya sea farmacológico o psicológico
3. Proponer la utilización de cuestionario PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) para el seguimiento de mujeres que inicien método anticonceptivo hormonal
4. Instaurar pláticas a las pacientes usuarias de métodos anticonceptivos para que conozcan de mejor forma los efectos adversos

Al reconocer a los métodos anticonceptivos como un factor de riesgo para las mujeres de depresión nos permitirá realizar medidas de prevención adecuadas, haciendo un seguimiento rutinario de las pacientes aplicando cuestionarios de detección de forma oportuna con la finalidad de brindarle a nuestras pacientes una atención integral.

V.1. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de depresión en mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos hormonales?

VII. OBJETIVOS

VII.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la prevalencia de depresión en las mujeres fértiles usuarias de métodos anticonceptivos hormonales

VII.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Determinar la prevalencia de depresión de acuerdo al tipo de método anticonceptivo.
2. Conocer la severidad de la depresión en mujeres usuarias de método anticonceptivo hormonal.
3. Evaluar la prevalencia de la depresión de acuerdo al grupo de edad.
4. Identificar cual es el síntoma depresivo predominante en las usuarias de método anticonceptivo.

VII.3. HIPÓTESIS

La prevalencia esperada de depresión en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos se estima en un 35%.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional, transicional y descriptivo en derechohabientes mujeres entre 15 a 44 años de edad de la unidad de medicina familiar número 28 “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la aplicación de un cuestionario (Patient Health Questionnaire 9, PHQ-9) a pacientes usuarias de método anticonceptivo hormonal.

- No experimental: Dicha maniobra es natural: aplicación del cuestionario
- Observacional: El investigador no realizará ninguna intervención, solo medirá un fenómeno
- Descriptivo: Se evaluará la prevalencia de depresión, sin hacer comparaciones.
- Transversal: Solo se hará una medición a lo largo del tiempo (aplicación del cuestionario)
- Retrolectivo: La obtención de la información es realizada una vez que la maniobra y el resultado han ocurrido: se necesitan el resultado del cuestionario.

VIII.2. TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra, con una fórmula para una proporción, considerando una frecuencia esperada de síntomas depresivos del 35%, con un IC 95%, obteniéndose un total de 350 participantes. Se utilizó el programa OPEN EPI para el cálculo de tamaño de muestra.

Fórmula: Tamaño de la muestra se desglosa con la siguiente fórmula

$$n = [EDFF * Np (1-p) / [d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]]$$

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times Po \times Qo}{d^2}$$

$$Qo = (1 - 0.35) = 0.65$$

$$Po = 0.35$$

$$d^2 = (0.08)^2 = 0.0064$$

$$Z \alpha^2 = (1.96)^2 = 3.8416$$

$$\frac{3.8416 \times 0.35 \times 0.65}{0.0064} = 136$$

Con las siguientes características asociadas:

- Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población infinita o fcp) (N): 1000000
- Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 35% +/- 5
- Límites de confianza como % de 100 (absoluto +/- %)(d): 5%
- Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

VIII.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres derechohabientes de 15 a 44 años de edad usuarias de método anticonceptivo hormonal a la UMF No.28

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser derechohabiente de la UMF No. 28
- Mujeres en edad fértil de 15 a 44 años
- Usuarias de método anticonceptivo hormonal en un lapso menor a dos años
- Que acepten participar y firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes en tratamiento con terapia de reemplazo hormonal
- Pacientes con diagnóstico de depresión
- Pacientes con diagnóstico de ansiedad
- Pacientes con lactancia materna
- Usuarias de método anticonceptivo hormonal con uso menor a un mes o mayor a 1 año

Criterios de eliminación

- Pacientes que llenen de forma incompleta el cuestionario (Patient Health Questionnaire 9, PHQ-9)

IX. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DE INTERÉS

● DEPRESIÓN

Definición conceptual: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. (RAE 2020).

Definición operacional: La depresión será medida con el cuestionario (Patient Health Questionnaire 9) el cual consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos presentes al momento del ingreso a la Sala General, el punto de corte para identificar un caso positivo para un episodio depresivo mayor actual, a partir de la cual se clasificará la severidad de la depresión en: sin depresión (puntaje de 0-4 puntos), depresión leve (puntaje de 5-9), moderada (puntaje de 10-14 puntos), severa (15-19 puntos) y muy severa (puntaje de 20-27 puntos).

Indicadores: Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0= “nunca”, 1= “algunos días”, 2= “más de la mitad de los días”, 3= “casi todos los días”. Según el puntaje total obtenido en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: Sin depresión. 5-9: Leve. 10-14: Moderada. 15-19: Moderada-Severa. 20-27: Severa.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

● SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Definición conceptual: Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. (RAE).

Definición operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, con ocho posibles respuestas: Poco interés en las cosas, Sentirse decaída, deprimida o sin esperanzas, Dificultad para dormir o permanecer dormida o ha dormido demasiado 4. Se ha sentido cansada o con poca energía, Con poco apetito o ha comido en exceso 6. Se ha sentido mal con usted misma o que ha a quedado mal con usted misma o con su familia,

Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión, Se ha sentido inquieta o agitada más de lo normal, Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera.

Indicadores: 1. Poco interés en las cosas 2. Sentirse decaída, deprimida o sin esperanzas 3. Dificultad para dormir o permanecer dormida o ha dormido demasiado 4. Se ha sentido cansada o con poca energía 5. Con poco apetito o ha comido en exceso 6. Se ha sentido mal con usted misma o que ha a quedado mal con usted misma o con su familia 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión 8. Se ha sentido inquieta o agitada más de lo normal 9. Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

VARIABLES SECUNDARIAS

- **EDAD**

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido (RAE).

Definición Operacional: Se considerará para este estudio la edad que refiere el paciente medida en años, se considerarán solo números enteros.

Indicadores: Edad en años referida por el paciente.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discreta

- **ESTADO CIVIL**

Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. (WordReference).

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, con las siguientes opciones: soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 1. Soltera, 2. Casada, 3. Divorciada, 4. Viuda, 5. Unión libre

Tipo de medición: Nominal.

Escala de medición: Cualitativa, politónica.

- **OCUPACIÓN**

Definición conceptual: Trabajo, empleo, oficio (RAE).

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por la participante, se considerarán las siguientes opciones: empleada, desempleada, ama de casa.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 1. Empleado 2. Desempleado 3. Ama de casa

Tipo de medición: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, politónica.

- **ESCOLARIDAD**

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (RAE).

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente y se considerarán las siguientes opciones: sin ninguna escolaridad, primaria, secundaria, preparatoria o carrera técnica, universidad o Posgrado.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Posgrado

Tipo de medición: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal.

- **TIEMPO DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL**

Definición conceptual: Época durante la cual vive alguien o sucede algo (RAE).

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, se considerará el tiempo en meses que ha utilizado el método para lo cual se recodificará la variable en las siguientes categorías: De 1-2 meses, de 3-6 meses o más de 6 meses.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 1. De 1 mes a 2 meses 2. De 3 meses a 6 meses 3. Más de 6 meses

Tipo de medición: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

- **ANTICONCEPTIVO HORMONAL**

Definición conceptual: Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos: Los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina (NOM 005-SSA2-1993).

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente y registrado en el expediente clínico, las opciones de método anticonceptivo hormonal son: uso de pastillas, parche, anillo vaginal, implante, hormonal inyectable, DIU hormonado.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 1. Pastillas anticonceptivas 2. Parche anticonceptivo 3. Anillo vaginal 4. Implante subdérmico 5. Hormonal inyectable 6. DIU hormonado

Tipo de medición: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal, politónica.

- **ANTECEDENTES FAMILIARES CON DEPRESIÓN**

Definición conceptual: Algún familiar vivo o finado con diagnóstico de depresión (padres, hijos, hermanos) (GPC 2015)

Definición Operacional: Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, la presencia o ausencia de familiar directo con depresión, en caso de tener antecedente se registrará el parentezco.

Indicadores: Lo referido por el paciente: 0. Sin antecedentes familiares de depresión 1. Con antecedentes familiares de depresión.

Tipo de medición: Cualitativa

Escala de medición: Nominal, dicotómica.

TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Tipo de medición
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos (RAE 2020).	La depresión será medida con el cuestionario (Patient Health Questionnaire 9) el cual consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos presentes al momento del ingreso a la Sala General, el punto de corte para identificar un caso positivo para un episodio depresivo mayor actual. a partir de la cual se clasificará la severidad de la depresión en: sin depresión (puntaje de 0-4 puntos), depresión leve (puntaje de 5-9), moderada (puntaje de 10-14 puntos), severa (15-19 puntos) y muy severa (puntaje de 20-27 puntos).	Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0= "nunca", 1= "algunos días", 2= "más de la mitad de los días", 3= "casi todos los días". Según el puntaje total obtenido en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: Sin depresión. 5-9: Leve. 10-14: Moderada. 15-19: Severa. 20-27: Muy Severa.	Ordinal	Cualitativa
Síntomas depresivos	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, con ocho posibles respuestas: Poco interés en las cosas, Sentirse decaída, deprimida o sin	<u>Indicadores:</u> 1. Poco interés en las cosas 2. Sentirse decaída, deprimida o sin esperanzas 3. Dificultad para dormir o	Nominal Politónica	Cualitativa

	determinar su naturaleza. (RAE).	esperanzas, Dificultad para dormir o permanecer dormida o ha dormido demasiado 4. Se ha sentido cansada o con poca energía, Con poco apetito o ha comido en exceso 6. Se ha sentido mal con usted misma o que ha a quedado mal con usted misma o con su familia, Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión, Se ha sentido inquieta o agitada más de lo normal, Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera.	permanecer dormida o ha dormido demasiado 4. Se ha sentido cansada o con poca energía 5. Con poco apetito o ha comido en exceso 6. Se ha sentido mal con usted misma o que ha quedado mal con usted misma o con su familia 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión 8. Se ha sentido inquieta o agitada más de lo normal 9. Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera		
Edad	Tiempo que una persona ha vivido (RAE).	Se considerará para este estudio la edad que refiere el paciente medida en años	Edad en años referida por el paciente	Discreta	Cuantitativa

Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc. (WordReference).	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, con las siguientes opciones: soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre.	Lo referido por el paciente: 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre	Nominal, politónica	Cualitativa
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio (RAE).	Se considerará en este estudio lo referido por la participante, se considerarán las siguientes opciones: empleada, desempleada, ama de casa.	Lo referido por el paciente: 1. Empleado 2. Desempleado 3. Ama de casa	Nominal Politónica	Cualitativa
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (RAE).	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente y se considerarán las siguientes opciones: sin ninguna escolaridad, primaria, secundaria, preparatoria o carrera técnica, universidad o Posgrado.	Lo referido por el paciente: 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Posgrado	Ordinal	Cualitativa

Tiempo de uso	Época durante la cual vive alguien o sucede algo (RAE).	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, se considerará el tiempo en meses que ha utilizado el método para lo cual se recodificará la variable en las siguientes categorías: De 1-2 meses, de 3-6 meses o más de 6 meses.	Lo referido por el paciente: 1. De 1 mes a 3 meses 2. De 3 meses a 6 meses 3. De 6 meses a 1 año	Ordinal	Cualitativa
Anticonceptivo hormonal	Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja. Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos: Los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina (NOM 005-SSA2-1993)	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente y registrado en el expediente clínico, las opciones de método anticonceptivo hormonal son: uso de pastillas, parche, anillo vaginal, implante, hormonal inyectable, DIU hormonado.	Lo referido por el paciente: 1. Pastillas anticonceptivas 2. Parche anticonceptivo 3. Anillo vaginal 4. Implante subdérmico 5. Hormonal inyectable 6. DIU hormonado	Nominal Politónica	Cualitativa
Antecedente Familiar con Depresión	Algún familiar vivo o finado con diagnóstico de depresión (padres,	Se considerará en este estudio lo referido por el paciente, la presencia o ausencia de familiar directo con depresión, en caso de	0. Sin antecedentes familiares de depresión 1. Con antecedentes	Nominal, dicotómica.	Cualitativa

	hijos, hermanos) (GPC 2015)	tener antecedente se registrará el parentezco.	familiares de depresión.		
--	--------------------------------	--	-----------------------------	--	--

X. ESTRATEGIA DE ESTUDIO

Las pacientes fueron captadas en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, así como en el servicio de planificación familiar de la unidad médico familiar, con previa valoración del cumplimiento de criterios de inclusión.

El día de la evaluación se les informo a las pacientes que participarían en este estudio al realizar el cuestionario PHQ-9, este cuestionario consta de nueve ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas dos semanas previas a la entrevista, de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) con la finalidad de valorar si existía una relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el desarrollo de depresión.

Se clasificaron a las pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario como: sin depresión (1 a 4 puntos), depresión leve (5 a 9 puntos), depresión moderada (10 a 14 puntos), depresión moderada-severa (15 a 19 puntos) y depresión severa (20 a 27 puntos). Al término de la realización de dicho cuestionario se explicará a la paciente en qué consiste el cuestionario, así como el significado de los resultados; aquellas pacientes que presenten puntuaciones compatibles con depresión, se les realizó su posterior envío a consulta externa con su médico familiar correspondiente para su atención y el inicio de tratamiento de forma oportuna.

XI. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Posteriormente a la aplicación de la maniobra ya mencionada (aplicación del cuestionario PHQ-9) que es una medida de auto informe de nueve ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo, se clasificaron a las pacientes de acuerdo al puntaje final obtenido en el cuestionario como: sin depresión (1 a 4 puntos), depresión leve (5 a 9 puntos), depresión moderada (10 a 14 puntos) y depresión moderada-severa (15 a 19 puntos) y depresión severa (20 a 27 puntos).

XII. MANIOBRAS PARA EVITAR SEGOS

Sesgo de ejecución: La determinación de la maniobra se llevará a cabo mediante un instrumento que se encuentra validado en la población mexicana con alta especificidad y sensibilidad.

Sesgo de ensamble inadecuado: La población elegida para este estudio son mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos hormonales atendidas en la unidad médico familiar

Sesgo por falta de sensibilidad de un instrumento: El instrumento que se utilizará ha sido utilizado y validado en diversos estudios en la población mexicana con una sensibilidad y especificidad alta para nuestra población.

Sesgo de transferencia: Dado que es un estudio transversal no existe riesgo de pérdida de potenciales participantes

XIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva para resumir la información. Para las variables cuantitativas como edad, tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal, tipo de anticonceptivo hormonal y antecedente familiar de trastorno depresivo. Se determinó el tipo de distribución utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, en caso de encontrarse un valor de $p > 0.05$ se asumirá distribución normal. Para las variables con distribución normal se utilizaron como medida de tendencia central la media y como medida de dispersión la desviación estándar. Para las variables con libre distribución se calculó la mediana y el rango intercuartil. Para las variables cualitativas como: se calcularon frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS V.26.

XIV. ASPECTOS ÉTICOS

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

universalmente aceptados y a los criterios que en la materia emita la Comisión Nacional de Bioética.

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

Este estudio se apega a las consideraciones de los principios de investigación médica, establecidos en Helsinki en 1975 enmendados en Edimburgo en el año 2000 y su última revisión en Fortaleza Brasil en octubre de 2013. A los “Principios éticos y Directrices Para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación” contenidos en el informe Belmont, publicados en 1976. A las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” que publica el congreso de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS en 2011, así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, última reforma publicada DOF 02-04-2014, en el mismo rubro y a la Norma que establece Las Disposiciones Para la Investigación En Salud En El Instituto Mexicano Del Seguro Social. Clave: 2000-001-009 y su última actualización el 29 de septiembre del 2017. Se solicitará autorización de la Comisión Local de Investigación de la Unidad De Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano Del Seguro Social a través de su plataforma en línea SIRELCIS.

Para evaluar el grado de riesgo de la presente investigación, es importante señalar que, para definirlo, en México debe aludirse al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. La presente investigación se estratifica como Investigación con riesgo mínimo: Se obtendrán datos mediante la realización de un cuestionario en la que la principal complicación puede ser que la paciente presente una crisis de depresión al momento de contestarlo.

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

- XV.** Respeto a las personas: los individuos serán tratados como agentes autónomos y las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección adicional. Para esto se les dará a las participantes un consentimiento informado donde se explica de forma breve y en lenguaje sencillo el objetivo y los procedimientos a realizar en la investigación y en caso de aceptar participar, colocaran su firma, pero pueden abandonar la investigación en el momento en que ellos lo decidan.
- XVI.** Beneficencia: tiene que ver con la procuración de bienestar. En ética en investigación, la beneficencia se entiende como una obligación y se deben cumplir 2 reglas generales: que no cause perjuicio y que aumente los posibles beneficios y disminuya los posibles riesgos.
- XVII.** Justicia: para cumplir este principio, los criterios de selección en esta investigación se basaron de acuerdo a lo encontrado en la bibliografía referente a incidencia y prevalencia de depresión en las mujeres en edad fértil usuarias de métodos anticonceptivos hormonales, para definir si nuestra investigación es ética, nos aseguramos de que la intervención sea valiosa para la población en estudio. Por lo que surge la siguiente interrogante: ¿el conocimiento que se obtendrá será de utilidad en la práctica clínica? La respuesta es sí.

Tomando en cuenta que en nuestro país la depresión es el principal padecimiento que afecta a las mujeres entre 15 a 44 años de edad, lo que refleja que aún estamos haciendo el diagnóstico tardío de la enfermedad y, lo que es más preocupante, aun no establecemos un tamizaje oportuno en la población de riesgo que nos permita detectar de manera oportuna a pacientes con prediabetes y en un mundo ideal a pacientes con resistencia a la insulina. Lo cual, es parte esencial de todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado, el cual, tendrá dos finalidades:

1. Asegurar que los individuos controlen si participan o no en nuestra investigación clínica.
2. Asegurar que los individuos sean informados con precisión del objetivo, métodos, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación; que hayan comprendido esta

información y su relación con su propia situación clínica; y que tomen una decisión voluntaria y sin coacción si desean participar.

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

El proyecto será sometido a evaluación por el Comité de ética e investigación y no podrá llevarse a cabo hasta que se tenga un número de registro.

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

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios del estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

- V. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resultado por el experimento.
- VI. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de

todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

- VIII. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener la libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuar.

XV. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

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

1. Recursos humanos:
 - Médico residente en Medicina Familiar: Venegas Méndez Sofía Itzel en formación para obtener el grado de Médico Familiar
 - Investigadores asociados
2. Factibilidad: se tiene el tamaño de población suficiente para poder obtener el tamaño de muestra
3. Recursos físicos y materiales
 - Internet
 - Computadora PC
 - Memorias de almacenamiento externo USB
 - Software para análisis estadístico (SPSS)

RECURSOS ECONÓMICOS

RECURSO	COSTO	CANTIDAD	TOTAL
PLUMA	5	3	10,00
COMPUTADORA	13,000	1	13,000
HOJAS TAMAÑO CARTA	1	300	300
TIEMPO DEDCICADO DEL ALUMNO INVESTIGADOR PARA LA ELEBAORACIÓN DEL PROYECTO	100	HRS POR MES (MESES)	

COPIAS	.50	350	175
TONER	400	1	400
MEMORIA USB 8 GB	300	1	300
INTERNET	389 X MES	12	1668
PROGRAMA ESTADÍSTICO	35000	1	3500
TOTAL			\$19,353

4. Recursos financieros:

- **Financiamiento:** Los gastos del presente estudio serán sustentados en su totalidad por el alumno investigador. Los investigadores no presentan conflictos de intereses.
- **Factibilidad:** Este estudio es factible ya que se cuenta con el apoyo de la Unidad de Medicina Familiar Número 28. La Coordinación de Educación e Investigación en Salud UMF 28, así como de la participación de los médicos que laboran en la misma para poder realizar la investigación.

XVI. CONFLICTO DE INTERESES

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

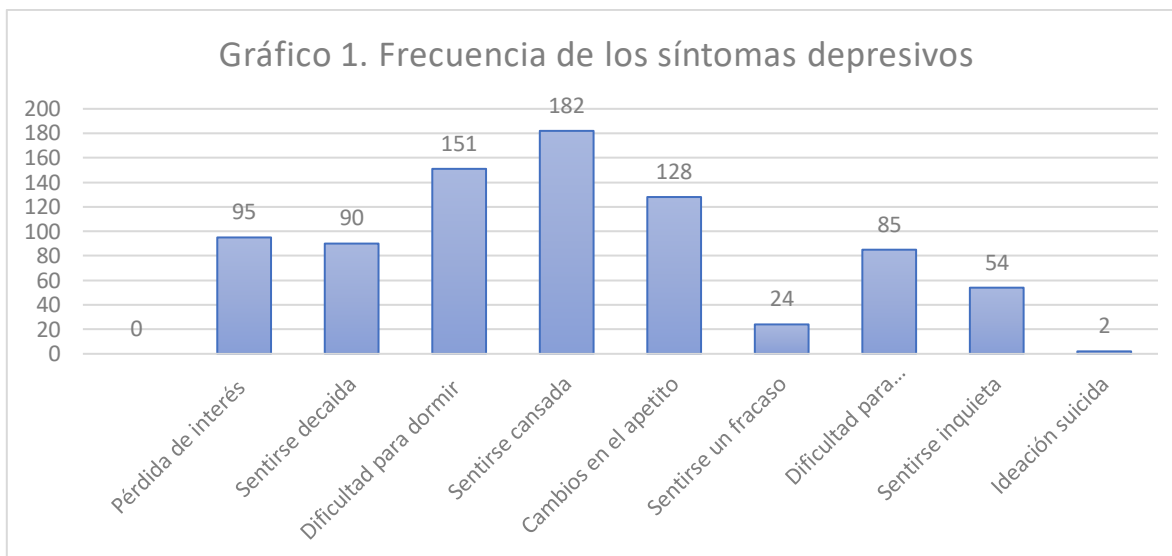
XVII. RESULTADOS

Se incluyó un total de 350 pacientes. A continuación, se describen las características generales de la población estudiada; se encontró una mediana de 29 años, con una mediana de 6 meses para el tiempo de uso del método anticonceptivo con la presencia de una mediana de 2 síntomas sugestivos de depresión al momento de la realización de la encuesta. De las pacientes estudiadas, el porcentaje de mujeres con depresión fue del 36%, de las cuales la depresión leve ocupa el 30.3%, la depresión moderada un 4.6% y depresión moderada severa un 1.1%; con los siguientes porcentajes en los síntomas sugestivos de depresión; pérdida de interés 27.1%, sentirse decaída 25.7%, dificultad para dormir 43.1%, sentirse cansada 52%,

cambios en el apetito 36.6%, sentirse un fracaso 6.9 %, dificultad para concentrarse 24.3%, sentirse inquieta 15.4% e ideación suicida 0.6% (Ver tabla 1)

Tabla 1. Características generales de la población	
Variables	n=350
Edad (años) ^a	29 (25,36)
Tiempo de uso de anticonceptivos (meses) ^a	6 (2, 12)
Cantidad de síntomas depresivos ^a	2 (1,4)
Pacientes con sin depresión ^b	224 (64)
Pacientes con depresión ^b	126 (36)
Pacientes sin antecedente familiar de depresión ^b	51 (14.6)
Pacientes con antecedente familiar de depresión ^b	299 (85.4)
Pacientes con depresión leve ^b	106 (30.3)
Pacientes con depresión moderada ^b	16 (4.6)
Pacientes con depresión moderada-severa ^b	4 (1.1)
Pérdida de interés ^b	95 (27.1)
Sentirse decaída ^b	90 (25.7)
Dificultad para dormir ^b	151 (43.1)
Sentirse cansada ^b	182 (52)
Cambios en el apetito ^b	128 (36.6)
Sentirse un fracaso ^b	24 (6.9)
Dificultad para concentrarse ^b	85 (24.3)
Sentirse inquieta ^b	54 (15.4)
Ideación suicida ^b	2 (0.6)
^a Los datos son presentados en mediana y rango intercuartilar 25-75 (RIQ).	
^b Los datos son presentados en frecuencia y porcentaje	

Se encontró que los síntomas sugestivos de depresión más frecuentes son dificultad para dormir en un 43.1%, sentirse cansada 52% y cambios en el apetito con 36.6% (Ver Gráfico 1).



A continuación se contrastan las características de la población de acuerdo con la severidad de la depresión, aquellas pacientes con depresión leve presentan una mediana de 30 años, con una mediana de 6 meses de tiempo de uso de anticonceptivo, con una mediana de 4 síntomas sugestivos de depresión con antecedente familiar de depresión del 16%; las pacientes con depresión moderada presentan una mediana de 28 años, con una mediana de 9 meses de tiempo de uso de anticonceptivo, con una mediana de 6 síntomas sugestivos de depresión con antecedente familiar de depresión del 37.5% y las mujeres que presentaron depresión moderada-severa presentan una mediana de 24 años, con una mediana de 3 meses de tiempo de uso de anticonceptivo, con una mediana de 3 síntomas sugestivos de depresión con antecedente familiar de depresión del 50%.

Al analizar el número de síntomas encontramos que aquellas participantes con depresión leve se encontró una mediana de 4 vs 7 en el grupo con depresión moderada-severa, $p < 0.001$. Al analizar el antecedente familiar de depresión se encontró en el 16% de las pacientes con depresión leve vs 50% en aquellas con depresión moderada-severa, $p = 0.002$. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Características generales de acuerdo con el grado de severidad de la depresión				
Variables	Depresión Leve	Depresión moderada	Depresión moderada-severa	Valor de P
	n = 106	n = 16	n = 4	
Edad (años)^a	30 (26,39)	28 (24,36)	24 (22, 26)	0.49
Tiempo de uso de anticonceptivos (meses)^a	6 (3,12)	9 (2,12)	3 (1,19)	0.621
Número de síntomas depresivos^a	4 (3,5)	6 (6,7)	7 (6,8)	< 0.001

Pacientes con antecedente familiar de depresión^b	17 (16)	6 (37.5)	2 (50)	0.002
^a Los datos son presentados en mediana y rango intercuartilar 25-75 (RIQ). Kruskal Wallis				
^b Los datos son presentados en frecuencia y porcentaje, Chi cuadrada.				

Al evaluar los factores de riesgo asociados a la depresión se encontró que aquellas que usan anticonceptivos hormonales presentaron depresión 42 pacientes, con un OR 1.2 (IC 95% (0.7-1.9)) p (0.700); aquellas con dispositivo intrauterino presentaron depresión 85 pacientes. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Anticonceptivos hormonales y depresión. OR sin ajuste					
Variables	Pacientes con depresión n=126	Pacientes sin depresión n=224	Valor de P	OR	IC 95%
Anticonceptivos hormonales^a	42	84	0.700	1.2	0.7-1.9
Dispositivo intrauterino hormonal	85	239	1. Referencia		
^a pastillas, parche, implante subdérmico e inyecciones					

Al evaluar uso de anticonceptivos hormonales como factor de riesgo para depresión, tabla 4, se encontró que los anticonceptivos hormonales presentan un OR de 1.2 (IC 95% (0.7-1.9)) p (0.38); el dispositivo intrauterino hormonal presenta un OR de 0.79 (IC 95% (0.5-1.2)) p (0.33); el antecedente familiar de depresión presenta un OR de 2.0 (IC 95% (1.1-3.7)) p (0.18) y la edad presenta un OR de 1.0 (IC 95% (0.9-1.0)). (Ver tabla 4)

Tabla 4. Factores de riesgo para depresión (OR sin ajuste)			
Variables	OR	IC 95%	Valor P
Anticonceptivos hormonales^a	1.2	(0.7-1.9)	0.38
Dispositivo intrauterino hormonal	0.7	(0.5-1.2)	0.33
Antecedente familiar de depresión	2.0	(1.1-3.7)	0.18
Edad (años)	1.0	(0.9-1.0)	0.14
^a pastillas, parche, implante subdérmico e inyecciones			

Al evaluar uso de anticonceptivos hormonales como factor de riesgo para depresión con un OR ajustado, tabla 5, se encontró que los anticonceptivos hormonales presentan un OR de

1.2 (IC 95% (0.7-1.9)) p (0.38); el dispositivo intrauterino hormonal presenta un OR de 0.7 (IC 95% (0.5-1.2)) p (0.23); el antecedente familiar de depresión presenta un OR de 2.0 (IC 95% (1.1-3.7)) p (0.30) y la edad presenta un OR de 1.0 (IC 95% (0.9-1.0)). (Ver tabla 5)

Tabla 5. Factores de riesgo para depresión (OR ajustado) Regresión logística múltiple			
Variables	OR	IC 95%	Valor P
Anticonceptivos hormonales ^a	1.Referencia		
Dispositivo intrauterino hormonal	0.7	(0.5-1.2)	0.23
Antecedente familiar de depresión	2.0	(1.1-3.7)	0.01
Edad (años)	1.0	(0.9-1.0)	0.15
^a pastillas, parche, implante subdérmico e inyecciones			

XVIII. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito conocer la prevalencia de depresión en mujeres en edad fértil y como objetivo secundario se evaluó la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la presencia de depresión.

Los resultados obtenidos nos muestran una prevalencia de depresión de 36% que es similar al resultado del 34% (Ochoa Gómez, et al.2015); al analizar la severidad encontramos en nuestra investigación que la depresión leve ocupa un 30.3%, depresión moderada 4.6% y depresión moderada severa 1.1% estos resultados difieren a los presentados por el médico psiquiatra (Oliveros Orozco, et al. 2022) en el que se encontró que la depresión leve ocupa 18%. depresión moderada 12.4% y al 10.1% con depresión moderada a grave. Estas diferencias pueden atribuirse a que en el estudio que comparo se definió una población mayor de 18 años, de ambos sexos en la que se evaluó además escolaridad, estado civil, comorbilidades y consumo de sustancias.

Al analizar la asociación entre uso de anticonceptivos hormonales y depresión, no encontramos una asociación significativa (OR 0.7 IC 95% (0.5-1.2), estos resultados no son consistentes con lo reportado por Skovlund, el cual mostró en las mujeres danesas que utilizan métodos anticonceptivos hormonales presentan un incremento en el diagnóstico de depresión sobre todo en el grupo de 15 a 19 años, siendo el anticonceptivo hormonal de

mayor riesgo aquel que sólo incluyen progestágeno. (Skovlund, et al. 2016). Al analizar las razones para tal discordancia, es posible que sea debido a diferencias en el diseño de estudio, ya que la investigación danesa llevó a cabo un estudio longitudinal, con una duración de 13 años, lo que permitió establecer relaciones temporales de causa y efecto, con mayor validez, con una mayor cobertura de una amplia gama de variables, tanto iniciales como emergentes donde las variables pueden cambiar durante el periodo de investigación a diferencia de las realizadas en nuestra investigación ya que se trató de un estudio transversal con la finalidad de medir la prevalencia en una población definida en un punto específico de tiempo.

En cuanto a los síntomas depresivos en nuestra investigación se encontró principalmente dificultad para dormir, cansancio y cambios en el apetito los cuales presentan similitud a la investigación del psiquiatra Kronemyer (2019) el cual mostró que aquellas pacientes que utilizaban pastillas anticonceptivas presentaron con mayor frecuencia los siguientes síntomas aumento de llanto, trastornos del sueño y alteración en los hábitos alimenticios.

Al analizar los el desenlace secundario encontramos que el único factor asociado a depresión es el antecedente familiar de depresión (OR 2.0 IC 95% (1.1-3.7)) que corresponde a un factor de riesgo no modificable para el desarrollo de depresión en mujeres (Organización Panamericana de la Salud 2020), se encontró que aquellas pacientes con antecedente heredofamiliar de depresión presentan 2 veces más riesgo, lo que constituye un factor de riesgo importante para esta patología. Se encontró que en aquellas con depresión leve presentan una frecuencia de antecedente heredofamiliar del 16%, en depresión moderada del 37.5% y en aquellas con depresión severa el 50% por lo que se observa que es una variable significativa que presenta una asociación para el trastorno depresivo en mujeres entre mayor severidad existe mayor relación entre ambas variables.

Fortalezas

En esta investigación se analizó cada uno de los métodos anticonceptivos hormonales que se ofrecen en las unidades de salud del IMSS, ya que otros estudios solo incluyen aquellos con progestina sola (B.L Worly, et al. 2018) o estrógenos y gestágenos (Gahr, M.D et al. 2013) y se abarco mujeres en edad fértil de 15 a 44 años a diferencia de estudios en población mexicana que se enfocan en el grupo de adolescentes (Medina, Mora et al. 2009)

Limitaciones

Debido a que el diseño fue un estudio transversal, con la finalidad de conocer la prevalencia de depresión, se omitió la importancia del análisis de otras variables que pudieran ser factores de riesgo para el desarrollo de la depresión en las mujeres como son cambios en el nivel de hormonas tiroideas, disminución de la testosterona, factores psicosociales como lo son el estrés laboral, el embarazo, el parto, la crianza de los hijos, la convivencia con la pareja o el estatus económico (Vázquez Machado, 2013), antecedente de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de déficit de atención, conflictos en las relaciones familiares como separación, divorcio, crisis paranormativas, maltrato físico, emocional o sexual (Garber et al. 2009).

Dado estos resultados, se desprende información que puede ser de utilidad para la prevención del desarrollo de depresión si bien el antecedente familiar no es modificable puede permitir una identificación precoz; se deben de instaurar tamizajes oportunos en aquellas mujeres con antecedentes familiares de depresión ya que este padecimiento ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y por tanto una pérdida de su estabilidad económica.

Por lo que debe ser necesario que se continúe investigando sobre los diversos factores de riesgo que predisponen a la aparición del Trastorno depresivo; para futuras investigaciones se recomendaría se tome en cuenta los distintos factores de riesgo hormonales o psicosociales que fueron omitidos en la presente investigación para poder realizar una prevención eficaz en las pacientes.

XIX. CONCLUSIÓN

Como se puede evidenciar en los resultados la prevalencia de depresión encontrada en el grupo de estudio fue del 36% con los siguientes porcentajes en los distintos grados de severidad; depresión leve 30.3%, depresión moderada 4.6% y depresión moderada severa 1.1%.

En relación a la depresión no fue observado un porcentaje significativo para determinar una relación entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el desarrollo de la misma, pero fue observada una correlación entre el antecedente familiar de depresión y la patología

estudiada puesto que aquellas mujeres con este historial presentan un incremento significativo para padecer depresión.

XX. XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de las Mujeres. Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Centro de Documentación INMUJERES. 2016; 1(1):1- 16.
2. Berenzon-Shoshana L, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública México. 2013; 55(1): 74-80.
3. Gaviria-Arbeláez SL. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009; 38(2): 316-324.
4. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Med Chile. 2014; 142(1):1297-1305.
5. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. World Psychiatry. 2004; 3(2):73–83.
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Mental. 2009; 32(2): 155-163.
7. Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. International Review of Psychiatry. 2003;15(2): 74–83.
8. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pederson CB. New parents and mental disorders. Journal of the American Medical Association. 2006; 296(21): 2582–2589.

9. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogenserotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. 1998; 44(9): 839–850.
10. Vega-Rivera NM, López-Rubalcava, Paez-Martínez N. Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud mental*. 2013; 36(4): 331-336.
11. Gahr M, Freudenmann R, Connemann. Rapid relapse in depression following initialization of oral contraception with ethinyl estradiol and chlormaidone acetate. *General Hospital Psychiatry*. 2014; 36(1):230-236.
12. López Chamón S. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de depresión, somáticos, cognitivos y conductuales. *SEMERGEN*. 2006; 32(2): 11-5.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-4)*. Washington, DC: American Psychiatric.
14. Publishing, 2013. American Psychological Association. *Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2) Construct: Depressive symptoms*. 2016.
15. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, et al. Validity and utility of the patient health questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, Mexico: A cross-sectional study: PHQ-9 validity for depression diagnosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 73(9): 1076–90.
16. Romo-Nava F, Tafoya-Silvia A, Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental*. 2013; 36(5): 375-379.
17. Martínez-Martínez MC, Muñoz-Zurita G, Rojas-Valderrama K, Sánchez Hernández JA. Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla México. *Atención Familiar*. 2016; 23(4): 145-149.
18. Hurtado-de-Mendoza-Zabalgoitia MT, Veytia-López M, Guadarrama-Guadarrama R, González-Forteza C, Wagner F. Sintomatología depresiva elevada y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios de la salud en la zona centro de México. *Acta universitaria*. 2017; 27(4): 35-43.

19. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*. 2013; 55(2): 235-240.
20. Montero A. Anticoncepción en la Adolescencia *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; 22(1): 59-67.
21. Hidalgo Pérez ME, Nardiz Cicarda M. Anticonceptivos hormonales. *Farmacia Profesional*. 2014; 28(3): 28-33
22. Worly BL, Gur TL, Schaffir J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression: a systematic review. *Contraception*. 2018; 97(6):478–89.
23. Skovlund-Wessel C, Steinurd-Morch L, Kessing LV, Lidegaard O. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(11): 1154-1162.

XXI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

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

Questionnaire 9 (PHQ-9) y los resultados obtenidos de dicho instrumento indica que la paciente se encuentra con depresión, enfermedad que se caracteriza por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligado con cambios o problemas en otras esferas de la vida lo que deja al paciente en un estado de vulnerabilidad, por lo que con base en lo anterior se sugiere considerar la referencia a Psicología y/o Psiquiatría, con el fin de prevenir el desarrollo de complicaciones.

Le agradezco de su atención y aprovecho para mandarle un cordial saludo.


Atentamente

Dra. Sofía Itzel Venegas Méndez

Médico residente de Medicina Familiar


XXIII. ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD		
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)		
	<i>"Prevalencia de depresión en mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos hormonales"</i>		
Nombre del estudio: Patrocinador externo (si aplica):	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO APLICA</td> </tr> <tr> <td>Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gabriel Mancera No. 800, esquina San Borja entre Eje 6 Sur. Colonia del Valle, CP: 03100, CDMX. Ciudad de México, febrero 2022</td> </tr> </table>	NO APLICA	Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gabriel Mancera No. 800, esquina San Borja entre Eje 6 Sur. Colonia del Valle, CP: 03100, CDMX. Ciudad de México, febrero 2022
NO APLICA			
Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gabriel Mancera No. 800, esquina San Borja entre Eje 6 Sur. Colonia del Valle, CP: 03100, CDMX. Ciudad de México, febrero 2022			
Lugar y fecha:	PENDIENTE		
Número de registro:	En México aproximadamente 17.6 millones de mujeres entre 15 a 49 años son usuarias de métodos anticonceptivos y existen muchos efectos adversos en la salud de la mujer al adquirir uno de estos métodos, dentro de los que destacan menstruación irregular, dolor en los senos, aumento de peso o dolor abdominal, sin embargo, en recientes investigaciones se ha encontrado que también pueden llegar a ocasionar depresión, que es una enfermedad que se caracteriza por estado de ánimo decaído, tristeza continua, sentimientos de culpa y llanto fácil. El objetivo de este estudio es analizar si existe una relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la depresión en nuestras mujeres derechohabientes, para poder realizar una identificación temprana de aquellas usuarias que presentan esta enfermedad y que usan un método de planificación familiar, para poder realizar un seguimiento más adecuado y en caso de que presente este padecimiento reciban el tratamiento oportuno y así evitar complicaciones, entre las cuales destacan intentos de suicidio y lesiones hacia uno mismo.		
Justificación y objetivo del estudio:	Se me hace una cordial invitación para contestar unas preguntas que evalúan alteraciones de mi estado de ánimo, así como los factores de riesgo que pudiera tener para desarrollar dichas alteraciones. Estas preguntas me tomarán un tiempo aproximado de 15 minutos. Posteriormente, se me informarán los resultados para que, junto con mi médico familiar, se logren establecer medidas o intervenciones para reducir el desarrollo de síntomas depresivos o enfermedades relacionadas con los métodos anticonceptivos.		
Procedimientos:	Se me informa que este proyecto de investigación requiere de un tiempo de 15 minutos para contestar una serie de preguntas y que durante la respuesta a estas preguntas podría experimentar incomodidad, tener recuerdos o sentimientos de tristeza, llanto o, en casos extremos, pensamientos de muerte o suicidio durante la colaboración al contestar la encuesta.		
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que el beneficio de esta investigación es identificar de forma oportuna si estoy presentando síntomas depresivos, de ser el caso se me enviará al término de la revisión de mi cuestionario al área de psicología y se notificará a mi médico familiar para iniciar mi tratamiento de forma oportuna; en caso de presentar síntomas de gravedad se me brindará el tratamiento en conjunto con el área de psiquiatría, para controlar los síntomas, disminuir el riesgo de complicaciones y ayudar a una mejor elección de método de planificación familiar que no me ocasione		

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	efectos adversos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me expresará si se me detecta alguna de las alteraciones del estado de ánimo y se informará a mi médico familiar para iniciar modificaciones en mi estilo de vida, evitar factores que predispongan o aumenten los síntomas y prescribir tratamiento, asimismo para poder llevar un seguimiento. Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en el momento que yo decida.
Participación o retiro: Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Beneficios al término del estudio:	A los usuarios que se detecten con síntomas para trastornos del estado de ánimo se le informará a su médico familiar para poder realizar seguimiento de estas condiciones y poder canalizar a servicios auxiliares para recibir la atención médica adecuada y de ser el caso el cambio de método anticonceptivo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Ivonne Ramírez Alarcón. E-mail: dra_ivonne_ramirez@outlook.com. Médico Familiar UMF 28. Tel: 5518375558
Investigador asociado:	Ivonne Analí Roy García. E-mail: ivonne3316@gmail.com Coordinadora de Programas Médicos CMN SXXI. Tel: 56276900 Ext: 21156
Colaboradores:	Venegas Méndez Sofía Itzel, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matricula 97379601, Tel: 5547031738. E-mail: sofia_kiss@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Venegas Méndez Sofía Itzel «Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento»
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	Folio:
<p>Título: CUESTIONARIO PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE 9 (PHQ-9)</p>		
<p>Venegas, Méndez S.I. ¹, Ramírez Alarcón I. ², Roy García I.A. ³</p> <p>1. Médico Residente de Primer año de Medicina Familiar. 2. Médico especialista en Medicina Familiar- UMF 28 "Gabriel Mancera". 3. Coordinadora de Programas médicos CMNS XXI.</p>		
<p>Fecha (dd/mm/aa): _____</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Edad (número): _____</p> <p>Método anticonceptivo hormonal utilizado (marque con una x): pastillas anticonceptivas <input type="checkbox"/>, inyecciones anticonceptivas <input type="checkbox"/>, implante subdérmico <input type="checkbox"/>, DIU-LNG <input type="checkbox"/> o parche anticonceptivo <input type="checkbox"/></p> <p>Tiempo de uso de método anticonceptivo hormonal: _____</p>		

Antecedente familiar de depresión: Si No

Durante las últimas dos semanas ¿Con que frecuencia tuvo molestias por cualquiera de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una X)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sentirse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

	Puntaje total:
--	----------------

Fuente: Publishing, 2013.American Psychological Association. Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2) Construct: Depressive symptoms. 2016.

ANEXO 3. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

"2022. Año de Ricardo Flores Magón"

Ciudad de México, a 08 de febrero del 2022

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

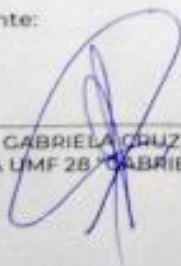
P R E S E N T E

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**" en la unidad a mi cargo bajo la responsabilidad de la investigadora principal Dra. Ivonne Ramírez Alarcón, con Matricula 97370306, Médica Familiar adscrita a la UMF 28 "Gabriel Mancera" y colaboradora la Dra. Ivonne Anali Roy García con Matricula 99377372 y la médico residente de primer año Sofia Itzel Venegas Méndez, con Matricula 97379601.

El presente protocolo tiene como fin la aplicación de un cuestionario sobre sintomatología depresiva en mujeres usuarias de métodos anticonceptivos hormonales para poder detectar a las pacientes con cuadro depresivo y poder clasificarlas de acuerdo con su gravedad. Posteriormente se buscará realizar intervenciones o maniobras con el fin de evitar progresión de la enfermedad, tratar los cuadros depresivos detectados y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente:



DRA. KATIA GABRIELA CRUZ NUÑEZ
DIRECTORA UMF 28 "GABRIEL MANCERA"

