



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3
DELEGACIÓN JALISCO

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 30 A 50
AÑOS DE EDAD CASADOS Y SOLTEROS EN UMF 77**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
MARCOS MANUEL ROMO AVALOS

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN:
R-2022-1303-010
COFEPRIS: 17 CI 14 039 058

ASESORES DE TESIS:
DRA. EDNA GABRIELA DELGADO QUIÑONES
DRA. GABRIELA GUTIERREZ GARCÍA



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024



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.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 30 A 50
AÑOS DE EDAD CASADOS Y SOLTEROS EN UMF 77

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

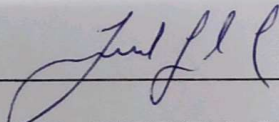
PRESENTA:

TESISTA



DR. MARCOS MANUEL ROMO AVALOS
UMF 3, OOAD JALISCO.

ASESOR:



DRA. GABRIELA GUTIERREZ GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 3 OOAD JALISCO

ASESOR:



DRA. EDNA GABRIELA DELGADO QUIÑONES
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE SIMULACIÓN PARA LA EXCELENCIA
CLÍNICA Y QUIRÚRGICA JALISCO.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024

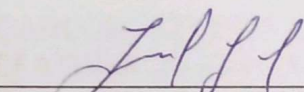
**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 30 A 50
AÑOS DE EDAD CASADOS Y SOLTEROS EN UMF 77**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

MARCOS MANUEL ROMO AVALOS

AUTORIZACIONES:



DRA. GABRIELA GUTIERREZ GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 3 OOAD JALISCO



DRA. ROSALBA OROZCO SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UMF 3, OOAD JALISCO.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 30 A 50
AÑOS DE EDAD CASADOS Y SOLTEROS EN UMF 77**

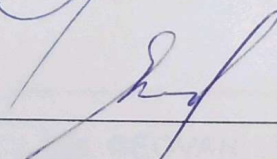
**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARCOS MANUEL ROMO AVALOS**

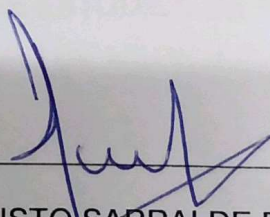
AUTORIZACIONES:



**DR. CARLOS FRANCISCO MORENO VALENCIA
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
OOAD JALISCO**



**DRA. ESTHER SERRANO GARZON
ENCARGADO COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN EN
SALUD OOAD JALISCO**



**DR. AUGUSTO SARRALDE DELGADO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DE 30 A 50
AÑOS DE EDAD CASADOS Y SOLTEROS EN UMF 77**

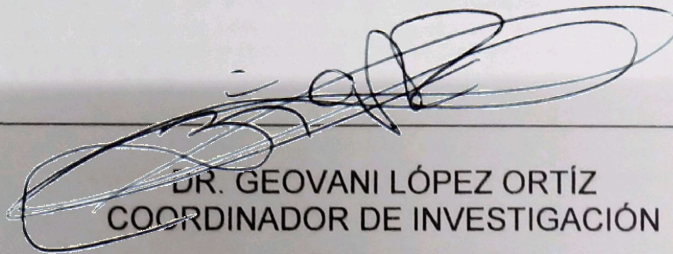
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
MARCOS MANUEL ROMO AVALOS**

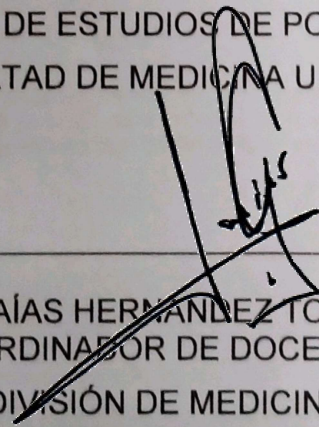
AUTORIZACIONES:



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposa Claudia por su infinita paciencia, apoyo y comprensión, a mis hijas Claudia Ivette y Angela Areli por darme su tiempo de juego y esparcimiento para concluir este proceso de educación, a mi familia, principalmente a mis padres, José y Elba por su apoyo. A mi compañero Jorge, juntos en las buenas y en las malas, a nuestra jefa de enseñanza la Dra. Rosalba, a mi asesora de tesis la Dra. Edna y a nuestra maestra la Dra. Gabriela por su paciencia y dedicación a nuestra formación, finalmente a todos nuestros maestros y maestras, médicos, compañeros y personal institucional por brindarme su apoyo y conocimientos.

Gracias a todos.

Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad
casados y solteros en UMF 77.

INDICE:

1. Índice general	1
2. Resumen.....	2
3. Marco teórico.....	6
4. Planteamiento del problema.....	21
5. Justificación.....	22
6. Objetivo general.....	23
Objetivos específicos	
7. Hipótesis.....	24
8. Material y métodos.....	25
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar (variables a recolectar)	
- Método o procedimiento para captar información	
- Aspectos éticos	
9. Resultados.....	35
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros y gráficas)	
10. Discusión.....	41
11. Conclusiones.....	43
12. Referencias bibliográficas.....	44
13. Anexos.....	48

Resumen

Título:

Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77.

Introducción:

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta coocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Cabe puntualizar que en el riesgo de aparición de un cuadro depresivo algunos autores y autoras concuerdan que en este síndrome convergen una serie de factores, que interactúan y conducen en forma conjunta al detrimento de la calidad de vida en hombres y mujeres mayores, tales como: vivir solos, la institucionalización, la morbilidad/discapacidad de la pareja, la viudez, el abandono familiar y la falta de ingresos, entre otros. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada.

Objetivo:

Identificar la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros.

Material y métodos:

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, mediante medidas de frecuencias, porcentajes y dispersión para variables cualitativas. Se efectuó estadística mediante pruebas paramétricas y no paramétricas con la prueba de chi cuadrada (χ^2) para comparar variables cualitativas y la T de Student para comparar variables cuantitativas y establecer asociación entre ellas. En el análisis estadístico se utilizó

un nivel de significancia de <0.05 , y de todas las estimaciones puntuales se calcularon intervalos de confianza a 95%. Se procesó la información obtenida mediante una base de datos con el programa Microsoft Excel versión 2013 para el análisis de los datos, y para en análisis el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

Los resultados se expresaron mediante tablas de distribución de frecuencias.

Recursos e infraestructura:

Se requirieron de 2 investigadores, uno de ellos llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios, la interpretación y diseño de los resultados, así como la redacción de la información obtenida, el otro investigador asesoró y guio la investigación. Fue necesaria una computadora portátil con el programa SPSS versión 25 para Windows, impresora y tóner, hojas con el cuestionario impreso inventario de depresión de Beck (BDI-2), cédula de recolección de datos y consentimiento informado, plumas y lápices para su contestación, folders para el almacenamiento, y las instalaciones de la UMF No. 77.

Experiencia de grupo:

Tanto el responsable de la investigación como el investigador asociado cuentan con experiencia en este tipo de estudios, por lo que se encuentran altamente capacitados para realizar la investigación.

Tiempo para desarrollarse:

En 4 meses posteriores a la autorización por los comités de investigación.

Se realizaron 43 encuestas con la escala de depresión de Beck a pacientes hipertensos de 30 a 50 años casados y solteros en UMF 77, que cumplieron criterios de inclusión, no se excluyó ninguno del listado primario donde se identificaron lo siguientes resultados:

- En este estudio con una muestra total de 43 pacientes derechohabientes de UMF 77 se demostró que la prevalencia de depresión es mayor en pacientes casados con 79.1% contra 18.6% en solteros y 2.3% en unión libre.
- En el presente estudio se mostró que es más frecuente la depresión mínima con 12 pacientes, depresión leve con 5, depresión moderada con 8 y depresión grave con 9 en pacientes casados. La prevalencia en solteros es de 4 con depresión mínima, 3 con depresión leve, 1 con depresión moderada y 0 con depresión grave.
- En este estudio se observó una frecuencia más alta de presentación en la edad comprendida entre los 36 a 37 años y otra elevación en la frecuencia entre los 45 y 47 años, en hipertensos con depresión en la UMF No. 77, Zacoalco de Torres, Jalisco.
- En la variable correspondiente a sexo en este estudio se observó una mayor frecuencia de pacientes hipertensos con depresión en población femenina con un 51.2%, y el restante 48.8% de población masculina
- En este rubro se mostró que entre los sujetos de estudio el porcentaje de casados es de 79.1%, soltero/a 18.6% y en Unión libre de 2.3%.
- En este apartado se mostró que la profesión de los pacientes hipertensos con depresión en el presente estudio es mayoritariamente de empleados con 76.7%, seguidos de ama de casa con 18.6%, en menor medida obreros y con negocio propio con 2.3 % ambos
- En el siguiente resultado respecto a esta variable se apreció que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio se encuentran con cifras normotensas con 86% y el resto como hipertensos con 14%.
- En cuanto al tiempo de evolución de la hipertensión en el grupo de pacientes incluidos se observó que la mayor frecuencia de tiempo de evolución de la hipertensión en los pacientes es de 10 años con 23.3%, seguido de 9 años con 20.9%, en tercer lugar 7 años con 16.3%.

Conclusiones:

En este estudio los resultados apuntan a la necesidad de evaluar el estado del ánimo de aquellas personas adultas que cursan hipertensión arterial para estimar con mayor certeza el riesgo de enfermedad cardiaca lo que permitiría la instauración de un plan de tratamiento precoz para el cuadro depresivo y en este grupo de edad.

Marco Teórico:

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2da. Causa solo detrás de las enfermedades isquémicas.

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria.(1)

La depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad, otras alteraciones, alteraciones del apetito, pérdida de peso o ganancia del mismo, alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño, enlentecimiento motriz, cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.(2,3,15)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEPRESIÓN DSM-V

A.- Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (3) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o placer por todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

C.- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una afección médica.

D.- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E.- Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. (6)

Estadísticamente afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres y su riesgo aumenta de dos a tres veces cuando hay antecedentes familiares de depresión. (3)

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. (Katona C, 2003). La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado.

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10% y el 20% de los hospitalizados, del 15% al 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos. (1)

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. (3)

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%.

Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. En México, el panorama es similar y los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral. Para Yucatán, se observa que alrededor de 5% de las mujeres y 2% de los hombres presentan cuadros depresivos. (4)

Un estudio prospectivo a 6 años con 1991 adultos mayores encontró fuerte asociación entre dolor generalizado y depresión, con reducción de la participación social (25).

También se ha demostrado que la depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida (26).

En Brasil, un estudio transversal en 1 012 personas mayores de 60 años, encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer (27).

La Depresión es una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes Según el DSM-IV el origen de la depresión factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, hay variedad de formas, leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación. (3,16)

Sin embargo, podemos dividir las causas de la depresión en Primarias y Secundarias.

PRIMARIAS:

- Bioquímicas cerebrales: teoría más popular, postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, además el GABA y la acetilcolina. (1,18,19,20,21,22)
- Neuroendocrinos: disfunción del hipotálamo, aumento de cortisol, disminución de T3, disminución de la liberación de hormona del crecimiento. (19,20,21,22)
- Neurofisiológicos: un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos. (19)
- Genéticos y Familiares: estudios en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1.5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general. (3,19,23).

Hay estudios que revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que, si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%).(22)

- Factores psicológicos: se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos. (19,22)

SECUNDARIAS:

- Drogas: más de 200 medicamentos están relacionados con la aparición de la depresión, la mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia.
- Enfermedades orgánicas: cualquier enfermedad, especialmente las graves, pueden causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia.
- Enfermedades infecciosas: hepatitis, influenza y brucelosis.
- Enfermedades psiquiátricas: la esquizofrénica y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos, etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden causar con depresión, el alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.(12,19)

DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

El dolor crónico conduce a la depresión como consecuencia de la intervención de factores biomédicos, psicosociales y farmacológicos.

Los trastornos mentales afectan la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las enfermedades crónicas, por sus características suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente. En la fase inicial aguda, los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y

desorientación; y posteriormente, la fase de asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida. Los pacientes crónicos, pueden presentar incluso cuadros depresivos. En algunos, la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión, desesperanzas, dependencias con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades. Los pacientes los cuales conocían acerca de su diagnóstico de hipertensión tienen mayor riesgo de trastornos psicológicos en comparación con los pacientes que desconocen su diagnóstico.(2) La única característica clara que aúna a las personas que padecen hipertensión y, que a su vez, las diferencia de las personas que no la padecen o que padecen otras series de trastornos psicofisiológicos, es el tipo de patrón de activación del sistema nervioso autónomo o el tipo de desequilibrio que presentan del balance autónomo. Así las personas con hipertensión son las que aparecen como poseedoras de un patrón de activación autonómica estereotipado. (8)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg y considerada uno de los problemas de salud pública en países desarrollados que afecta a cerca de mil millones de personas en el mundo. Los individuos con una tensión arterial entre 130/80 y 139/89 tienen un riesgo duplicado de desarrollar hipertensión arterial que los individuos con valores menores. (29)

La hipertensión arterial se establece con valores de tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg y tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg, al menos en tres ocasiones en diferentes días (Schoenenberger AW, 2014). Estos criterios son utilizados para el diagnóstico inicial en población joven, de mediana edad y en adultos mayores (Mancia G, 2013). (5)

La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo. En el 90 por ciento de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado 'hipertensión

arterial esencial', la cual presenta una fuerte influencia hereditaria. Asimismo, en la 'hipertensión arterial secundaria', existen causas directamente responsables de la elevación de las cifras tensionales. Esta forma de hipertensión

no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento crónico, sino que además puede ser una alerta para localizar enfermedades aún más graves de las que solo es una manifestación clínica. (29)

El panel cree que la definición de presión arterial elevada expresada en JNC 7 (mayor de 140/90 mm Hg) continúa siendo razonable. La relación entre la presión arterial y el riesgo es lineal hasta presiones arteriales muy bajas, pero no se ha establecido beneficios en tratar hasta cifras más bajas.

Según la clasificación que hace el VIII comité conjunto, observamos que el cuadro N° 1 nos muestra las recomendaciones generales sobre las cifras meta de presión arterial: (30)

Resumen de las recomendaciones de JNC 8 sobre las cifras meta de presión arterial			
Grupo poblacional	Inicio de terapia farmacológica antihipertensiva	Cifra meta de presión arterial	Grado de recomendación
Población general igual o mayor a 60 años	PA igual o mayor a 150/90 mmHg	Menor a 150/90 mmHg	Fuerte, grado A
Población general menor a 60 años	PAD igual o mayor a 90 mmHg	PAD menor a 90 mmHg	Fuerte grado A para edades entre 30 a 59 años. Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años.
Población general menor a 60 años	PAS igual o mayor a 140 mmHg	PAS menor a 140 mmHg	Opinión de expertos, grado E para edades entre 18 y 29 años.
Población general igual o mayor a 18 años, con enfermedad renal crónica	PA igual o mayor a 140/90 mmHg	Menor a 140/90 mmHg	Opinión de expertos. Grado E
Población general igual o mayor a 18 años con diabetes	PA igual o mayor a 140/90 mmHg	Menor a 140/90 mmHg	Opinión de expertos, grado E

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, entre ellos:

- La cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo.
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos.
- Sus niveles hormonales.
- Los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad. Cuando esto sucede, la presión arterial se eleva. La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal o muerte prematura.

Se tiene un riesgo más alto de sufrir hipertensión arterial si:

- Es afroamericano.
- Es obeso.
- Con frecuencia está estresado o ansioso.
- Toma demasiado alcohol (más de un trago al día para las mujeres y más de dos para los hombres).
- Consume demasiada sal.
- Tiene un antecedente familiar de hipertensión arterial.
- Tiene diabetes.
- Fuma.

La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. En la mayoría de los pacientes, la hipertensión arterial se detecta cuando van al médico o se la hacen medir en otra parte. Debido a que no hay ningún síntoma, las personas pueden sufrir cardiopatía y problemas renales sin saber que tienen hipertensión arterial. (31)

Existen dos estrategias bien definidas para descender la presión arterial: cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico. Descensos de la presión arterial sistólica de 10 mmHg o de la presión arterial diastólica de 5 mmHg se asocian con reducciones significativas de eventos cardiovasculares mayores, mortalidad por todas las causas, accidente vascular cerebral, eventos coronarios e insuficiencia cardíaca. (7)

DEPRESIÓN E HIPERTENSIÓN

La depresión y la hipertensión son patologías que se encuentran asociadas según diferentes estudios que se han realizado. La depresión se ha propuesto como un factor de riesgo probable para la hipertensión y la enfermedad cardíaca coronaria. La depresión se ha encontrado recientemente para predecir la recurrencia y la mortalidad por infarto de miocardio en una serie de estudios y la incidencia de hipertensión en un estudio poblacional prospectivo. La relación entre la depresión y la hipertensión es biológicamente plausible dado el aumento de la actividad adrenérgica en depresión que puede tener un efecto presor en el sistema cardiovascular sin embargo, varios estudios transversales y prospectivos informaron que no hubo relación entre la depresión y la hipertensión. (28)

En un estudio que busca mirar si los síntomas de la depresión ayudan a predecir tempranamente la incidencia de la hipertensión arterial en los adultos jóvenes, se obtuvieron los siguientes resultados: los participantes con las puntuaciones altas (≥ 16) en el Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión (CES-D) Escala estaban en riesgo significativo de la incidencia de la hipertensión en comparación con aquellos con puntuaciones bajas CES-D (≤ 7 ; odds ratio, 2,10; intervalo de confianza del 95%, 1,22-3,61) tras ajustar por otros factores de riesgo de hipertensión (por ejemplo, la edad, la presión arterial sistólica en reposo en el examen de 5 años, la actividad física, el uso diario de alcohol, historia familiar de hipertensión, la educación, la presencia de diabetes mellitus o enfermedad del corazón, sexo y raza) en modelos logísticos fijos. Las personas con síntomas depresivos (CES-D puntuaciones 8-15) intermedios eran también un riesgo significativo (odds ratio ajustado, 1,78; intervalo de confianza del 95%, 1,06-2,98). Estas asociaciones fueron significativas en los negros solos, pero no se encontraron en los blancos, que tenían una menor incidencia de hipertensión (29 [2%] de 1806) que los negros (89 [6%] de 1537).

En conclusión, los síntomas depresivos fueron predictivos de la incidencia de la hipertensión más adelante en los adultos jóvenes y los jóvenes negros con síntomas depresivos estaban en alto riesgo de desarrollar hipertensión. (28)

En la Revista Española de Investigaciones Sociológicas del mes de Septiembre del 2015, se analiza el efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud, apuntando que diversos estudios han revelado que la separación matrimonial entraña costes emocionales (Williams y Umberson, 2004; Kalmijn y Monden, 2004; Ghäler, 2006; Andreß y Bröckel, 2007; Colman et al., 2008; Barstad 2008). En este sentido, se considera que el divorcio puede llegar a lesionar la salud mental (Amato, 2000; Rutter, 1987), incrementando las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad y fobias, lo que a su vez puede favorecer la aparición de trastornos psicossomáticos, o potenciar conductas nocivas (como las adicciones) o provocar la desatención de la salud física personal. Algunos trabajos parecen apuntar que el matrimonio ofrece una mayor protección contra el suicidio en tanto que representa una ayuda a la integración en la comunidad y reduce el aislamiento. El estudio longitudinal realizado por Kposowa (2000) en Estados Unidos reveló una tasa de suicidio de más del doble entre divorciados y separados que entre las personas casadas. Por otra parte, también existen evidencias que tienden a mostrar que el matrimonio proporciona estabilidad social y emocional, mientras que el divorcio, la separación, la viudedad y el estar sin pareja la socavan (Dupre y Meadows, 2007; Hughes y Waite, 2009; Williams, 2003). Estos estudios sugieren que la convivencia en pareja podría representar un antídoto contra la enfermedad, al igual que otros tipos de relaciones de sociabilidad (Hafen et al., 1996). Por otro lado, estarían los beneficios que dan las relaciones de pareja (apoyo, intimidad, cuidado mutuo, compañía, etc.) (Simon y Marcussen, 1999) y el efecto amortiguador contra los acontecimientos adversos como la enfermedad, la pobreza o la pérdida de seres queridos (Lamb et al., 2003; Pearlin y Johnson, 1977). A la luz de los hallazgos, cabe presumir que las personas separadas o divorciadas que viven solas muestran una salud autopercibida más deteriorada que aquellas de su misma edad que están casadas o conviven en pareja. (32)

El matrimonio podría disminuir, e incluso prevenir, la posibilidad de sufrir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Esta es la principal conclusión de un estudio publicado en la revista Heart, que subraya cómo mantener una relación sentimental estable podría influir en el riesgo de muerte asociado. Un grupo de

científicos de la Universidad de Keele, en Newcastle (Reino Unido), ha analizado 225 estudios publicados entre 1963 y 2015 sobre el impacto del estado civil en la salud cardiovascular. Los autores seleccionaron los 34 trabajos más relevantes, que analizaron un total de dos millones de participantes. El análisis de los datos revela que, en comparación a las personas casadas, las divorciadas, viudas o que nunca han formado parte de un matrimonio presentan un 42 % más riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y un 16 % más en el caso solo de enfermedades cardíacas de la arteria coronaria. Estar soltero también se asocia con un mayor riesgo de morir por estas causas -un 42 % más por enfermedad coronaria y un 55 % más por accidente cerebrovascular-. Además, el divorcio se relaciona con un 35 % más de riesgo de desarrollar la enfermedad cardíaca tanto en hombres como mujeres. Sin embargo, en los viudos de ambos sexos aumenta un 16 % el de sufrir un accidente cerebrovascular. A pesar de que no existen diferencias en la posibilidad de muerte tras este tipo de episodios entre personas casadas y las que no comparten este estado civil, no sucede lo mismo en el caso de los ataques al corazón. En este caso, el riesgo de mortalidad es significativamente mayor -hasta un 42 % - entre aquellos que nunca han estado casados. Existen varias teorías sobre por qué el matrimonio podría ser un protector de la salud. Estas incluyen la mayor rapidez en el reconocimiento y respuesta a los problemas de salud, un seguimiento más estricto de la medicación, mejor seguridad financiera, mayor bienestar y mejores redes de amistad. (33)

ESCALAS DE EVALUACION DE LA DEPRESIÓN

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. (11) Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado.

Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son:

- Beck Depression Inventory
- Hamilton Rating Scale for Depression
- Montgomery Asberg depression Rating Scale

Beck Depression Inventory (BDI-II)

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10). El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos

para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El BDI-II es un test útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, la gravedad de un paciente o su progreso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles o de ciertos diagnósticos concurrentes. (9)

Las veintidós categorías evaluadas por el BDI-II poseen confiabilidad y consistencia interna adecuadas, con un coeficiente alfa de Cronbach de .93. (13)

El objetivo del instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, pero no realizar un diagnóstico de trastorno depresivo. Sin embargo, trabajando con la adaptación española del BDI original, diversos estudios han mostrado que este inventario es un instrumento útil para detectar personas con trastornos depresivos en muestras españolas de la población general o de pacientes de atención primaria. Por ejemplo, Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick (2000) encontraron que una puntuación igual o mayor que 13 en el BDI obtenía índices de rendimiento diagnóstico excelentes para detectar personas con trastornos depresivos en la población general española (100% de sensibilidad y 99% de especificidad), mientras que Gabarrón Hortal et al. (2002)

encontraron índices ligeramente inferiores, pero también buenos, para una puntuación igual o mayor que 21 en pacientes españoles de atención primaria (86.7% de sensibilidad y 92% de especificidad). (17)

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)

La escala de Depresión de Hamilton evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo; ha demostrado fiabilidad aceptable y validez adecuada en diferentes países (EE. UU., Brasil, Turquía), en adultos jóvenes (media 44 años), en ancianos (media 65 años), en jóvenes (media 22 años), en americanos, en hispanos y en afroamericanos. Ha sido aplicada tanto en hombres como en mujeres, saludables y enfermos con epilepsia, cáncer terminal, depresión, insuficiencia renal y con diversidad de características sociodemográficas, niveles socioeconómicos bajos y medios, nivel de educación variable con una media de escolarización de 6 a 9 años. El alfa de Cronbach osciló entre 0.81 y 0.82. El análisis factorial en un estudio fue representado por 4 factores y explicó el 42% de la varianza. Estos resultados expresan cualidades aceptables de esta escala y se contraponen con lo señalado en una revisión sistemática de 70 artículos que comprendió años anteriores (1980-2003). Esta escala está compuesta por 17 ítems. Proporciona una puntuación por presencia de síntomas de ansiedad y somáticos. Tiene una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación de 4 factores o índices: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad. La puntuación global se obtiene sumando la puntuación de cada ítem. El puntaje mínimo es de 0, y el máximo, de 52; se establecen los siguientes puntos de corte: sin depresión cuando los valores oscilan entre 0-7 puntos, con depresión menor entre 8-12, menos que depresión mayor entre 13-17, depresión mayor entre 18-29, y de 30-52, más que depresión mayor. (10)

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La MADRS es una escala heteroaplicada. La escala es un instrumento de 10 ítems que debe administrar durante una entrevista clínica personal médico o paramédico previamente entrenado en su aplicación, y puede utilizar información de otras fuentes como los familiares del paciente, de manera similar al desarrollo normal del contexto clínico. Para cada ítem se consideran siete grados de gravedad (de 0 a 6), que anclan los valores pares (0, 2, 4 y 6) a unos enunciados y permite las puntuaciones intermedias entre esos enunciados cuando hay duda sobre cuál de los dos asignar. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los valores seleccionados de cada ítem, con un intervalo total entre 0 y 60 puntos⁸. Los puntos de corte no están claramente definidos, dado que el objetivo inicial de la escala era evaluar los cambios en la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, y lo relevante es la variación en las puntuaciones de observaciones repetidas. Sin embargo, su uso se ha generalizado a la estadificación de la gravedad del episodio depresivo, y se proponen algunos puntos de corte: ≥ 35 puntos, depresión grave; 20-34, depresión moderada; 7-19, depresión leve, y ≤ 6 , depresión en recuperación. La escala ha atravesado por diversos estudios de validación desde la fecha de su publicación, y ha arrojado buenos resultados en la evaluación de confiabilidad, con valores de consistencia interna entre 0,76 y 0,955,¹⁰⁻¹⁵ y confiabilidad interevaluadores alta (de $\alpha = 0,8$ a $\alpha = 0,95$). Los estudios de validación se han hecho a través de validez convergente, validez de criterio y análisis factorial. Validez convergente con otros instrumentos para evaluación de la depresión como la escala de Hamilton y la escala de Beck, con buena correlación. Validez de criterio a través de determinar la sensibilidad y especificidad de los puntos de corte entre depresión moderada y depresión grave al comparar con las gradaciones de gravedad de la escala de impresión clínica global (CGI). El análisis factorial ha arrojado resultados diversos, desde los que indican que la escala es unidimensional hasta reportes de cuatro dimensiones diferentes. (12)

Planteamiento del Problema:

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. 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. Las personas que padecen depresión tienen un riesgo dos veces mayor de presentar también enfermedad del corazón que las que no tienen depresión. Siendo que la depresión está ligada a un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares, se hace relevante el considerar la evaluación del estado del ánimo de aquellas personas adultas que cursan hipertensión arterial para estimar con mayor certeza el riesgo de enfermedad cardíaca lo que permitiría la instauración de un plan de tratamiento precoz para el cuadro depresivo. Ya que como se ha mencionado con anterioridad estas dos patologías van de la mano y que muchas veces la depresión es subdiagnosticada, se hace relevante el hecho de conocer su prevalencia para brindarles a los pacientes hipertensos una mejor calidad de vida y poder identificar más riesgos que afecten la buena evolución de su enfermedad crónico degenerativa. Asimismo conocer la prevalencia de depresión en el grupo de edad de 30 a 50 años que se encuentran en etapa productiva nos permitirá tratarla oportunamente y en consecuencia mejorar e incluso extender su vida laboral. También el conocer su estado civil nos permitió conocer como incide éste en la prevalencia de la depresión. Es tal la relevancia que nos llegamos a preguntar:

¿Cuál es la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77?

Justificación:

La depresión, es un trastorno mental frecuente, puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Además que la depresión está ligada a un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares y es la principal causa de discapacidad en México. Como en nuestro medio el número de hipertensos es muy significativo, en el presente trabajo nos enfocaremos a la población de 30 a 50 años, ya que aún se encuentran en edad productiva. Teniendo como fin determinar la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77 y como el estado civil influye en la depresión, siendo que es una de las patologías más subdiagnosticadas, y más aún en nuestros pacientes crónicos, este trabajo nos ayuda a determinar en cuales pueden implementarse medidas preventivas desde el primer nivel de atención.

Objetivos:

Objetivo general.

Identificar la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77

Objetivos específicos

- Identificar el grado de depresión en paciente hipertensos en base a la escala de depresión de Beck.
- Conocer aspectos sociodemográficos y depresión en pacientes hipertensos casados y solteros en UMF 77.
- Conocer tiempo de evolución de hipertensión y depresión en pacientes hipertensos casados y solteros en UMF 77.

Hipótesis:

De acuerdo al diseño del estudio no se requiere hipótesis.

Material y Métodos

Diseño del estudio:

Estudio Transversal, Observacional descriptivo.

Lugar del estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Zacoalco de Torres, Jalisco, México.

Universo de Trabajo:

Pacientes de 40 a 50 años de edad, con hipertensión arterial y depresión, de la unidad de Medicina Familiar No. 77. La investigación fue a través de la realización de encuestas en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Tamaño y selección de la muestra:

Se incluyeron todos los pacientes que durante 4 meses posteriores a la autorización del protocolo por los comités de investigación, acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 77, Zacoalco de Torres, Jalisco con diagnóstico de hipertensión de 40 a 50 años de edad.

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron a los pacientes con diagnóstico de hipertensión de 40 a 50 años de edad y sin ninguna otra enfermedad crónico-degenerativa agregada de la UMF 77, Zacoalco de Torres, Jalisco. Una vez obtenido el registro de pacientes con este diagnóstico se les invitó a participar en este estudio mediante su previa autorización con el consentimiento informado previamente validado y firmado, posteriormente se les invitó a un área designada, para que de manera cómoda y privada llenase un cuestionario que nos indicó la existencia o no de depresión. Además, se procedió a la toma de TA al momento de la aplicación del cuestionario para estadificar su grado de hipertensión. Posteriormente se obtuvieron los datos que arrojaron porcentajes, medias y medianas para definir la prevalencia de depresión en hipertensión y

analizar los aspectos sociodemográficos; mediante el análisis estadístico con la base de datos SPSS versión 25 para Windows.

Criterios de Inclusión:

- Con diagnóstico de Hipertensión Arterial
- Pacientes de 30 a 50 años de edad.
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 77 de Zacoalco de Torres, Jalisco.
- Que autoricen participar en el estudio y que firmen consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no sepan leer o escribir.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes hipertensos que presenten cualquier otra enfermedad crónico-degenerativa.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que no completen el cuestionario y la cédula de recolección de datos.
- Aquellos que decidan no seguir participando en la investigación.

HERRAMIENTAS UTILIZADAS:

Se utilizó una hoja de recolección de datos en la cual se incluyó información: edad, sexo, estado civil, ocupación, educación, tensión arterial, tiempo de evolución de la hipertensión.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Procedimiento para llevar a cabo el estudio:

Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77.

1. Se realizó un protocolo de investigación acerca de la depresión en pacientes hipertensos en el cual se plasmó el problema de salud que es este padecimiento.
2. Se captaron pacientes de 30 a 50 años de edad, con diagnóstico de hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar N.º 77 del IMSS.
3. Se proporcionó una hoja de recolección de datos al paciente en la cual se incluyó: edad, sexo, estado civil, ocupación, tiempo de evolución de la hipertensión.
4. Se aplicó el cuestionario de la escala de depresión de Beck.
5. Se midió la tensión arterial para clasificarla por grados.
6. Se realizó un vaciamiento de los datos recolectados.
7. Se aplicó el análisis estadístico y se observó la prevalencia de los pacientes que tienen depresión.
8. Se elaboraron los resultados.

9. Se realizaron las conclusiones.

10. Se presentó el trabajo.

Análisis estadístico

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, mediante medidas de frecuencias, porcentajes y dispersión para variables cualitativas. Se efectuó estadística mediante pruebas paramétricas y no paramétricas con la prueba de chi cuadrada (χ^2) para comparar variables cualitativas y la T de Student para comparar variables cuantitativas y establecer asociación entre ellas. En el análisis estadístico se utilizó un nivel de significancia de <0.05 , y de todas las estimaciones puntuales se calcularon intervalos de confianza a 95%. Se procesó la información obtenida mediante una base de datos con el programa Microsoft Excel versión 2013 para el análisis de los datos, y para en análisis el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows.

Los resultados se expresaron mediante tablas de distribución de frecuencias.

Operacionalización de variables:

Variable dependiente

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador	Prueba estadística
Depresión	La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. La cual se puede medir mediante la escala de depresión de Beck que consiste en una prueba en forma de autoinforme, es decir, es el propio paciente quien realiza el test respondiendo a 21 ítems, al sumar los resultados obtendremos una cifra que puede ir del 0 hasta el 63. Permitiendo estadificar el grado de depresión.	Cualitativa	Nominal	Se establecen cuatro categorías básicas en base a los resultados obtenidos: 0-13 depresión baja. 14-19 depresión leve 20-28, depresión moderada 29-63 depresión grave.	Chi cuadrada

Variables Independientes

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicador	Prueba estadística
Hipertensión	De acuerdo a las guías de práctica clínica. La hipertensión arterial sistémica se define tradicionalmente como una tensión arterial sistólica (PAS) 140 mm Hg o tensión arterial diastólica (PAD) 90 mm Hg, como promedio de 3 mediciones tomadas adecuadamente en 2 o más en visitas médicas.	Cuantitativa	Discreta	-Grado 1 140-159 sistólica 90-99 diastólica -Grado 2 160-159 Sistólica 100-109 diastólica -Grado 3 >= 180 sistólica >= 110 diastólica	T -STUDENT
Sexo	En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Chi cuadrada
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos Rango de edad	Medidas de tendencia central
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Cualitativa	Nominal	Profesional Artesanal Comerciante Hogar Otros	Chi cuadrada
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero	Chi cuadrada
Tiempo de evolución de la hipertensión	Tiempo desde que se diagnosticó la hipertensión a la fecha de la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Continua	Años de evolución	Medidas de tendencia central

Aspectos éticos:

El estudio fue evaluado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIS)

Los principios éticos en los que se basó la presente investigación realizada con seres humanos son:

- 1) El respeto por las personas, relacionado con el respeto a la autonomía y con la protección a las personas con autonomía limitada.
- 2) Beneficencia, la investigación y los procedimientos que ésta incluya deben maximizar el beneficio y minimizar el daño, los riesgos deben ser razonables en relación a los beneficios esperados, y
- 3) Justicia, distribución equitativa de las cargas y beneficios relacionados con la investigación, la cual se relaciona con la protección de los derechos y el bienestar de las personas vulnerables, con la forma de elegir a los participantes y con los beneficios directos para los participantes o beneficios anticipados para la población de cual el participante proviene o representa.

La investigación se consideró de mínimo riesgo de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; artículos 13, 14 (fracción V, VI, VII, VIII), 16, 17, 20 y 23. Se apegó también a la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Beneficios

Como beneficio a los participantes se dio información verbal sobre el tema de hipertensión arterial y el riesgo de no realizar cambios en su estilo de vida y hábitos dietéticos para la evitar la progresión y complicación de la patología. Con el resultado se pretendió identificar la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77, asimismo Identificar el grado de depresión en paciente hipertensos en base a la escala de depresión de Beck, conocer aspectos sociodemográficos y depresión en pacientes

hipertensos casados y solteros en UMF 77 y conocer tiempo de evolución de hipertensión y depresión en pacientes hipertensos casados y solteros en UMF 77 con lo que se espera que los médicos de atención primaria los identifiquen y enfatizan la detección temprana, promoviendo cambio en los modificables e informar de los no modificables con la finalidad de promover que los pacientes mismos se preocupen por la vigilancia y detección oportuna.

Para este estudio se contemplan los siguientes aspectos:

- *Participación voluntaria:* Los derechohabientes que participaron en el estudio aceptaron voluntariamente ser parte del mismo, al conocer los cuestionarios y finalidad, del mismo.
- *Consentimiento bajo información:* Se realizó por escrito en donde se le explicó claramente al derechohabiente quiénes son los responsables del estudio, los objetivos, los procedimientos a realizar, beneficios, riesgos y prudencia de los investigadores al manejar los resultados, así como dónde localizarlos. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron interrogados manteniendo un ambiente tranquilo, con libre voluntad del participante, procurando esclarecer cualquier duda al participante.

Riesgos

El estudio de acuerdo a la Ley General de Salud se clasifica como de bajo riesgo, ya que la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio es muy bajo.

Confidencialidad de la información

La información recolectada fue manejada en forma confidencial y utilizada exclusivamente para los fines de investigación de este estudio, fue manejada exclusivamente por los investigadores.

Recursos, financiamiento y factibilidad:

Humanos:

- Investigador (1) Residente de curso de Especialización en Medicina familiar
- Asesor Metodológico y temático (1) Maestro en Investigación Médica (1)

Físicos:

- Consultorio para llenado de cuestionario (1)
- Computadora (1)
- Material de oficina (hojas 500, clips 100, engrapadora 1, grapas 5000, lápices 10).
- Fotocopiadora (1)
- Impresora (1)
- Memoria USB (1)
- Software SPSS versión 25 para Windows (1)

Financiamiento del proyecto:

Los gastos derivados de la realización de este estudio corrieron por parte del tesista en su totalidad.

Factibilidad:

El presente estudio fue factible dado que solo requirió de la aplicación de los cuestionarios de la escala de depresión de Beck y la cédula de recolección de datos, previa autorización del consentimiento informado; los cuales tomaron poco tiempo, son procedimientos sencillos y de fácil acceso. Se contó con personal capacitado para la realización de lo anterior, así como para el posterior análisis de los datos y establecimiento de las conclusiones. Se contó con la autorización de los directivos de la UMF del IMSS donde se llevó a cabo el proyecto.

Cronograma de actividades:

Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77.

ACTIVIDADES:	2021-2023							
	1er. al 4to mes	5to. al 9no. mes	10mo. mes	11vo. mes	12vo. mes	13vo. mes	14vo. mes	15vo. mes
Elaboración de protocolo	X	X						
Evaluación por el CLIS			X					
Recolección de datos de la muestra				X	X			
Análisis de los Resultados						X		
Elaboración de Conclusiones							X	
Presentación de Trabajo								X

RESULTADOS:

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, mediante medidas de frecuencias, porcentajes y dispersión para variables cualitativas. Se efectuó estadística mediante pruebas paramétricas y no paramétricas con la prueba de chi cuadrada (X^2) para comparar variables cualitativas y la T de Student para comparar variables cuantitativas y establecer asociación entre ellas. En el análisis estadístico se utilizó un nivel de significancia de <0.05 , y de todas las estimaciones puntuales se calcularán intervalos de confianza a 95%.

Se procesó la información obtenida con el programa el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows. Los resultados se expresaron mediante tablas de distribución de frecuencias.

En los trastornos depresivos se utilizaron escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final.

En este estudio se utilizó El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), además de una hoja de recolección de datos en la cual se incluyeron información: edad, sexo, estado civil, ocupación, educación, tensión arterial, tiempo de evolución de la hipertensión.

Se realizaron 43 encuestas con la escala de depresión de Beck a pacientes hipertensos de 30 a 50 años casados y solteros en UMF 77, que cumplieron criterios de inclusión, no se excluyó ninguno del listado primario donde se identificaron los siguientes resultados:

Depresión

En este estudio con una muestra total de 43 pacientes derechohabientes de UMF 77 se demostró que la prevalencia de depresión es mayor en pacientes casados con 79.1% ($n=34$) contra 18.6% ($n=8$) en solteros y 2.3% ($n=1$) en unión libre. Como se muestra en la figura 1.

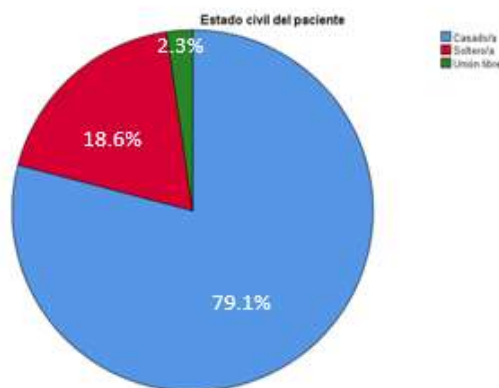
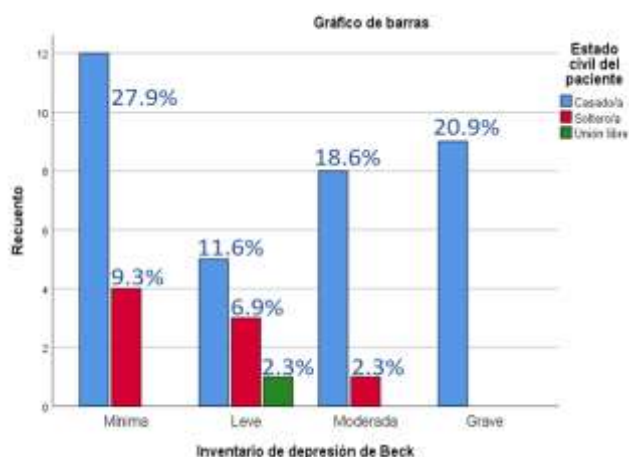


Figura 1.

En el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: mínima depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

En el presente estudio se mostró que en pacientes casados es más frecuente la depresión mínima con 12 (27.9%) pacientes, depresión leve con 5 (11.6%), depresión moderada con 8 (18.6%) y depresión grave con 9 (20.9%) en pacientes casados. La prevalencia en solteros es de 4 (9.3%) con depresión mínima, 3 (6.9%) con depresión leve, 1 (2.3%) con depresión moderada y 0 (0%) con depresión grave. Por último, con Unión libre tenemos a 1 (2.3%) paciente con depresión leve. Como se muestra en la Gráfica 1.



Gráfica 1

Además, la relación de pacientes hipertensos con depresión casados mostró un valor de p de 0.210 siendo estadísticamente significativo. Como se muestra en la tabla 1.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.396 ^a	6	.210
Razón de verosimilitud	9.262	6	.159
Asociación lineal por lineal	2.305	1	.129
N de casos válidos	43		

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0.21.

Tabla 1.

1.-EDAD

En este estudio se observó una frecuencia más alta de presentación en la edad comprendida entre los 36 a 37 años y otra elevación en la frecuencia entre los 45 y 47 años, en hipertensos con depresión en la UMF No. 77, Zacoalco de Torres, Jalisco. Como se muestra en el gráfico 2

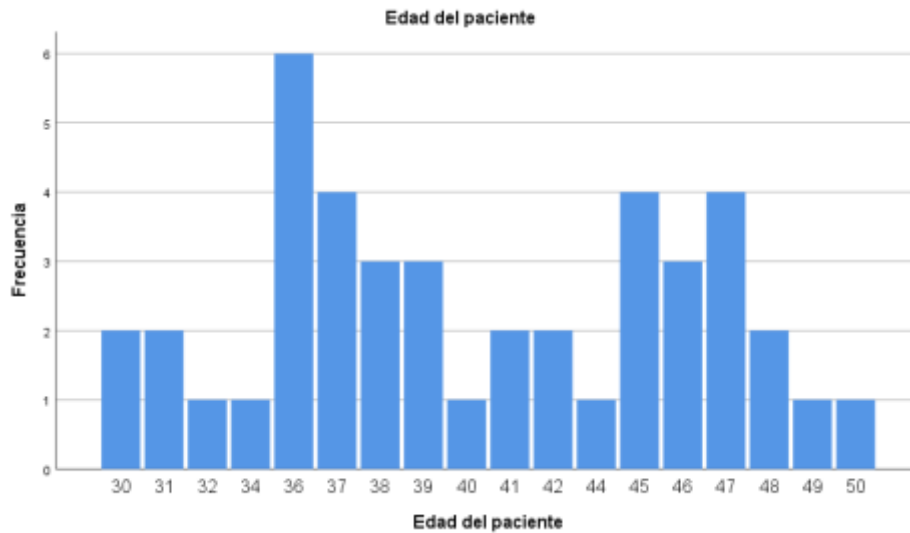


Gráfico 2

2.-SEXO

En la variable correspondiente a sexo en este estudio se observó una mayor frecuencia de pacientes hipertensos con depresión en población femenina con un 51.2% (n=22), y el restante 48.8% (n=21) de población masculina. Como se muestra en la figura 2.

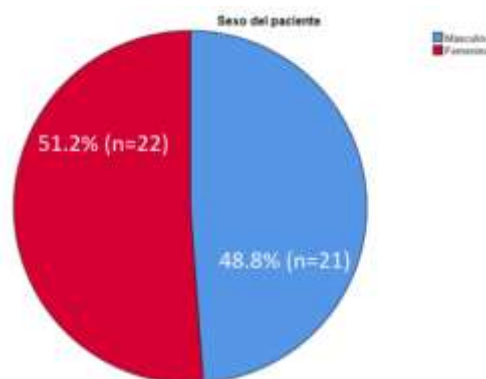


Figura 2.

Según este estudio donde se analizó la depresión con la escala de Beck la cual la divide en depresión mínima 37.2% (n=16), leve 20.9% (n=9), moderada 20.9% (n=9), grave 20.9% (n=9). Se observa mayor presencia de depresión mínima en ambos sexos de pacientes sobre los demás grados de depresión. Como se muestra en la gráfica 3.

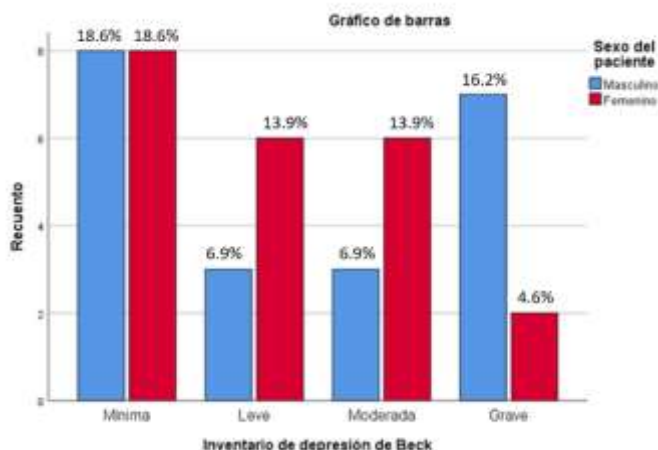
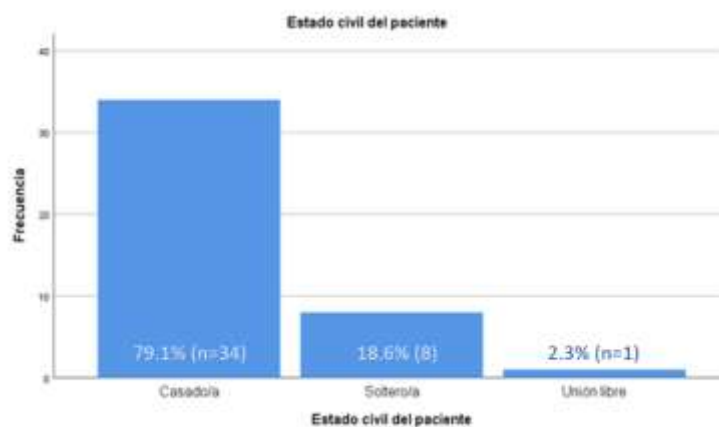


Gráfico 3.

3. ESTADO CIVIL

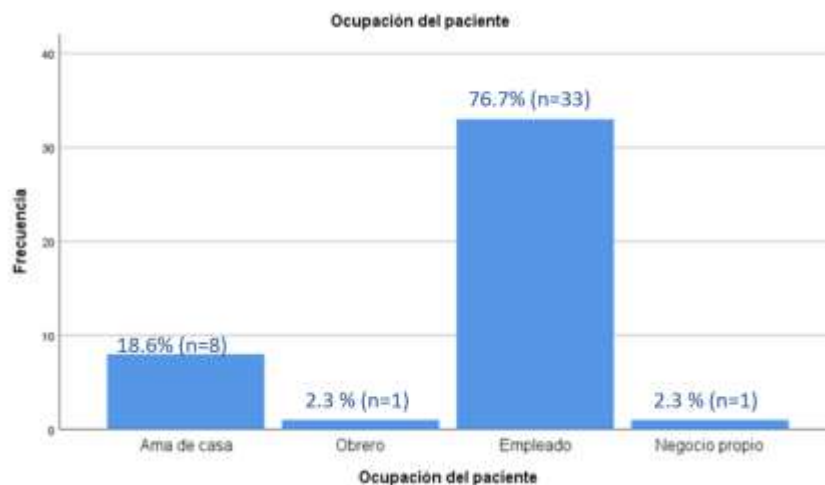
En este rubro se mostró que entre los sujetos de estudio el porcentaje de casados es de 79.1% (n=34), soltero/a 18.6% (8) y en Unión libre de 2.3% (n=1). Como se muestra en la gráfica 4.



Gráfica 4.

4. Ocupación

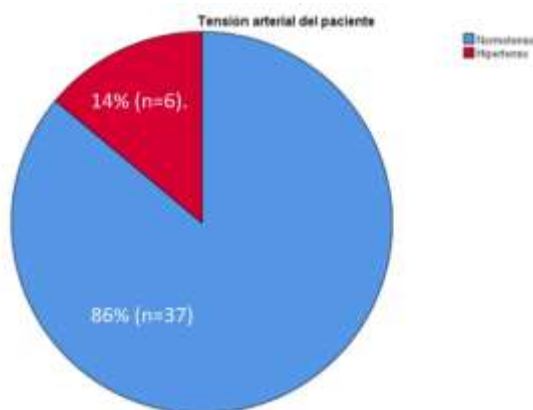
En este apartado se mostró que la profesión de los pacientes hipertensos con depresión en el presente estudio es mayoritariamente de empleados con 76.7% (n=33), seguidos de ama de casa con 18.6% (n=8), en menor medida obreros y con negocio propio con 2.3 % (n=1) ambos. Como se muestra en la gráfica 5.



Gráfica 5.

Hipertensión

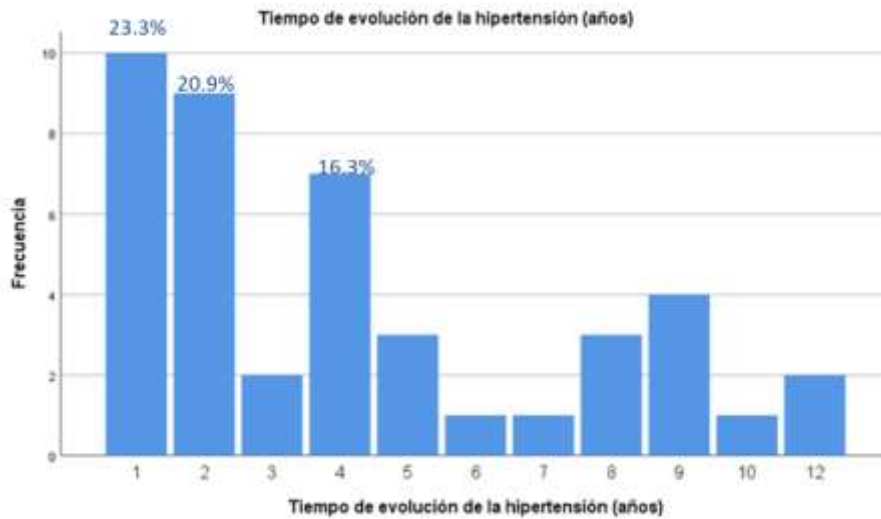
En el siguiente resultado respecto a esta variable se apreció que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio se encuentran con cifras normotensas con 86% (n=37) y el resto como hipertensos con 14% (n=6). Como se muestra en la gráfica 6.



Grafica 6.

Tiempo de evolución de la hipertensión

En cuanto al tiempo de evolución de la hipertensión en el grupo de pacientes incluidos se observó que la mayor frecuencia de tiempo de evolución de la hipertensión en los pacientes es de 10 años con 23.3% (n=10), seguido de 9 años con 20.9% (n=9), en tercer lugar 7 años con 16.3% (n=7). Como se muestra en la gráfica 7.



Gráfica 7

Discusión:

La depresión como ya mencionamos anteriormente es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad, otras alteraciones, alteraciones del apetito, pérdida de peso o ganancia del mismo, alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño, enlentecimiento motriz, cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

Al ser el presente estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal, se basó en la aplicación de encuestas con el inventario de depresión de Beck-II con el cual Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick (2000) encontraron índices de rendimiento diagnóstico excelentes para detectar personas con trastornos depresivos en la población general española (100% de sensibilidad y 99% de especificidad), y Gabarrón Hortal et al. (2002) encontraron índices de 86.7% de sensibilidad y 92% de especificidad, dado lo anterior este instrumento fue elegido para valorar a los pacientes que cumplieron los criterios para su inclusión en el presente trabajo, el cuestionario fue aplicado por el autor del presente estudio para disminuir los sesgos al no dar oportunidad a la interpretación, y delimitándose únicamente a lo plasmado en los objetivos principal y secundarios del estudio.

Posterior a la interpretación y exposición de los resultados se aprecia que en nuestra población la depresión prevalece en los pacientes casados sobre los solteros, contrario a los resultados presentados en otros estudios como el realizado en la revista española de investigaciones sociológicas en septiembre del 2015, además de los estudios realizados por Dupre y Meadows, 2007; Hafen et al. 1996, donde los estudios sugieren que la convivencia en pareja podría representar un antídoto contra la enfermedad, al igual que otros tipos de relaciones de sociabilidad, Simon y Marcussen, 1999 donde muestran los beneficios que dan las relaciones de pareja (apoyo, intimidad, cuidado mutuo, compañía, etc.); Hughes y Waite, 2009; Williams, 2003 muestran que las evidencias tienden a mostrar que el matrimonio proporciona estabilidad social y emocional, mientras que el divorcio, la separación, la viudez y el estar sin pareja la socavan; Lamb et al., 2003; Por otro lado Pearlin y Johnson, 1977, sus estudios muestran el efecto amortiguador de vivir en pareja contra los acontecimientos adversos como la enfermedad, la pobreza o la pérdida de seres queridos; en estos estudios se aprecia el efecto donde el estar casado constituye un factor protector para la depresión.

El matrimonio podría disminuir, e incluso prevenir, la posibilidad de sufrir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Esta es la principal conclusión de un estudio publicado en la revista Heart. Además del estudio realizado por un grupo de científicos de la Universidad de Keele, en Newcastle (Reino Unido), con un metaanálisis donde los datos revelan que, en comparación a las personas casadas,

las divorciadas, viudas o que nunca han formado parte de un matrimonio presentan un 42 % más riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y un 16 % más en el caso solo de enfermedades cardíacas de la arteria coronaria. Existen varias teorías sobre por qué el matrimonio podría ser un protector de la salud. Estas incluyen la mayor rapidez en el reconocimiento y respuesta a los problemas de salud, un seguimiento más estricto de la medicación, mejor seguridad financiera, mayor bienestar y mejores redes de amistad.

Lo anterior reitera la asociación de la depresión con la hipertensión, concordando con el estudio donde se utilizó la Centro de Estudios Epidemiológicos Depresión (CES-D) Escala, que buscaba mirar si los síntomas de la depresión ayudan a predecir tempranamente la incidencia de la hipertensión arterial en los adultos jóvenes, los resultados mostraron que los síntomas depresivos fueron predictivos de la incidencia de la hipertensión más adelante en los adultos jóvenes con síntomas depresivos estaban en alto riesgo de desarrollar hipertensión. Otro hallazgo es que la depresión predominó en pacientes entre los 36 y 37 años de edad. Lo cual lo coincide con los datos de katona C, 2003 donde los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10% y el 20% de los hospitalizados, del 15% al 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos, siendo en nuestro estudio el predominio en la mediana edad.

En cuanto al género de los pacientes en nuestro estudio se observó mayor prevalencia en el sexo femenino, concordante con los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2005, donde se refiere que afecta más a mujeres respecto a los hombres.

Respecto a la ocupación de los pacientes en nuestro estudio se observa una mayor prevalencia en pacientes empleados. Lo cual no coincide con el estudio prospectivo a 6 años con 1991 adultos mayores encontró fuerte asociación entre dolor generalizado y depresión, con reducción de la participación social.

En cuando a hipertensión la mayoría de los pacientes encuestados se encuentra normotenso, y el tiempo de evolución de la enfermedad es de 7 y 10 años en su mayoría. Pero debemos recordar que la mayor parte del tiempo, no hay síntomas. En la mayoría de los pacientes, la hipertensión arterial se detecta cuando van al médico o se la hacen medir en otra parte.

Sin embargo en este trabajo es conveniente tomar en cuenta la limitación de la edad como requisito para realizar el estudio, ya que puede influir en la no concordancia con las estadísticas mundiales de mayor prevalencia en adultos mayores, ya que a mayor edad existen condiciones que para los fines de este estudio no entraron en consideración como son la viudez y el deterioro del estado de salud, que como sabemos con el aumento de la edad aumentan la presencia de enfermedades crónico-degenerativas. Recordando los datos de la Revista Médica vol.28 no.2 Mérida 2017 Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor, Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10% y el 20% de los hospitalizados, del 15% al 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbido. Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. En México, el panorama es similar y los resultados de la Encuesta

Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral. Para Yucatán, se observa que alrededor de 5% de las mujeres y 2% de los hombres presentan cuadros depresivos. Como nos menciona la Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención donde menciona que la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se abre la posibilidad de ampliar el rango de edad para futuras investigaciones.

Conclusión:

En este estudio, examinamos la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años casados y solteros en UMF 77, después de examinar los resultados practicados en 43 pacientes, nuestro análisis concluyó que la prevalencia de depresión es mayor en pacientes casados que en solteros, es posible que los resultados varíen si se toma un rango de edad mayor. En cualquier caso, los resultados apuntan a la necesidad de evaluar el estado del ánimo de aquellas personas adultas que cursan hipertensión arterial para estimar con mayor certeza el riesgo de enfermedad cardíaca lo que permitiría la instauración de un plan de tratamiento precoz para el cuadro depresivo y en este grupo de edad de 30 a 50 años que se encuentran en etapa productiva mejorar e incluso prolongar su vida laboral.

Bibliografía:

- 1.- Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, Guía de práctica clínica GPC, Actualización 2011, Ed. CENETEC 2011
- 2.- María Isabel Bordon Yegros. "Depresión en Pacientes con Enfermedad Crónica de Artritis". EUREKA: Asunción (Paraguay) 9(1):78-87, 2012.
- 3.- OMS. (Internet) 30 de enero de 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 4.- Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor (internet), Revista biomédica versión On-line ISSN 2007-8447 versión impresa ISSN 0188-493X Rev. biomédica vol.28 no.2 Mérida may./ago. 2017 disponible en: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.
- 5.- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor, Guía de práctica clínica GPC, Actualización 2017, Publicado por Instituto Mexicana del Seguro Social, 2017, Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
- 6.- Trastornos depresivos, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, 5ta. Edición, España, Editorial médica panamericana, 2014, pág. 155-188.
- 7.- María Victoria Ramos, Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018 (internet), Revista Uruguaya de Cardiología versión impresa ISSN 0797-0048 versión On-line ISSN 1688-0420
Rev.Urug.Cardiol. vol.34 no.1 Montevideo abr. 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29277/cardio.34.1.10>
- 8.- Ana Milena Gaviria. Stefano Vinaccia. Japcy Margarita Quiceno. Margie Taborda. Natalia Ruiz. Lina Johana Francis. "Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial". REVISTA DIVERSITAS PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA - Vol. 5, No 1, 2009.
- 9.- Evaluación del inventario BDI-II (internet), Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

- 10.- M.A. Torres-Lagunas, E.G. Vega-Morales, I. Vinalay-Carrillo, G. Arenas-Montaño, E. Rodríguez-Alonzo, Validación psicométrica de escalas PSS_14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia (Internet), *Enferm. univ* vol.12 no.3 Ciudad de México jul./sep. 2015, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
- 11.- Antonio Lobo, Lorenzo Chamorro, Antonio Luque, Rafael Dal-Ré, Xavier Badia, Eva Baró y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. (Internet), Disponible en: https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=validacion_esp_MADRS-HARS.pdf
12. Juan Fernando Cano, Carlos Gomez Restrepo y Martín Rondón, Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), (Internet), *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *rev.colomb.psiquiatr.* vol.45 no.3 Bogotá July/Sep. 2016, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450/>
- 13.- Óscar Galindo Vázquez, Edith Rojas Castillo, Abelardo Meneses García, José Luis Aguilar Ponce y Salvador Alvarado Aguila, Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer (Internet), *Psicología y Salud*, Vol. 26, Núm. 1: 43-49, enero-junio de 2016, disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/1897/3469>
- 14.- Karen. M. G., PHD, Susan S. G., PHD, Alan H., MD, and Kathleen C. L., PHD. "Depressive Symptoms Are Related to Higher Ambulatory Blood Pressure in People With a Family History of Hypertension". *Psychosomatic Medicine* 66:9–16 (2004).
- 15.- Shoshana Berenzon Gorn, Marcela Tiburcio Sainz, Ma. Elena Medina-Mora Icaza. "Variables Demográficas Asociadas con la Depresión: Diferencias entre Hombres y Mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos". *Salud Mental*, Vol. 28, No. 6, diciembre 2005.

16.- Luis Guillermo Ruiz Flores, Ricardo Fernando Colín Piana, Irma Sau-Yen Corlay Noriega, Ma. del Carmen Lara Muñoz, Héctor J. Dueñas Tentori. "Trastorno Depresivo Mayor en México: La Relación entre la Intensidad de la Depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida". Salud Mental, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007 25.

17.- Jesús Sanz y María Paz García-Vera, Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II),(Internet), Anales de Psicología versión On-line ISSN 1695-2294versión impresa ISSN 0212-9728, Anal. Psicol. vol.29 no.1 Murcia ene. 2013, Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>

18.- Mark Hamer, Nancy Frasure-Smith, François Lespérance. Brian H. Harvey, Nico T.Malan, and LeonéMalan. "Depressive Symptoms and 24-Hour Ambulatory Blood Pressure in Africans: The SABPA Study". International Journal of Hypertension. Volume 2012.

19.- Hall Ramírez Victoria. "Depresión: Fisiopatología y Tratamiento". Serie de actualización Profesional 2003, Universidad de Costa Rica. 90

20.- Beatriz Adriana Díaz Villa, César González. "Actualidades en neurobiología de la depresión". Revista Latinoamericana de Psiquiatría Volumen 11, núm. 3, abril-junio 2012.

21.- Montes C. "La depresión y su etiología: una patología compleja". Academia Biomédica Digital, ISSN-e 1317-987X, N° 18, 2004.

22.- Alma Baena Zúñiga, Maurilia Araceli Sandoval Villegas, Celia C. Urbina Torres, Norma Helen Juárez, Sergio J. Villaseñor Bayardo. Los Trastornos del Estado de Ánimo". Revista digital universitaria UNAM 2005 .volumen 6 numero 11.

23.- Marina Mitjans, Bárbara Arias. "La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?". Actas Esp Psiquiatría 2012;40(2):70-83.

24.- Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Editorial Panamericana, 8va edición.

25.- Wilkie R, Blagojevic M, Belcher J, Chew- Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with

reduced social participation in older adults. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(31):e4111. doi: 10.1097/MD.00000000000004111

26.- Xu H, Qin L, Wang J, et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open*.2016; 6(4):1-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010914>

27.- Galli R, Hideyuki E, Bruscato N, Horta R, Pattussi M. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19(2):307-316.

28.- Davidson K, Jonas BS, Dixon KE, Markovitz JH. Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study? *Arch Intern Med*. 2000; 160:1495-500.

29.- DMedicina.com. Enfermedades vasculares y del corazón. Factores de riesgo cardiovascular. 2015. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-delcorazon/factores-de-riesgo-cardiovascular>

30.- Dr. Jose Agustin Arguedas Quesada, GUIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESION ARTERIAL ELEVADA EN LOS ADULTOS 2014 (JNC 8), Enero 2014

31.- MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>

32.- Carles Simó-Noguera, Andrea Hernández-Monleón, David Muñoz- Rodríguez y M^a Eugenia González-Sanjuán, El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud - The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 141-166. Septiembre 2015, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>

33.- Chun Wai Wong, Chun Shing Kwok, Aditya Narain, Martha Gulati, Anastasia S Mihalidou, Pensee Wu, Mirvat Alasnag, Phyo Kyaw Myint, Mamas A Mamas, Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis, 2018. Disponible en: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/104/23/1937.full.pdf>

ANEXOS:

Anexo. 1: Cédula de Recolección de datos:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 77
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Título:

**Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad
casados y solteros en UMF 77**

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SIN OMITIR
NINGUNA RESPUESTA.**

Folio: _____

Fecha: _____

Sexo: _____

Edad: _____ años

Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Educación: _____

TA: _____ mmHg

Tiempo de evolución: _____ años.

Anexo. 2:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:_____.

ANEXO 3: 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)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Zacoalco de Torres, Jalisco
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es un tema prioritario de salud, la detección temprana genera un impacto no solo en disminuir complicaciones sino también en el mejoramiento del control de otras enfermedades crónicas como la hipertensión, generando importantes beneficios en la salud. Objetivo: Describir la Prevalencia de depresión en pacientes hipertensos de 30 a 50 años de edad casados y solteros en UMF 77
Procedimientos:	Si usted acepta participar le haremos unas preguntas sobre cómo se ha sentido en los últimos días.
Posibles riesgos y molestias:	El cuestionario no generará ningún riesgo, pero puede sentirse un poco incómodo por contestar preguntas sobre su estado emocional.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se dará información verbal sobre el tema de depresión e hipertensión arterial y el riesgo de no realizar cambios en su estilo de vida y hábitos dietéticos para la evitar la progresión y complicación de la patología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará información verbal sobre el tema de hipertensión arterial y el riesgo de no realizar cambios en su estilo de vida y hábitos dietéticos para la evitar la progresión y complicación de la patología,
Participación o retiro:	Las participantes podrán retirarse en cualquier momento en que lo deseen.
Privacidad y confidencialidad:	El estudio es completamente confidencial no se registrará su nombre, únicamente un número de folio. Además la información se guardará en bases de datos a las que sólo tendrán acceso los investigadores y nadie se enterará de sus resultados, excepto usted y su médico previa autorización suya en caso de presentar alguna alteración.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> No acepto realizar la encuesta. <input type="checkbox"/> Si acepto realizar la encuesta.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El Instituto cuenta con los servicios necesarios para el abordaje de los posibles resultados obtenidos.
Beneficios al término del estudio:	Las pacientes tendrán un mejor conocimiento del estado de salud y los factores de riesgo presentes para promover su modificación.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Nombre: Marcos Manuel Romo Avalos. Sede: UMF3 IMSS, Guadalajara, Jalisco, México Teléfono: 3334858234 Correo electrónico: marcosromoa@outlook.com Matrícula: 991411416
Colaboradores:	Nombre: Dra. Edna Gabriela Delgado Quiñones. Sede: Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica. Teléfono: 3336683000 Ext.32361. Correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com . Matrícula: 991413974
	Nombre: Dra. Gabriela Gutiérrez García, Médico Especialista en Medicina Familiar, adscrita como profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 3, IMSS. Sede: UMF No. 3 del IMSS, Av. Belisario Domínguez 815, Independencia Oriente, 44340, Guadalajara, Jalisco. Teléfono: 3336188936 Correo electrónico: emilicqzmedfam04@gmail.com Matrícula: 99145814
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comité Local de Investigación en Salud 1306, del Hospital General Regional No. 46, Calzada Lázaro Cárdenas 2063, CP 44910, Guadalajara, Jal. Hospital General Regional no. 46 del IMSS. Tel: (33) 38 10 00 10 ext. 31315, correo electrónico: 1306clei@gmail.com . Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx .

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013