



**BUAP**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:  
DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF No. 11**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER  
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. GUADALUPE FELICIANA CABRERA RODRÍGUEZ**

**FEBRERO 2018**





**BUAP**



**BUAP**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:  
DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF No. 11**

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER  
EL TÍTULO DE: ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. GUADALUPE FELICIANA CABRERA RODRÍGUEZ**

**ASESOR METODOLÓGICO:  
DRA. KARLA REYNA NAVARRO FUENTES**

**ASESOR DE CONTENIDO:  
DR. JORGE EDUARDO MONTESINOS BALBOA**





**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11  
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TÍTULO:  
DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF No. 11**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JOSÉ MANUEL SUMUANO YMATZU  
COORDINADOR DE EDUCACIÓN DE SALUD**

  
IMSS  
COORDINACIÓN  
DELEGACIONAL DE  
EDUCACIÓN  
EN SALUD  
CHIAPAS

**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN  
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

  
IMSS  
COORDINACIÓN  
DELEGACIONAL DE  
INVESTIGACIÓN  
EN SALUD  
CHIAPAS

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HGZ 1**

  
COORDINACIÓN CLÍNICA  
DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HGZ C/1

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF 11**

  
IMSS  
"PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN"  
UNIDAD DE ATENCIÓN  
MEDICINA UMF 11

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
UMF 11**

  
IMSS  
"PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN"  
UNIDAD DE ATENCIÓN  
MEDICINA FAMILIAR  
TAPACHULA CHIAPAS

**FEBRERO 2018**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **ADIOS:**

Gracias Padre por tu amor y bondad, me permites sonreír ante todos mis logros, que son resultado de tu ayuda. Cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que los pones enfrente de mí para mejorar como ser humano y ser espiritual. Gracias por conducirme en este camino para poder sanar. Has puesto en mí conocimientos de ciencia, pero lo más valioso es sentir la espiritualidad. Gracias por todos esos obstáculos, lágrimas, sentimientos de derrota, porque eso me condujo a ver más allá de mis posibilidades, y sentir cómo es trabajar para ti, Señor. Cada etapa de mi vida la has programado para llegar a este punto, para realizar este trabajo que por muchos años he formulado en mi cabeza: ¿Cómo poder ayudar en algo a los demás? Ésta es la certeza de un comienzo a situaciones que vendrán en un futuro. Continúa conduciéndome, así como en este trabajo, en el que desde el inicio era solo un sueño inalcanzable, pero como para ti todo es posible, vislumbraste ante mis ojos todas las posibilidades para desarrollarlo. Es entonces este proyecto final realizado gracias a ti, Padre.

### **AL DR. JORGE EDUARDO MONTESINOS BALBOA:**

El tema del Protocolo es parte fundamental de su quehacer diario como especialista, el desarrollar la pregunta de investigación y cuestionarme sobre lo fundamental a investigar, fue gracias a sus conocimientos. Deseo que este proyecto de tesis forme parte de los conocimientos para mejorar en la identificación de mujeres depresivas en etapas tempranas.

**A LA DRA. KARLA REYNA NAVARRO FUENTES:**

Gracias por todo su tiempo dedicado, en revisar a detalle los subtemas, y las ideas brillantes para conducir a un trabajo de calidad. Muchas de las veces al ir a revisión me sentí con entusiasmo para mostrar los resultados, saliendo satisfecha de los cambios comentados de su parte. Gracias por ser parte de mi inspiración en este Protocolo.

**AL DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN:**

Gracias por sus conocimientos para encaminar la objetividad en el marco teórico, así como también su aprobación gentil del Protocolo.

**AL DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA:**

Gracias por su desinteresada búsqueda de las condiciones necesarias para poder desarrollar esta especialidad, su ejemplo y positivismo.

**A LA DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS:**

Por su constante dedicación a mi formación como especialista, su presencia y participación indiscutible en todo este proceso.

**A MIS PADRES TERESA Y MANUEL:**

Gracias por darme mi vida, y construir cada día en mí valores y fuerza para siempre superarme, demostrarme a mí misma que puedo lograr lo que me proponga. Gracias por el apoyo incondicional, estando tan lejos de casa, y a la distancia enviarme bendiciones y ánimos para no rendirme. Gracias por enseñarme a dar lo mejor de mí misma. Los amo mucho.

### **A MIS HERMANOS: XÓCHITL Y MANUEL**

Hermana gracias por ser mi amiga incondicional y confidente en todo momento, por siempre llevarme a tus brazos y decirme lo excelente que soy en todos los sentidos. Gracias por ser un ejemplo a seguir de perseverancia y jamás rendirse. Hermano gracias por hacerme ver que hay un mundo con infinitas posibilidades para conocer y poder triunfar.

### **A MIS SOBRINOS: PAUL MANUEL Y SEBASTIÁN**

Gracias por demostrarme cada día lo que es ser niño, el llenarme de tanta dulzura y amor, por tantas cartas y ánimos que recibo de ustedes y decirme lo mucho que me quieren. Doy gracias a Dios el tener el privilegio de verlos crecer.

### **A MI ABUELITA HILDA CARRAL RODRÍGUEZ:**

Sra. Hilda, gracias por haber llegado a mi vida y sentir el amor de abuela a pesar de no ser de tu sangre. Gracias por todos los consejos recibidos, todas esas pláticas acostadas en la cama, cada vez que iba a visitarte cuando te ponías mal y no querías ver a ningún médico más que a mí. Gracias por permitirme estar en tu presencia hasta el día de tu despedida en este mundo, Dios te llena de amor y bondad en tu nueva vida eterna.

# Contenido

Resumen.....	9
Marco Teórico .....	10
Depresión.....	10
Factores asociados al desarrollo de síntomas de depresión .....	11
Estudios sobre prevalencia de depresión y factores asociados .....	13
<i>Estudios sobre depresión y familia</i> .....	13
<i>Prevalencia de la depresión en México</i> .....	14
Instrumento de medición CES-D.....	15
Escala de depresión-ansiedad de Goldberg.....	16
Justificación .....	17
Planteamiento del problema.....	18
Objetivos .....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos .....	19
Hipótesis.....	19
Material y métodos.....	20
Tipo de estudio.....	20
Lugar .....	20
Población.....	20
Tamaño de muestra .....	20

Instrumentos.....	21
Procedimiento .....	22
Aplicación de instrumentos.....	22
Análisis de datos .....	25
Aspectos éticos.....	26
Análisis de resultados.....	27
Variables de la población .....	27
Cálculo de prevalencia.....	38
Cálculo del coeficiente Kappa de Cohen.....	39
Relación entre síntomas de depresión y las variables analizadas .....	39
Discusión.....	51
Conclusiones .....	55
Referencias.....	57
Anexo A .....	61
Anexo B .....	67
Anexo C .....	68
Anexo D.....	70



# **Resumen**

## **Introducción**

Los trastornos de depresión son causa de deterioro psicológico, y constituyen las alteraciones emocionales más frecuentes. Diversos estudios han demostrado que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres, y tiene un impacto considerable en la población por la generación de altas tasas de incapacidad. Los síntomas de depresión pueden ser determinados utilizando instrumentos de diagnóstico probados, a manera de encuestas aplicables a una muestra representativa de la población.

## **Objetivo**

Determinar la prevalencia de síntomas de depresión y factores asociados que se presentan con más frecuencia, en mujeres de 20 a 49 años de edad en la consulta de primer nivel de atención.

## **Materiales y métodos**

Estudio cuantitativo, descriptivo de tipo transversal, las participantes fueron 330 mujeres, entrevistadas en los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 11. Se aplicaron los instrumentos para el diagnóstico de síntomas de depresión CES-D y Goldberg, con una encuesta de factores psicosociales. Análisis estadístico para la concordancia de los instrumentos aplicados se utilizó Coeficiente kappa de Cohen, análisis factorial exploratorio para identificación de factores asociados, cociente de riesgo relativo para estimar la importancia de los diferentes factores de forma aislada, con su asociación al desarrollo de síntomas depresivos. El software utilizado R versión: 3.2.2 [[www.r-project.org](http://www.r-project.org)].

## **Resultados**

Se encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 28.5% (n=94) de acuerdo con CES-D, y 40% (n=132) de acuerdo con Goldberg. Los principales factores asociados son las malas relaciones con su pareja y familia, nivel educativo medio, no tener pareja y presentar enfermedades agudas.

## **Conclusiones**

La presente investigación confirma la alta prevalencia de síntomas depresivos y su relación con factores psicosociales. Las mujeres con estos síntomas son un grupo vulnerable, por lo que su detección previene el desarrollo de enfermedades asociadas a la depresión y su repercusión en la familia.

## Marco Teórico

### *Depresión*

La depresión es la alteración emocional más frecuente, con presencia entre el 5 y 10 % de la población mundial. Su prevalencia es aún mayor en mujeres que en hombres, sobre todo entre los 18 y 44 años de edad [Escobar 2014].

Etimológicamente, la palabra depresión proviene del latín *depressio*: hundimiento. El origen de la palabra refiere al sentimiento del paciente de estar hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide vivir con plenitud [Rojas 2010].

En la antigüedad la depresión fue descrita en términos de melancolía, incluso hasta el siglo XIX [Berrions 1988]. El concepto en psiquiatría fue introducido por Adolf Meyer en 1908 [Escobar 2014]. Durante las décadas siguientes, sin una rigurosa descripción del término o sus características, se probaron distintos tratamientos psicoterapéuticos.

En algunos casos, la depresión conlleva síntomas atípicos como son reactividad del estado de ánimo ante situaciones reales positivas, aumento significativo de peso, hipersomnia, sensación de pesadez en brazos o piernas e hipersensibilidad al rechazo. En un porcentaje menor pueden predominar los síntomas melancólicos, falta de reactividad a estímulos habitualmente placenteros, predominio matutino de los síntomas, anorexia significativa o pérdida de peso, culpa excesiva y sentimiento de tristeza. [Cárdenas 2010].

El trastorno depresivo mayor (TDM), condición intensa de la depresión, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, retardo motor, marcada variación circadiana, pérdida de la libido, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio [Thakore 2001]. Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan [Wagner 2012]. En pacientes con enfermedades que requieren hospitalización, la depresión está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen más días en cama, en comparación con la hipertensión, la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar

crónica [Bao 2014].

En el caso de México, existen pocos estudios sobre las necesidades de salud emocional en regiones del país fuera de las zonas urbanas principales. Entre los estudios realizados, se ha encontrado una alta prevalencia de depresión, constituyendo uno de los principales trastornos emocionales en el país y con un impacto considerable en la discapacidad laboral [Zimmerman 2014].

También se ha confirmado para el caso de México que la prevalencia de depresión es más alta en mujeres que en hombres, siguiendo en este aspecto la tendencia mundial, y más alta aún en zonas rurales [WHO 2000]. Otro de los factores de importancia relacionados con este trastorno es la baja utilización de servicios de salud mental de quienes lo padecen. En el caso de las mujeres en México, tan solo el 11% reciben tratamiento especializado [Lara 2014].

Por esta razón, conocer la prevalencia de los síntomas de este trastorno en pacientes de Unidad de Medicina Familiar No. 11 “Dr. Ignacio García Téllez”, puede contribuir a orientar mejor la utilización de los servicios de salud de la comunidad en relación con la depresión, así como caracterizar epidemiológicamente a este sector de la población.

### ***Factores asociados al desarrollo de síntomas de depresión***

No se sabe la causa exacta de la depresión. Como la mayoría de los trastornos mentales, es posible que no tenga una única causa, por lo que algunas teorías proponen modelos multicausales de enfermedad. Por esta razón se analizan factores de riesgo que pueden desencadenar sus síntomas.

En lo que concierne a los factores biológicos, es posible que estén involucrados desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona. El principal neurotransmisor relacionado con la depresión es la serotonina, el cual se encarga de regular diferentes funciones como el ánimo, los impulsos y el apetito [Cárdenas 2010]. Generalmente los síntomas de la depresión van apareciendo de manera paulatina. Se conoce un aumento en la probabilidad de ocurrencia de un episodio depresivo una vez que ha ocurrido el primero.

[Cárdenas 2010].

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan [Berenzon 2013]:

- a) ser mujer
- b) ser jefa de familia
- c) dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo
- d) tener un bajo nivel socioeconómico
- e) estar desempleado
- f) el aislamiento social
- g) tener problemas legales
- h) tener experiencias de violencia
- i) consumir sustancias adictivas
- j) la migración

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas han sido asociados con un incremento en el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Diversos estudios realizados en el tema han mostrado que la violencia ejercida por la pareja se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión [Castillo-Manzano 2008].

Por otra parte, la detección temprana de síntomas de depresión puede impactar positivamente a diversos sectores de la población, pues se ha encontrado una relación de su aparición con el desarrollo de posteriores periodos depresivos severos [Benjet 2004]. En la siguiente sección se destacan algunos esfuerzos realizados en el país para estudiar la prevalencia de depresión, especialmente en pacientes mujeres.



## ***Estudios sobre prevalencia de depresión y factores asociados***

El tema de depresión ha cobrado gran relevancia durante las últimas décadas, a partir de los estudios que han mostrado su repercusión en pacientes y sus familias. En las siguientes secciones se realiza una revisión de estudios que han abarcado el tema a nivel global, y para el caso específico de México.

### ***Estudios sobre depresión y familia***

Desde los primeros estudios sobre la depresión, tales como “Aspectos Genéticos de la Depresión”, escrito por Jules Angst en Suiza en la década de 1960, se citan con claridad los problemas suscitados por la depresión y los criterios para su clasificación. Con un tiempo de observación de los pacientes de 18 años obtuvo hallazgos como correlación entre incidencia de depresión y tasa de suicidios, así como la mayor frecuencia de las depresiones endógenas en mujeres que en hombres.

En la siguiente década Heinz Lehmann, en su libro “Criterios Experimentales de la Depresión”, propuso el establecimiento de criterios confiables para separar grupos de pacientes deprimidos y poder evaluar los cambios en la intensidad de la depresión. Esto conlleva la necesidad de establecer escalas para clarificar la depresión [Agrest 1974].

Los síndromes psiquiátricos como la depresión se pueden manifestar en episodios breves recurrentes o en fases prolongadas, aunado a las características psicósomáticas de cada individuo. Mientras más joven sea una persona cuando ocurre un primer evento de depresión es más probable la recurrencia de episodios depresivos posteriores, y que sus parientes también la experimenten. [Angst 1992][Baena 2005].

La importancia de la familia ha sido señalada en publicaciones como la de Baena [Baena 2005]. Por ejemplo, cuando un paciente que tiene malas relaciones familiares es diagnosticado con depresión y sometido a tratamiento, estas relaciones tienden a permanecer tras la recuperación. El grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente.

De acuerdo con Fernández [Fernández 2005] es común encontrar que muchos de los pacientes con depresión suelen acudir a consultorios generales o de atención primaria. Estos pacientes se clasifican en: pacientes con depresiones de escasa sintomatología de tipo somático, depresiones ligeras o subdepresiones y por último el de las depresiones asociadas a una patología médica y a menudo causadas por ella, el cual es el grupo mayoritario. Por estas razones es común que el paciente con depresión sean un continuo usuario de servicios médicos, debido a una carencia de detección de la enfermedad.

### ***Prevalencia de la depresión en México***

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada entre 2001 y 2002. Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes.

Los datos se recolectaron en entrevistas estandarizadas y que se realizaron cara a cara por personal entrenado específicamente para ello y con auxilio de tecnología computarizada. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y el 20% de personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años [Wagner 2012].

En otras poblaciones del país, la detección de síntomas de depresión utilizando métodos epidemiológicos en formato de encuesta ha mostrado tasas de prevalencia mayores a los detectados por los médicos tratantes en consulta externa. Se ha estimado que el 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria [Boschetti-Fentanes 2004].

Por ejemplo, en mujeres de consulta externa del Instituto Mexicano de Seguridad Social en el Distrito Federal [Luisa 2006], se ha detectado una prevalencia de hasta 34% de síntomas depresivos en grupos de edad de 20 a 59 años, y de 57% específicamente en las mayores de 40 años dentro del rango del estudio. La disfunción familiar, y las enfermedades crónico-degenerativas fueron señaladas como las

principales causas de los síntomas.

Se han llevado a cabo otros estudios para condiciones específicas de la población femenina del país, los cuales han mostrado alta prevalencia de depresión. Por ejemplo, índices de depresión posnatal de 32.6% en mujeres entre la primera y decimotercera semana de posparto, y 14.1% de depresión mayor, para el caso de Durango [Alvarado-Esquivel 2010], así como altas asociaciones con enfermedades puntuales como la diabetes [García Pacheco 2012].

Algunos de los estudios mencionados fueron realizados hace más de diez años, pero han destacado la importancia de conocer la prevalencia de la depresión en cada caso durante los periodos determinados. La actualización de esta información es una tarea relevante para estimar la eficiencia de esfuerzos invertidos en mejorar la atención de pacientes con trastornos emocionales, así como la extensión en la aplicación de estudios en nuevas poblaciones que tienen contextos y condiciones específicas. Para esto es importante la correcta aplicación de instrumentos de medición probados para determinar los síntomas de depresión, como los mostrados en las siguientes secciones.

### ***Instrumento de medición CES-D***

Los instrumentos de tamizaje válidos y confiables tienen una gran utilidad práctica porque proporcionan una aproximación precisa para la detección de posibles casos clínicos de depresión. Radloff, en 1977, diseñó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale CES-D*) para disponer de una herramienta que satisficiera estas características [González-Forteza 2008].

La CES-D consiste en una escala 20 ítems autoinformes, los cuales son representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva. La escala se organiza alrededor de cuatro factores, denominados:

- (a) afecto negativo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc.)
- (b) afecto positivo (sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc.)

- (c) síntomas somáticos y retardo motor (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc.)
- (d) problemas interpersonales (sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.)

Se ha demostrado que la CES-D tiene muy buenas correlaciones con otras escalas de depresión, además de presentar una buena consistencia interna, lo cual ha sido probado en una gran variedad de características demográficas [Villalobos-Galdis 2012].

Los 20 factores se califican en una escala de 0 a 3, de acuerdo con su ocurrencia los últimos siete días. La sumatoria de los ítems va de 0 a 60 y las puntuaciones mayores a 16 se consideran un indicador de síntomas de depresión. Los síntomas de depresión que se miden por medio de instrumentos como la CES-D no deben confundirse con el diagnóstico de depresión. Este diagnóstico se determina a partir de criterios establecidos sobre la base de una constelación de síntomas de cierta gravedad, que aparecen durante un tiempo determinado (dos semanas), en donde se descartan factores que puedan no ser parte del trastorno, como el duelo normal y los factores orgánicos. [Lara 2012]

### ***Escala de depresión-ansiedad de Goldberg***

Esta escala, presentada en el año 1979 [Goldberg 1979], consta de preguntas dicotómicas referidas a síntomas presentes durante las últimas dos semanas. Ha demostrado fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria y presenta una sensibilidad de 83.1%, una especificidad de 81.8% y un valor predictivo de 95.3% [Muñoz 2015].

El cuestionario tiene dos subescalas, una para ansiedad y la otra para depresión. Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas.

Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala. En el Anexo C se detalla el instrumento con su escala de interpretación.



## Justificación

De acuerdo con diversos estudios realizados en México y en el mundo, el trastorno depresivo es una condición de alta prevalencia, la cual ha ido en aumento. Se ha visto cómo su morbilidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas.

La presencia de trastornos depresivos tiene implicaciones en el pronóstico de las enfermedades médicas, además de que aumenta los costos de la atención en salud [Villizhañay 2014]. Su falta de tratamiento puede tener graves consecuencias para las pacientes y sus familias [Misner 2012], ausentismo laboral e incluso representa un peligro para la vida [Ostrowski 2000].

Entre las características más importantes de la depresión se encuentran su prevalencia, dado que es un dato primario para la prevención y la profundización en el estudio de los factores asociados a los distintos géneros, grupos de edad y condiciones sociales. El conocimiento de ésta prevalencia fuera del área donde se han realizado los estudios exhaustivos en poblaciones específicas en el país es muy reducido, lo cual puede limitar beneficios potenciales como la vinculación de los usuarios con los servicios apropiados [Muñoz 2005].

Dadas estas condiciones, surge la importancia de determinar la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres con rango de edad donde otros estudios han mostrado mayor riesgo (de 20 a 49 años), en la consulta de primer nivel de la Unidad de Medicina Familiar No 11 “Dr. Ignacio García Téllez”, para así lograr aportar al conocimiento de este trastorno emocional en la población de estudio, e impactar positivamente la atención en consulta externa de Medicina Familiar.

## Planteamiento del problema

La depresión constituye un serio problema de salud pública a nivel nacional y mundial. Diversos estudios muestran un aumento en su prevalencia, el cual se proyecta a futuro como un grave problema que debe ser estudiado a mayor profundidad en situaciones y contextos específicos.

Frente a los enormes retos de atención y la eminente escasez de recursos, la mejoría en la atención de la depresión puede provenir de una utilización más racional de los recursos y la atención especializada con capacidad de ofrecer intervenciones adecuadas sin costo adicional. [Wagner 2012]. Estas intervenciones requieren del conocimiento preciso de la prevalencia de este trastorno en la población, para impactar positivamente la atención, identificando a tiempo a pacientes que presenten los síntomas asociados, y así prevenir eventos y/o recaídas.

Por estas razones se considera importante abordar y delimitar la pregunta de investigación de la siguiente manera:

*¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad, en la atención de primer nivel de la Unidad de Medicina Familiar No 11 “Dr. Ignacio García Téllez”, en el periodo de enero a junio 2016?*

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de síntomas de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 11 “Dr. Ignacio García Téllez”, en el periodo de enero a junio 2016.

### ***Objetivos específicos***

- 1) Aplicar instrumentos de medición de síntomas de depresión a una muestra de pacientes mujeres de 20 a 49 años de edad en consulta externa.
- 2) Estimar a partir de los resultados de los instrumentos la prevalencia de la depresión en la población de mujeres de la UMF.
- 3) Identificar los síntomas y factores asociados que se presentan con más frecuencia en las pacientes con depresión.
- 4) Aportar al conocimiento de la depresión en la población de estudio para impactar positivamente la atención en consulta externa de Medicina Familiar.

## **Hipótesis**

La prevalencia de depresión en pacientes mujeres de 20 a 49 años de edad en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 11 “Dr. Ignacio García Téllez” durante el periodo de enero a junio 2016, es equivalente o mayor a la detectada en otras poblaciones femeninas del país.

## **Material y métodos**

### ***Tipo de estudio***

El estudio es cuantitativo, descriptivo de tipo transversal.

### ***Lugar***

Se desarrollará en la sala de espera de Consulta Externa, de la Unidad Médica Familiar No.11 “Dr. Ignacio García Téllez”, en Tapachula, Chiapas.

### ***Población***

Mujeres de 20 a 49 años de edad atendidas en el servicio de Consulta Externa de la Unidad Médica Familiar No. 11 “Dr. Ignacio García Téllez”.

### ***Tamaño de muestra***

Para determinar el tamaño de muestra aleatoria de pacientes mujeres en consulta externa de la Unidad Médica Familiar No. 11 “Dr. Ignacio García Téllez” con edades entre 20 y 49 años en el periodo del estudio, se utiliza la fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

- $n$  es el tamaño de la muestra.
- $\sigma$  es la desviación estándar de la población, que se asume como 0.34 a partir del estudio de referencias.



- $Z$  es el valor que depende del nivel de confianza. Se utiliza 1.96 para un intervalo de confianza del 95%
- $e$  es el límite aceptable del error muestral, el cual se toma como 0.5
- $N$  es el tamaño de la población.

El tamaño de la población fue obtenido de los registros del departamento ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico), del sistema RLC (Red Local de Consulta), de la Unidad de Medicina Familiar No 11 “Dr. Ignacio García Téllez”. En éstos, en el periodo de enero a junio de 2015 se determinó que un total de 7748 mujeres con rango de edad de 20 a 49 años, acudieron a consulta de primer nivel.

A partir de esta información, el tamaño de muestra es de 330, para la cual fueron seleccionadas aleatoriamente pacientes dentro del rango de edad en la sala de espera de los consultorios, tomando en cuenta la proporción de pacientes que asisten a cada turno de acuerdo con los registros del departamento ARIMAC, así como de forma proporcional en cada uno de los consultorios. Se llevó un registro manual sobre estos datos, de manera que la selección aleatoria de participantes estuviera acorde con las características de la población de mujeres que acuden a la consulta.

### ***Instrumentos***

El instrumento de medición será el mostrado en el Anexo A, el cual contiene los cuestionarios CES-D y Goldberg, así como variables demográficas, motivo de consulta e información laboral de las pacientes, complementada a partir de experiencias previas en población mexicana, descritas en referencias como [Misner 2012], [Zimmerman 2014]. Para una mejor identificación de las condiciones de las mujeres participantes, se incluyeron preguntas adicionales sobre si se encuentran embarazadas, fecha de última menstruación, motivo de consulta. Esta última pregunta contiene diez opciones de respuesta, las cuales están basadas en los diez principales motivos de consulta en la UMF No.11 “Dr. Ignacio García Téllez”, durante el año 2014.

## ***Procedimiento***

Para verificar la confiabilidad de los instrumentos implementados en este estudio, se realizará un pilotaje con una muestra de 20 participantes mujeres de la Consulta externa de la UMF No.11 “Dr. Ignacio García Téllez” dentro del rango de edad. Este pilotaje servirá como un estimador de la respuesta de las participantes y el tiempo requerido en la aplicación del instrumento.

En la etapa posterior, se aplicará la totalidad de instrumentos a la muestra seleccionada, utilizando un muestreo aleatorio a las pacientes con edades entre 20 y 49 años en las salas de espera, invitándolas a colaborar de forma voluntaria. Las participantes deberán firmar un documento de consentimiento para la aplicación.

## ***Aplicación de instrumentos***

### ***Pilotaje y Validación***

Previo a la aplicación de los instrumentos a la muestra de pacientes definida, se aplicó un pilotaje con solamente veinte participantes dentro del rango de edad del estudio, con el propósito de definir y analizar los siguientes aspectos:

- Si los instrumentos se aplicarían con interrogatorio directo o de forma independiente.
- El tiempo estimado en la aplicación.
- Las dudas en la interpretación de las preguntas con la redacción establecida.

Para determinar la conveniente de aplicar el interrogatorio directo, se analizaron los resultados obtenidos y el criterio de la investigadora.

De las veinte pacientes del pilotaje, 9 se encontraban en el grupo de edad de 20 a 29 años, 8 en el grupo de 30 a 39 años y 3 en 40 a 49 años. Se observaron algunas características de la muestra que se conservaron en el estudio, tales como la predominancia de escolaridad secundaria y de estado civil casada.

Los resultados de las escalas CES-D y Goldberg para detectar síntomas de depresión en las pacientes del pilotaje se muestran en el Cuadro 1. De acuerdo con CES-D, la prevalencia de depresión fue de 40%, y de acuerdo con Goldberg de 35%. Se calculó el coeficiente Kappa de Cohen para estos 20 resultados, y se determinó su valor en 0.68, lo cual ubicó la concordancia entre ambas escalas como substancial.

Si bien estos resultados no se pueden extender a los de la población por tratarse de un conjunto reducido de pacientes, sirvieron para dar una pauta en cuanto al análisis de datos, las características de la población y la organización para la aplicación de la totalidad de instrumentos.

Cuadro 1: Resultados de los instrumentos para detección de síntomas de depresión en el pilotaje. 1 representa presencia de síntomas según el instrumento, y 0 ausencia de síntomas

Paciente	Síntomas de depresión		Interrogatorio
	CES-D	Goldberg	
1	0	0	No
2	0	1	No
3	0	0	No
4	1	0	No
5	0	0	Sí
6	1	1	No
7	1	1	Sí
8	0	0	Sí
9	1	1	Sí
10	1	0	No
11	1	1	Sí
12	1	1	Sí
13	1	1	Sí
14	0	0	Sí
15	0	0	No
16	0	0	Sí
17	0	0	Sí
18	0	0	No
19	0	0	No
20	0	0	No
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	

De los 8 casos detectados con el instrumento CES-D, 5 fueron con interrogatorio directo del instrumento, mientras que en el caso de Goldberg, de los 7 casos detectados, 5 fueron con interrogatorio directo. Por su parte, tomando las seis pacientes que fueron detectadas con síntomas de depresión por ambos instrumentos, en 5 de ellas se aplicaron utilizando interrogatorio directo.

Al abordar a las pacientes que cumplieran el rango de edad y explicarles el tema de investigación para realizar el pilotaje, la mayoría reaccionó con expresiones de incertidumbre y desconfianza. Al responder las preguntas de los instrumentos fue común el llanto.

Se observó que la aplicación directa requirió un tiempo mucho menor para cada paciente. La mayoría que respondió de forma independiente manifestó dudas al responder la escala CES-D. Debido a esto o por factores como la distracción o desinterés no respondieron con sinceridad, lo cual se corroboró con la baja consistencia en sus respuestas dentro de la misma escala.

Un aspecto notorio al realizar las encuestas de forma dirigida fue la inconsistencia en los resultados de CES-D y de Goldberg. Primero se inició con CES-D, la cual tiene opciones de respuesta alfa numéricas con la percepción de síntomas depresivos. En esta se observaron mayores dificultades para responder. Cuando en CES-D no se detectaron síntomas depresivos, en varios casos con la escala de Goldberg, la cual utiliza respuestas dicotómicas, se observó la presencia de estos síntomas. Por esta razón se procedió a hacer mayor énfasis en la entrevista al momento de aplicarla, para evitar inconsistencias en las respuestas de ambas escalas.

En los casos de entrevista directa se apreció que el mayor contacto con la paciente permitió ahondar en las respuestas o dudas referentes a las escalas. Al término de la aplicación se percibió más confianza por parte de las participantes. Se observó también que cuando se encontraba la paciente con un familiar, en la mayor parte de los casos con su pareja, se dificultó la sinceridad al responder. Por este motivo se decidió realizar la entrevista personal, previa autorización de la paciente y familiar.

Todos estos elementos fueron considerados para decidir aplicar la totalidad de instrumentos del estudio con interrogatorio directo. Se procedió de esta manera a la aplicación de las 330 encuestas, y los resultados se muestran en la siguiente sección.

## *Análisis de datos*

Los análisis estadísticos permiten dar validez a la información obtenida y permitir sacar conclusiones adecuadas a la población de estudio. Por esto se recurre a la aplicación de las fórmulas teóricas y pruebas para determinar los aspectos principales del estudio:

- La prevalencia de los síntomas depresivos para la muestra, a partir de la frecuencia determinada con los instrumentos aplicados y su relación con subgrupos de interés, tales como rangos de edad, motivo de consulta y condición laboral.
- La concordancia entre los instrumentos aplicados para determinar los síntomas de depresión, utilizando el Coeficiente kappa de Cohen.
- Análisis factorial exploratorio, el cual busca definir grupos de variables (factores) que estén altamente correlacionados entre sí. En un caso de estudio de depresión con un instrumento como el CES-D permite identificar factores asociados. Se puede establecer como su objetivo principal el explicar un fenómeno de forma más minuciosa [Martínez 2012].

Este análisis será complementado con medidas de tendencia central, representaciones tabulares y gráficos de los resultados. El software a utilizar para el análisis será R versión: 3.2.2 [[www.r-project.org](http://www.r-project.org)].

Dado que los instrumentos aplicados tendrán una serie de variables socioeconómicas y demográficas, se aplicará el cociente de riesgo relativo para estimar la importancia que tienen los diferentes factores de forma aislada en el desarrollo de síntomas depresivos, y establecer un ordenamiento de estos factores de acuerdo con su asociación al desarrollo de los síntomas.

## *Aspectos éticos*

Los procedimientos se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

El estudio contribuirá al conocimiento del tema en la población de estudio, lo cual se puede constituir en una herramienta preventiva para la consulta externa de pacientes mujeres que llegan por primera vez, y de esta manera detectar los factores asociados a la depresión y evitar crisis o recaídas depresivas, así como horas de incapacidad laboral.

Dado que no hay riesgo involucrado para la población, es muy favorable el balance riesgo/beneficio. La información obtenida de las participantes será tratada de forma completamente confidencial, y no se publicarán los datos que identifiquen a los pacientes. En el Anexo D se muestra la forma de consentimiento a presentar a las participantes.

## Análisis de resultados

### *Variables de la población*

En el Cuadro 2 se presenta los resultados de las características descriptivas de la muestra: grupo de edad, escolaridad y estado civil. Se establecieron tres grupos de edad para abarcar la población contemplada en el estudio: 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años. En el Gráfico 1 se muestra el histograma correspondiente a la cantidad de pacientes de la muestra por grupo de edad. Se observa una mayor cantidad de pacientes en el rango de 20 a 29 años, mientras que la menor cantidad se encuentra en el rango de 40 a 49 años.

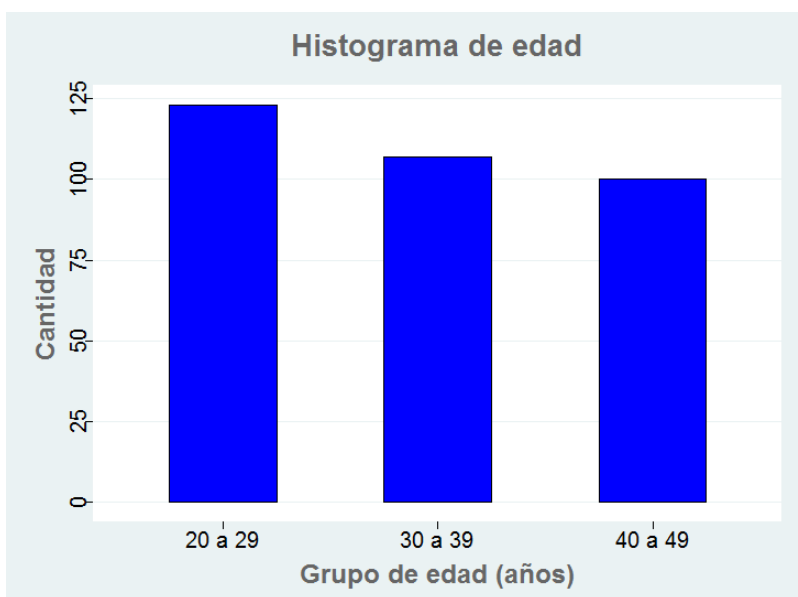


Gráfico 1: Histograma de distribución de la muestra por grupo de edad.

La edad promedio de las participantes fue de 34 años.

Los resultados de la escolaridad de las participantes se muestran en el Gráfico 2, agrupados en 4: analfabetas, educación básica (contempla primaria y secundaria), educación media (preparatoria completa y educación técnica) y educación superior (licenciatura completa o superior).

Cuadro 2: Características descriptivas de la muestra

<b>Características descriptivas</b>	<b>Cantidad (330)</b>	<b>%</b>
<b>Grupo de edad</b>		
20 a 29 años	123	37.3%
30 a 39 años	107	32.4%
40 a 49 años	100	30.3%
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	1	0.3%
Primaria incompleta	9	2.7%
Primaria completa	30	9.1%
Secundaria incompleta	3	0.9%
Secundaria completa	98	29.7%
Preparatoria incompleta	2	0.6%
Preparatoria completa	99	30.0%
Técnico	6	1.8%
Licenciatura incompleta	24	7.3%
Licenciatura completa	51	15.5%
Posgrado universitario	7	2.1%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	69	20.9%
Casada	153	46.4%
Separada	18	5.5%
Unión libre	81	24.5%
Viuda	9	2.7%



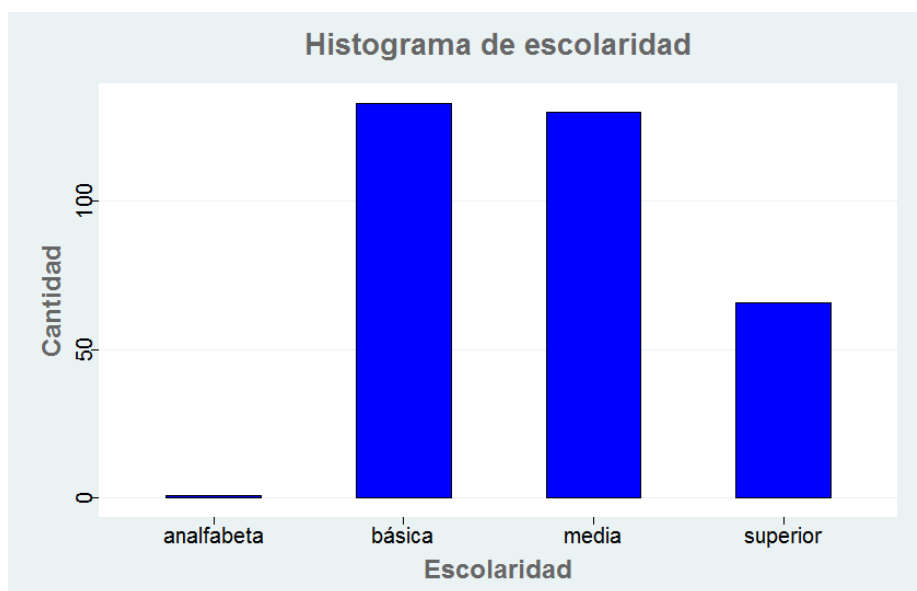


Gráfico 2: Histograma de distribución de la muestra en clases de escolaridad

Se muestra una predominancia de participantes con formación básica y media, mientras que un bajo porcentaje 17.6% tiene formación académica superior. Solamente una participante del total de 330 es analfabeta. En la distribución de la muestra por escolaridad se observa que un 30.0% cuenta con preparatoria completa y 29.7% secundaria completa como los grupos más grandes, mientras que 0.3% analfabeta y 0.6% preparatoria incompleta son los grupos de escolaridad más pequeños.

En cuanto al estado civil, hay una predominancia de casadas 46.4% y unión libre 24.5%, mientras que un bajo porcentaje lo constituyen las separadas 5.5% y viudas 2.7%.

Las características familiares, relacionadas con la cantidad de hijos y las edades de éstos se encuentran en el Cuadro 3. Destaca una mayoría de familias con dos hijos 32.7% y un hijo 23.9%. Un 20% de las participantes no tiene hijos, mientras que solamente 8.6% tiene más de tres hijos.

De las participantes, un total de 264 tienen al menos un hijo. En la parte baja del Cuadro 3, para el caso de pacientes con un solo hijo, se consideró este como hijo mayor, por lo que el conteo de hijos menores (185) corresponde a aquellas que tienen más de un hijo. La información de cantidad de hijos se complementa con el histograma del Gráfico 3.

Cuadro 3: Características familiares de la muestra

<b>Características familiares</b>	<b>Cantidad (330)</b>	<b>%</b>
<b>Cantidad de hijos</b>		
Sin hijos	66	20%
Un hijo	79	23.9%
Dos hijos	108	32.7%
Tres hijos	49	14.8%
Más de 3 hijos	28	8.6%
<b>Edad de los hijos</b>		
<b>Hijo menor</b>		
0 a 4 años	47	14.2%
5 a 9 años	36	10.9%
10 a 14 años	32	9.7%
15 a 19 años	33	10.0%
20 o más años	37	11.2%
<b>Hijo mayor</b>		
0 a 4 años	37	11.2%
5 a 9 años	60	18.2%
10 a 14 años	47	14.2%
15 a 19 años	42	12.7%
20 o más años	78	23.6%

La situación laboral de las participantes se detalla en el Cuadros 4, con el porcentaje de aquellas que trabajan, la satisfacción con su trabajo y el ambiente laboral. Se observa que la mayoría de las pacientes trabaja 58.5% mientras que un 41.5% no tiene un trabajo remunerado. Entre las que trabajan, la gran mayoría 89.1% se encuentra satisfecha con su trabajo. El ambiente laboral es predominantemente bueno 56.5% y regular 25.9%, mientras que solamente en un 15.5% es muy bueno y en 2.1% malo.

Cuadro 4: Situación laboral de las participantes

<b>Características laborales</b>	<b>Cantidad (330)</b>	<b>%</b>
<b>Situación laboral</b>		
Trabaja	193	58.5%
No trabaja	137	41.5%
<b>Satisfacción laboral</b>		
Satisfecha con su trabajo	172	89.1%
No satisfecha con su trabajo	21	10.9%
<b>Ambiente laboral</b>		
Muy bueno	30	15.5%
Bueno	109	56.5%
Regular	50	25.9%
Malo	4	2.1%

Las respuestas a las preguntas relacionadas con deudas familiares y percepción general sobre la vida están contenidas en el Cuadro 5. Un 42.1% de las participantes tienen deuda, y de éstas un 44.6% se encuentran preocupadas por la misma.

Destaca que un 45.5% considera que la vida se ha vuelto más difícil en el último año, mientras que el 54.5% no lo considera así. Un porcentaje de 17% considera que la vida es injusta.

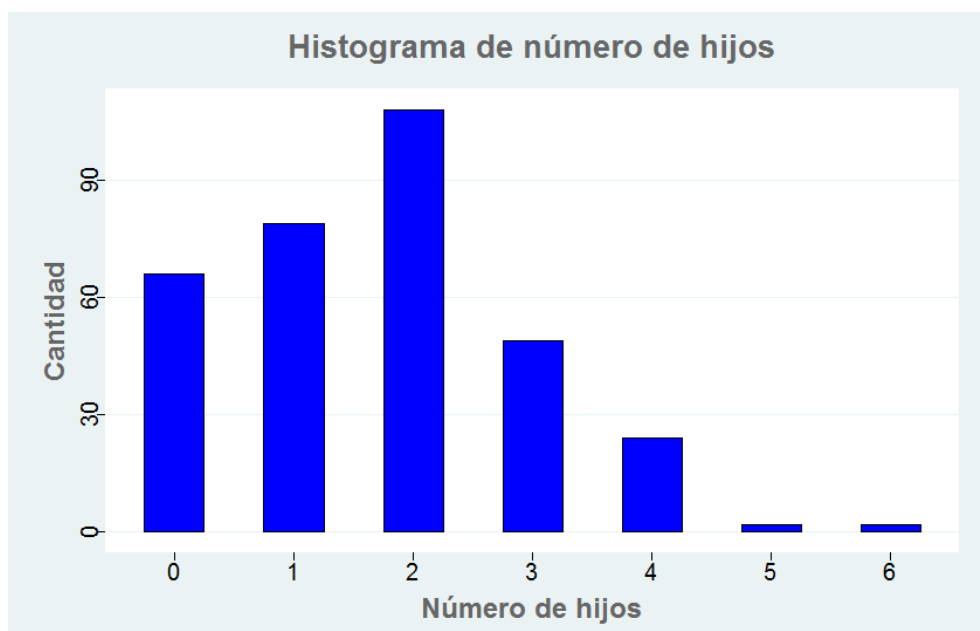


Gráfico 3: Histograma de distribución del número de hijos de las participantes

Cuadro 5: Situaciones familiares y percepciones personales

<b>Pregunta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
¿Tiene alguna deuda?	139	191	330
¿Está preocupada por su deuda?	62	77	139
¿Se ha vuelto más difícil su vida en el último año?	150	180	330
¿Cree que la vida es injusta?	55	275	330

En cuanto a las relaciones afectivas, la encuesta contempló tanto la relación con la pareja como la relación con la familia de la pareja. Los resultados se muestran en el Cuadro 6. Es relevante destacar que solamente un 19.1% de las participantes considera que la relación con su pareja es muy buena, mientras que un 12.1% considera que la relación con la familia de la pareja es muy buena.

Ambas variables tienen predominancia a ser consideradas como buenas, con un 51.6% para las parejas y un 48.0% para las familias. Para el caso de esta última variable, un porcentaje semejante al que las considera muy buenas, un 11.3%, las considera malas o muy malas.

Cuadro 6: Relaciones de pareja de las participantes

<b>Tipo de relación</b>	<b>Cantidad (330)</b>	<b>%</b>
<b>Relación con la pareja</b>		
Muy buena	49	19.1%
Buena	132	51.6%
Regular	60	23.5%
Mala	8	3.1%
Muy mala	7	2.7%
<b>Relación con la familia de la pareja</b>		
Muy buena	31	12.1%
Buena	123	48.0%
Regular	73	28.6%
Mala	20	7.8%
Muy mala	9	3.5%

Los resultados de las preguntas relacionados con el apoyo con que cuentan las participantes en otras personas, como en caso de enfermedad, y las consideraciones sobre sus problemas médicos se encuentran en el Cuadro 7.

Cuadro 7: Relaciones personales y problemas médicos

<b>Pregunta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
¿Tiene alguna persona con la que puede platicar y escuchar cuando usted lo necesita?	300	30	330
¿Alguna persona le muestra amor y cariño?	327	3	330
¿Hay alguien que le ayude con las labores de la casa si usted está enferma?	267	63	330
¿Tiene alguna persona que la comprenda y entienda sus problemas?	292	38	330
¿Tiene alguna persona a la que ama y la hace sentir querida?	308	22	330
¿Tiene algún problema médico?	67	263	330
¿Ha tomado medicamentos para la depresión?	29	301	330
¿Está embarazada?	60	270	330

Una gran mayoría de pacientes 90.9% afirma tener una persona con quien puede platicar cuando lo necesita. Casi la totalidad de ellas 99.1% tiene alguna persona que le muestra amor y cariño. Un 80.9% tiene alguien que le ayuda con las labores de la casa cuando se encuentra enferma.

A pesar de que la mayoría cuenta con alguien para platicar, es menor el porcentaje que considera que alguien la comprende y entienda sus problemas 88.5%, mientras que la gran mayoría 93.3% tiene alguna persona a la que ama y la hace sentir querida.

Los problemas médicos están presentes, de acuerdo con la información suministrada, en un 20.3% de la muestra. Solamente un 8.8% ha tomado alguna vez medicamentos contra la depresión. Finalmente, en cuanto a este grupo de variables, se tiene que un 18.2% de esta muestra está embarazada.

Las respuestas sobre la persona o remedio a la que acuden cuando tienen un ataque de nervios, se observa que un 61.8% de las participantes afirma no haber tenido nunca un ataque. Del porcentaje restante 38.2%, solamente un 10.3% acude a consulta con algún médico o psicólogo. Este es un elemento que da información relevante sobre la importancia que eventos como éste, relacionados con salud mental, han tenido para la población. Casi el mismo porcentaje que buscan asesoría médica o psicológica no buscan ninguna ayuda o bien hablan con alguna amiga o pariente.

Cuadro 8: Respuestas de las participantes ante la consulta: ¿A dónde va cuando tiene un ataque de nervios?

<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje del total de la población que trabaja</b>
Nunca ha tenido un ataque de nervios	204	61.8%
A ningún lado	27	8.2%
Tomo remedios caseros	18	5.5%
Hablo con amiga o pariente	31	9.4%
Tomo pastillas	6	1.8%
Hablo con doctor	25	7.6%
Hablo con un psicólogo	9	2.7%
Otro	10	3.0%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

En el Cuadro 7 se observa que 29 pacientes han tomado alguna vez medicamentos para la depresión. De éstas, 20 pacientes (69%) han recibido tratamiento en un plazo inferior a seis meses, como está consignado en el Cuadro 9.

Cuadro 9: Respuestas de las participantes ante la consulta: ¿Por cuánto tiempo ha recibido tratamiento para la depresión?

<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de seis meses	20	69%
Más de seis meses	9	31%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Un 65.5% de las participantes se encuentra satisfecha con el tratamiento recibido para la depresión. Es decir, de las 29 mujeres que lo han recibido, una mayoría afirma estar satisfecha. El detalle de estos resultados se encuentra en el Cuadro 10.

Cuadro 10: Respuestas de las participantes ante la consulta: ¿Se encuentra satisfecha con el tratamiento para la depresión?

<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	19	65.5%
Moderadamente	3	10.3%
No	7	24.2%
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

La última sección del cuestionario contempla preguntas relacionadas con la salud de las participantes, el uso de medicamentos para la depresión y el motivo de consulta. Se encuentra resumida en los Cuadros 11 y 12.



En cuanto al motivo de consulta, se presentan los resultados acordes con las categorías establecidas en la encuesta, y en el Cuadro 12 una clasificación en consulta por enfermedad aguda, crónica o de otro tipo, lo cual agrupa consultas preventivas y de control de embarazo.

Los motivos de consulta se encuentran muy distribuidos entre las clases consideradas, lo cual se refleja en que un 55.6% indicó que el motivo de consulta es otro distinto a los listados. Entre los listados, la supervisión de embarazo engloba a la mayoría, con un 20.6%.

Cuadro 11: Motivo de consulta de las participantes

<b>Motivo de consulta</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes Mellitus	18	5.5%
Diarrea	2	0.6%
Dorsalgia	6	1.8%
Faringitis	25	7.6%
Hiperlipidemia	2	0.6%
Hipertensión arterial sistémica	12	3.6%
Infección aguda de vías aéreas superiores	1	0.3%
Insuficiencia renal crónica	3	0.9%
Radiculopatías	10	3.0%
Supervisión de embarazo	68	20.6%
Otras	183	55.6%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

Más de la mitad de las pacientes 53.9% asiste a consulta por una enfermedad aguda, mientras que solamente un 16.7% lo hacen por enfermedad crónica. Otras consultas, tales como estudios de laboratorio y control de embarazo, representan un 29.4% de las consultas.

Cuadro 12: Motivo de consulta, agrupada por tipo de padecimiento

<b>Respuesta</b>	<b>Cantidad de participantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedad aguda	178	53.9%
Enfermedad crónica	55	16.7%
Otras	97	29.4%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100%</b>

### *Cálculo de prevalencia*

Para determinar la prevalencia de síntomas de depresión en el periodo en estudio, se utilizó la siguiente fórmula:

$$Prevalencia = \frac{Cantidad\ de\ pacientes\ con\ síntomas\ de\ depresión\ en\ el\ periodo}{Total\ de\ pacientes\ en\ el\ periodo}$$

A partir de los instrumentos aplicados, se determinan los siguientes porcentajes de prevalencia de síntomas de depresión:

- Prevalencia según CES-D (94 de 330 participantes): 28.5%
- Prevalencia según Goldberg (132 de 330 participantes): 40%

## ***Cálculo del coeficiente Kappa de Cohen***

Para el cálculo de Kappa de Cohen, se resumen de la siguiente manera los resultados obtenidos:

Cuadro 13: Concordancia entre la detección de síntomas de depresión con los dos instrumentos utilizados.

		<b>Goldberg</b>	
		Con síntomas	Sin síntomas
<b>CES-D</b>	Con síntomas	82	12
	Sin síntomas	50	186

El resultado del coeficiente Kappa es 0.59, lo cual ubica la fuerza de la concordancia entre CES-D y Goldberg como moderada.

## ***Relación entre síntomas de depresión y las variables analizadas***

En los siguientes cuadros se muestra relación entre las diversas variables del estudio con la presencia de síntomas de depresión determinada por la escala Goldberg.

Estos cuadros permiten establecer la relación de las variables y el cociente de riesgo relativo, y son base para determinar si existe relación significativa entre ellas, mediante el uso de una prueba Chi-cuadrado.

En el Cuadro 14 se muestra la relación entre los grupos de edad, la escolaridad y el estado civil con la presencia de síntomas de depresión. Con un p-valor de 0.18, no se considera relación significativa entre la edad y los síntomas de depresión. En el Gráfico 4 se muestra el histograma correspondiente.

Cuadro 14: Relación entre características descriptivas de la población y síntomas de depresión

<b>Características descriptivas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Grupo de edad</b>		
20 a 29 años	69	54
30 a 39 años	72	35
40 a 49 años	57	43
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	0	1
Básica	74	59
Media	75	55
Superior	49	17
<b>Estado civil</b>		
Soltera	31	38
Casada	104	49
Separada	8	10
Unión libre	50	31
Viuda	5	4

En cuanto a la escolaridad, con un p-valor de 0.02, hay evidencia para considerar que existe una dependencia entre la escolaridad y los síntomas de depresión, por lo que se puede considerar una relación significativa entre ambas variables. Esta variable se ilustra en el Gráfico 5, donde se muestra la mayor prevalencia en los grupos con educación básica y media, en comparación con educación superior donde la presencia de síntomas es menor.

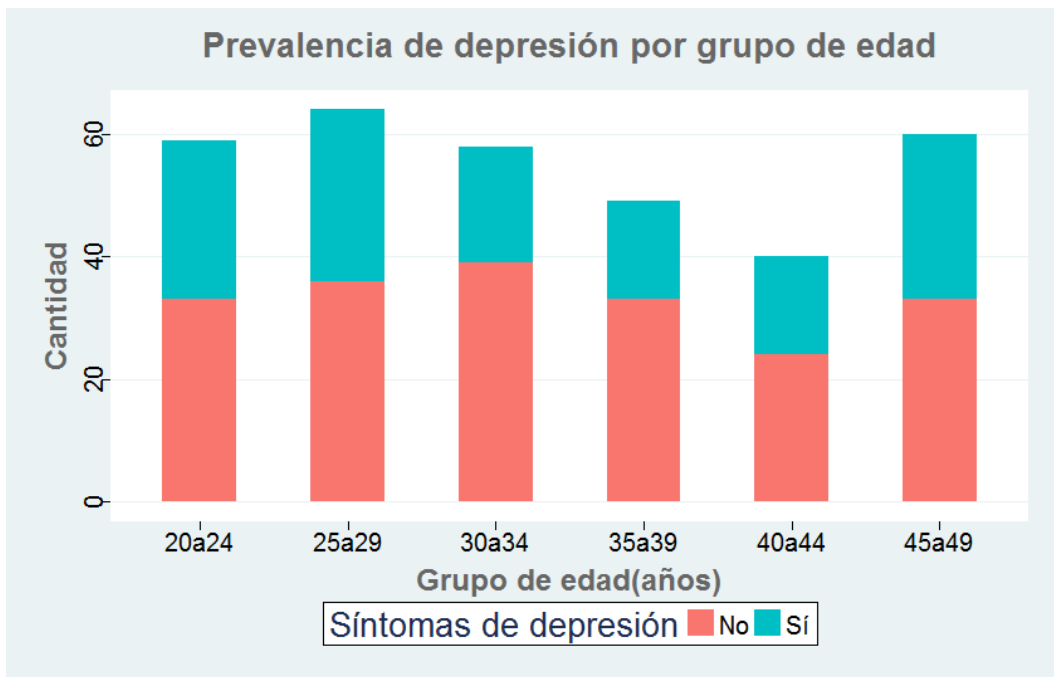


Gráfico 4: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión por grupo de edad

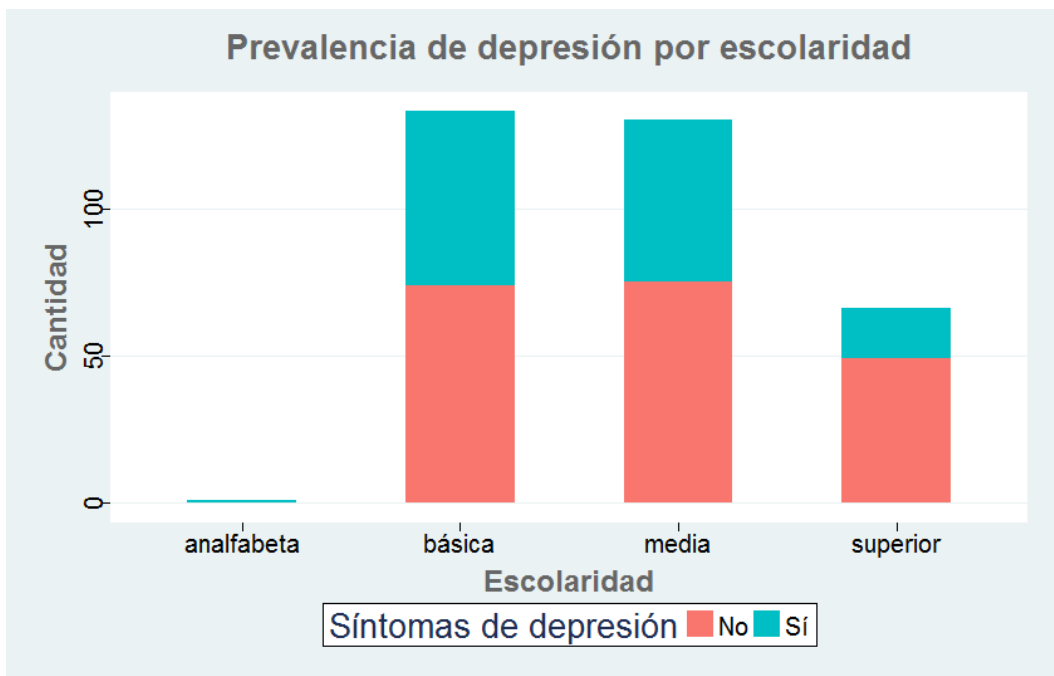


Gráfico 5: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión por escolaridad

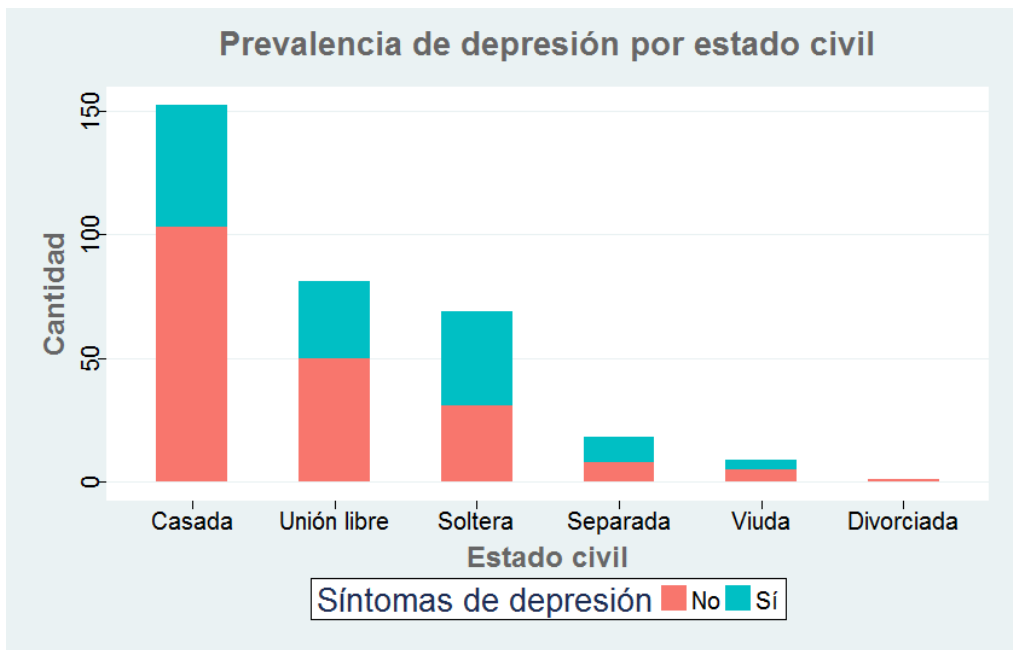


Gráfico 6: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión por estado civil.

En cuanto al estado civil, con un p-valor de 0.01, hay evidencia para considerar que existe relación significativa entre estado civil y los síntomas de depresión. Esta variable se ilustra en el Gráfico 6, en el cual se observa una mayor presencia de síntomas de depresión en el estado civil soltera y separada.

Los resultados de la cantidad y edad de hijos y su relación con los síntomas de depresión se resumen en el Cuadro 15. La prueba estadística, con un p-valor de 0.42, indica que no hay evidencia para considerar que existe dependencia entre el número de hijos y los síntomas de depresión.

Cuadro 15: Relación entre características familiares de la población y síntomas de depresión

<b>Características familiares</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Cantidad de hijos</b>		
Sin hijos	25	41
Un hijo	27	52
Dos hijos	45	63
Tres o más hijos	35	42
<b>Edad de los hijos</b>		
0 a 4 años	47	37
5 a 9 años	36	60
10 a 14 años	32	47
15 a 19 años	33	42
20 o más años	37	78

En las relaciones con su pareja, así como en las relaciones con la familia de la pareja, las pruebas estadísticas, con un p-valor de 0.0001 en ambos casos, indican que hay dependencia entre ambas variables y la presencia de síntomas de depresión.

Con un p-valor de 0.0001, se rechaza la independencia entre la relación con la familia de la pareja y los síntomas de depresión, por lo que se considera que hay relación entre ambas. Esto se muestra claramente en los Gráficos 7 y 8, donde la prevalencia es mucho mayor para los casos en los que las relaciones son regulares, malas o muy malas.

Cuadro 16: Relación entre relaciones personales y síntomas de depresión

Tipo de relación	Sí	No
<b>Relación con la pareja</b>		
Muy buena	8	41
Buena	39	93
Regular	37	23
Mala	5	3
Muy mala	5	2
<b>Relación con la familia de la pareja</b>		
Muy buena	4	27
Buena	36	87
Regular	35	38
Mala	13	7
Muy mala	6	3

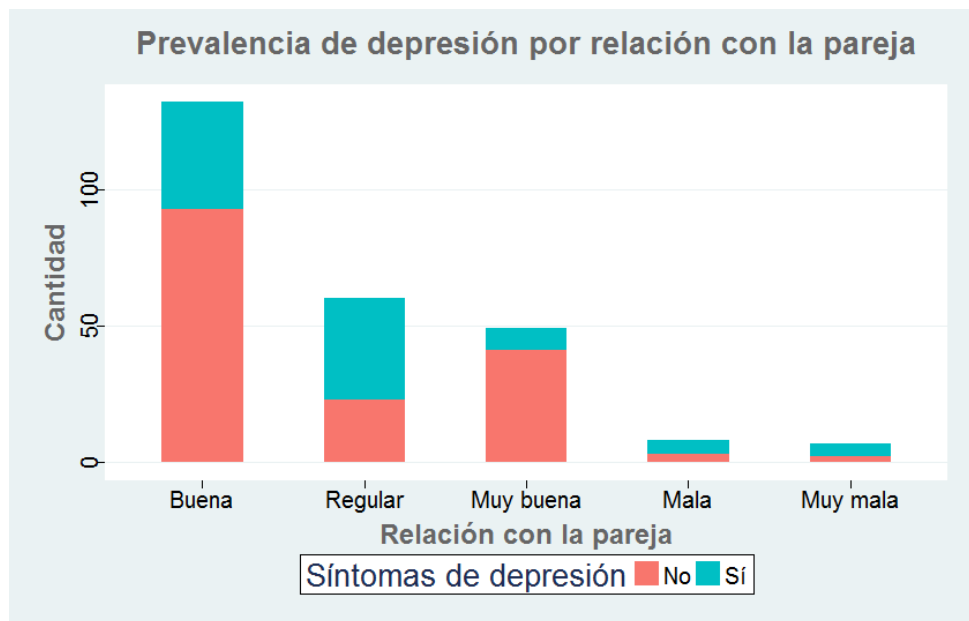


Gráfico 7: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión y relación con la pareja



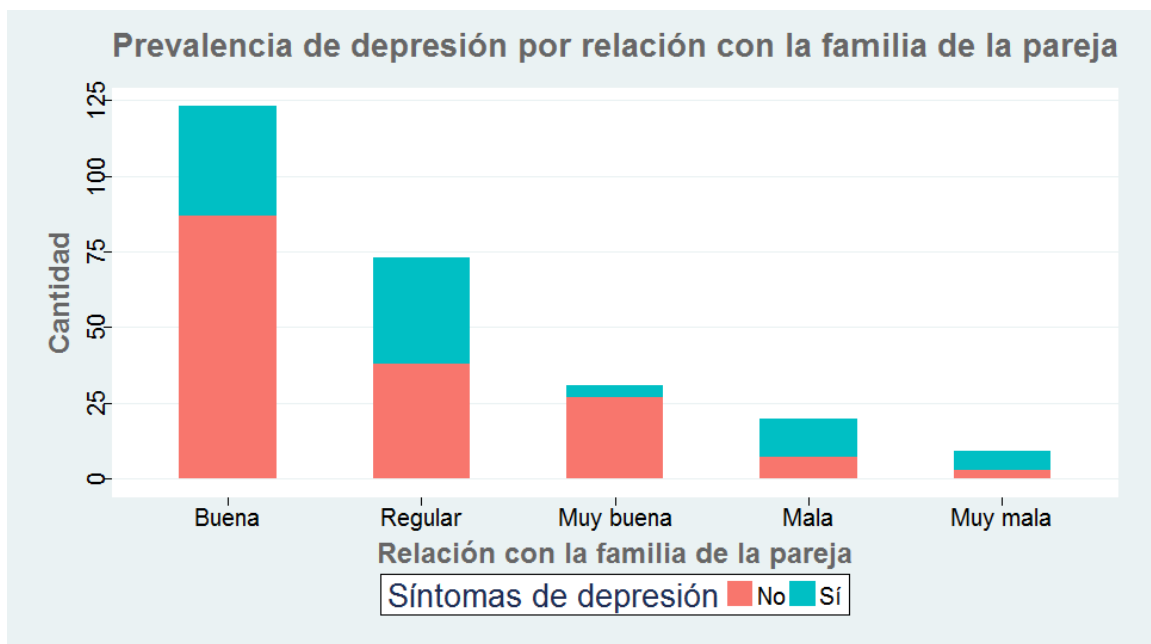


Gráfico 8: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión y relación con la familia de la pareja

Los resultados para las características laborales y la percepción general sobre la vida se encuentran en el Cuadro 17. De acuerdo con la prueba estadística, con un p-valor resultante de 0.07, no hay evidencia para considerar relación significativa entre la situación laboral y los síntomas de depresión. De forma semejante con el caso de las deudas familiares (p-valor 0.69).

El caso de considerar que la vida se ha vuelto más difícil en el último año, con un p-valor de 0.0001, sí establece una relación significativa entre esta percepción y la presencia de síntomas de depresión. También se mantiene la relación significativa para el caso de percepción que la vida es injusta (p-valor de 0.0001).

Cuadro 17: Relación entre características laborales, percepción de la vida y síntomas de depresión

<b>Características laborales y percepción de la vida</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Situación laboral</b>		
Trabaja	69	124
No trabaja	63	74
<b>Deudas familiares</b>		
Con deudas	59	80
Sin deudas	73	118
<b>En el último año</b>		
La vida se ha vuelto más difícil	91	59
La vida no se ha vuelto más difícil	41	139
<b>Percepción general de la vida</b>		
Es injusta	36	19
No es injusta	96	179

Los problemas médicos, el motivo de consulta y el estado de embarazo y su relación con la presencia de síntomas de depresión se muestran en el Cuadro 18. Las pruebas estadísticas indican que no existe dependencia entre los problemas médicos y los síntomas de depresión, mientras que, con un p-valor de 0.0004, indican que sí existe relación significativa del motivo de consulta y estos síntomas.

El Gráfico 9 permite observar la razón de la dependencia significativa: Una proporción mayor de pacientes que acuden por motivo de una enfermedad aguda tienen los síntomas, en comparación con una proporción muy baja para los que acuden por otros motivos, y proporción baja cuando el motivo de consulta es una enfermedad crónica.

Cuadro 18: Relación entre problemas médicos, motivos de consulta y síntomas de depresión

<b>Problemas médicos y motivos de consulta</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Presencia de problemas médicos</b>		
Con problemas	36	31
Sin problemas	96	167
<b>Motivo de consulta</b>		
Enfermedad aguda	85	93
Enfermedad crónica	24	31
Otras	23	74
<b>Embarazo</b>		
Embarazada	13	47
No embarazada	119	151

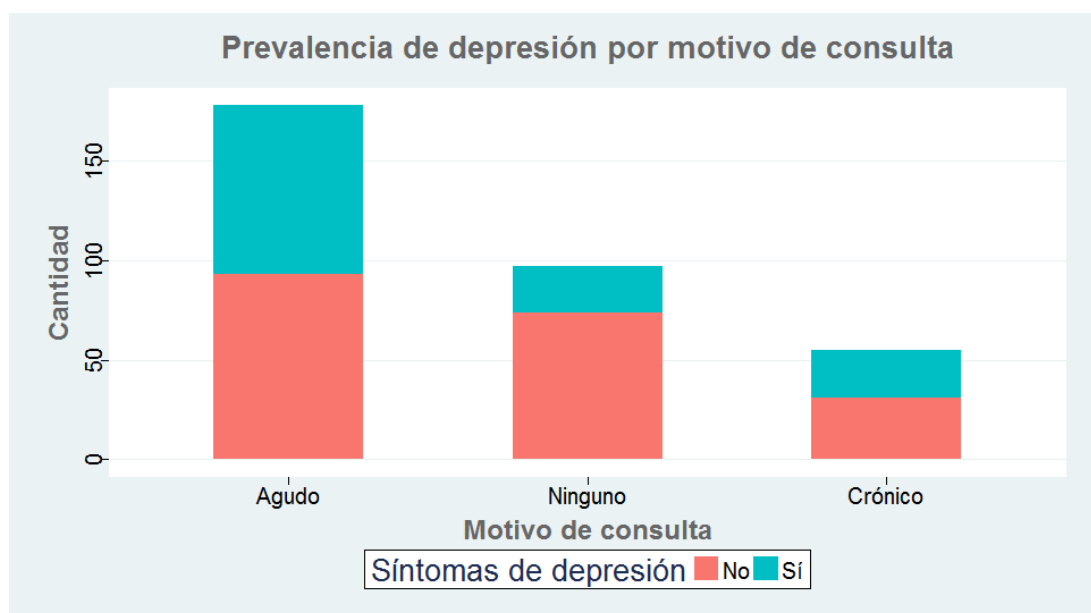


Gráfico 9: Histograma de prevalencia de síntomas de depresión y motivos de consulta

El estado de embarazo, de acuerdo con la prueba estadística que tiene como resultado un p-valor de 0.58, no indica relación significativa entre esta variable con los síntomas de depresión.

Por último, el coeficiente de riesgo relativo calculado para las variables del estudio se muestra en el Cuadro 19, junto con el p-valor de la prueba estadística aplicada a cada variable particular. En éste, para el caso de los problemas en la relación con la pareja y con la familia de la pareja, se consideraron los problemas cuando la relación es regular, mala o muy mala.

Cuadro 19: Riesgo relativo y p-valor de la prueba chi cuadrado para las variables analizadas

<b>Condición</b>	<b>Riesgo relativo</b>	<b>p-valor</b>
<b>Grupo de edad</b>		
20 a 29 años	1.11	0.29
30 a 39 años	0.84	0.07
40 a 49 años	1.01	0.54
<b>Escolaridad</b>		
Básica	1.14	0.21
Media	1.08	0.56
Superior	0.76	0.01
<b>Estado civil</b>		
Soltera	1.52	0.005
Casada	0.68	0.01
Separada	1.42	0.22*
Unión libre	0.94	0.80
Viuda	1.11	1*
<b>Cantidad de hijos</b>		
Sin hijos	0.93	0.78
Un hijo	0.82	0.25
Dos hijos	1.06	0.72
Tres o más hijos	1.18	0.29

Cuadro 19 (continuación): Riesgo relativo y p-valor de la prueba chi cuadrado para las variables analizadas

<b>Condición</b>	<b>Cociente de riesgo relativo</b>	<b>p-valor</b>
<b>Percepción sobre la vida</b>		
Cree que la vida es injusta	1.88	0.0001
La vida se ha vuelto más difícil en el último año	2.66	0.0001
<b>Deudas</b>		0.69
Tiene deudas	1.11	-
No tiene deudas	0.90	-
<b>Relación con la pareja</b>		0.0001
Con problemas en la relación con la pareja	2.41	-
Sin problemas en la relación con la pareja	0.41	-
<b>Relación con la familia de la pareja</b>		0.0001
Con problemas con la familia de la pareja	2.04	-
Sin problemas con la familia de la pareja	0.49	-
<b>Condiciones médicas</b>		0.58
Tiene problemas médicos	1.47	-
No tiene problemas médicos	0.68	-

Cuadro 19 (continuación): Riesgo relativo y p-valor de la prueba chi cuadrado para las variables analizadas

<b>Condición</b>	<b>Cociente de riesgo relativo</b>	<b>p-valor</b>
<b>Embarazo</b>		0.14
Embarazada	0.49	-
No embarazada	2.04	-
<b>Motivo de consulta</b>		0.004
Padece enfermedad aguda	1.54	-
Padece enfermedad crónica	0.9	-
<b>Situación laboral</b>		0.07
La paciente trabaja	0.78	-
La paciente no trabaja	1.28	-

Nota: Se indica con \* aquellas categorías que tienen pocos datos para la prueba estadística.

## Discusión

El estudio realizado con la muestra de 330 pacientes del servicio de consulta externa de la UMF No. 11 ha considerado dos instrumentos de medición para determinar la presencia de síntomas de depresión en esta población: CES-D y Goldberg.

El primero de ellos se ubicó al inicio de la encuesta general, la cual contemplaba una serie de preguntas sobre la situación familiar, laboral, económica, social y de salud de las participantes. Por su parte, Goldberg se ubicó al final de la encuesta, luego de responder las distintas preguntas acerca de las diversas condiciones de las participantes. Esto permitió detectar algunas inconsistencias en las respuestas dadas a CES-D.

El coeficiente Kappa indica que existe concordancia moderada entre ambas, por lo cual se considera conveniente establecer los resultados a partir de una de ellas.

Por estas razones, además de la mayor simplicidad de la encuesta, apta para una población que en su mayor parte cuenta con una educación básica, se decide considerar con presencia de síntomas de depresión los resultados de la encuesta Goldberg.

De acuerdo con ésta, se tiene una prevalencia de 40% de síntomas de depresión en la población. Este resultado ubica a las mujeres en consulta externa de la UMF No. 11 con nivel de prevalencia por encima de otras poblaciones de mujeres con edades semejantes, como los realizados en el Distrito Federal.

En cuanto a los factores asociados a esta prevalencia, se observa que el grupo de edad donde es mayor es el de 20 a 29 años, y donde es menor de 30 a 39 años. A pesar de que este resultado no tiene significancia estadística, se pueden establecer los grupos de edad donde los resultados son marcadamente mayores. El cociente de riesgo relativo coincide con este resultado, al indicar un mayor riesgo en el grupo de edad de 20 a 29 años, y seguido del grupo 40 a 49 años, mientras que el menor riesgo se encuentra en el rango de 30 a 39 años.

La escolaridad representa dependencia significativa con la presencia de síntomas de depresión en esta población. Se destaca una mayor presencia en el grupo de educación básica y media, en comparación con el grupo de educación superior. El cociente de riesgo relativo refuerza este resultado, señalando un riesgo marcadamente mayor para aquellas pacientes con educación básica, con 1.14, en comparación con aquellas que tienen educación superior, donde el cociente es 0.76. La significancia estadística de la relación con la categoría de educación superior y el bajo cociente de riesgo relativo indican que el tener un alto grado académico es de importancia significativa para tener una baja prevalencia de síntomas de depresión.

En cuanto a la situación laboral, si bien no hay una relación significativa entre el tener un trabajo y síntomas depresivos, hay una mayor proporción en los resultados para aquellas pacientes que no trabajan en comparación con las que trabajan. El cociente de riesgo relativo lo indica con un 1.28 para la situación de no laborar, en comparación con un 0.78 para quienes tienen un trabajo remunerado.

Dado que se puede considerar una relación estadística entre el estado civil y la presencia de síntomas de depresión, se tiene como la población más vulnerable a las solteras, separadas y viudas, mientras que la población donde la prevalencia de síntomas de depresión es menor es de las casadas. Estas diferencias también están reflejadas en el cociente de riesgo relativo, donde la población de solteras tiene un cociente de 1.52 y las separadas 1.42, mientras que las casadas tienen un valor de cociente de 0.68. La relación de estos valores relativos con la prueba estadística realizada a cada categoría individual hace resaltar la condición de casada con significativamente baja prevalencia de síntomas de depresión, mientras que la población soltera presenta los resultados más altos de forma significativa.

El número de hijos no presentó una relación significativa con la presencia de síntomas de depresión, pero se determinó una mayor prevalencia en el grupo con más de tres hijos y una menor prevalencia en el grupo que tiene un solo hijo. De acuerdo con el riesgo relativo, de mayor a menor riesgo se encuentran: el tener más de tres hijos, el tener dos hijos, el no tener hijos y con menor riesgo el tener un solo hijo.

Un 24% de las mujeres de esta población tiene al menos un hijo con edad entre 0 y 4 años, mientras que un 35% tiene al menos un hijo con 20 años o más de edad. Este es un factor de importancia para los ciclos de vida de la familia, el cual puede ser de valor en la atención brindada a esta población.



Los resultados de deudas familiares no presentaron relación directa con los síntomas de depresión, aunque se determina una proporción ligeramente mayor (42% de prevalencia) en aquellas mujeres que afirman tener deudas.

Para el caso de las dos preguntas relacionadas con la percepción general sobre la vida de las participantes, se establece que esta percepción tiene relación directa sobre la presencia de síntomas de depresión. Por ejemplo, si percibe que la vida es injusta, el cociente de riesgo relativo se encuentra entre los más altos del estudio, con 1.88. Para el caso de quienes consideran que la vida se ha vuelto más difícil en el último año, el cociente de riesgo relativo es el mayor entre todas las variables estudiadas, con un valor de 2.66.

La relación con la pareja y la familia de la pareja son los factores que están más relacionados con la prevalencia de síntomas de depresión en esta población. Esto se afirma a partir de la significancia estadística de la relación entre estas variables y a los altos cocientes de riesgo relativo, estando en primer lugar la relación con la pareja y en segundo lugar con la familia de la pareja.

Dados los altos porcentajes de participantes que afirmaron contar con personas de quienes reciben apoyo y a quienes aman, estas variables no se consideran con relación directa al estudio.

En esta población, a pesar de la alta prevalencia de síntomas depresivos que se determina con la escala de Goldberg, solamente un 8.8% ha tomado medicamentos contra la depresión. Esto indica un bajo nivel de atención relacionado con la depresión a pesar de la alta prevalencia. En otros estudios se ha determinado también esta situación de falta de atención, pero el hecho cobra aún más relevancia para la población de mujeres de la UMF No. 11 debido a la alta prevalencia.

El motivo de consulta es otro de los factores que tiene relación significativa con la presencia de síntomas de depresión, de acuerdo con la prueba estadística realizada. El caso de enfermedades agudas, como se puede comprobar con el cociente de riesgo relativo, tiene una alta incidencia de síntomas, en comparación con el de enfermedades crónicas y el de otras consultas.

Finalmente, la variable embarazo no está relacionada significativamente con la presencia de síntomas de depresión, y presenta un bajo cociente de riesgo relativo, por lo que no se considera relevante su relación con los síntomas.

Se ha visto cómo las situaciones familiares, las relaciones de pareja, la formación académica y la percepción de la vida coinciden tanto en las pruebas estadísticas como en el cociente relativo para ser las de mayor influencia y relación más estrecha con los síntomas de depresión en esta población, la cual tiene una mayor prevalencia en relación con otras poblaciones analizadas en diversos estudios.

## Conclusiones

Para determinar la prevalencia de síntomas de depresión en la población de mujeres de 20 a 49 años en la UMF No. 11 “Dr. Ignacio García Téllez”, se aplicaron dos instrumentos: CES-D y Goldberg, en conjunto con una encuesta de situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y de salud. Se determinó para esta población la conveniencia de utilizar los resultados del instrumento Goldberg, dado la mayor simplicidad de sus preguntas y su ubicación en la encuesta general, donde se contó con mayor confianza y sinceridad por parte de las participantes.

La propuesta de utilizar ambos instrumentos tuvo como finalidad contar con opciones de análisis y establecer criterios con los cuales determinar la prevalencia de síntomas de depresión en la población. Esta prevalencia es de un 40%, lo cual significa una proporción considerable de pacientes sobre las cuales se pueden desencadenar eventos depresivos mayores con impactos negativos a su salud.

Más de veinte factores fueron analizados en relación con los síntomas de depresión, en los cuales se determinaron tendencias relacionadas con grupos de edad, tales como mayor prevalencia en rangos de edad de 20 a 24 años y de 45 a 49 años, en situación laboral, con mayor prevalencia en mujeres que no trabajan, y en aspectos familiares, como el grupo de mujeres con más de dos hijos.

Sin embargo, los factores que se determinaron con mayor relación con la presencia de síntomas depresivos son: la escolaridad (mayor prevalencia en niveles de educación básica y media), el estado civil (mayor prevalencia en el grupo de participantes que no tiene pareja o que ésta ha fallecido), la relación con la pareja y la familia de la pareja (mayor prevalencia en aquellos grupos donde las relaciones son regulares, malas o muy malas) y el motivo de consulta.

Se establece entonces que aquellas mujeres (estado civil) con problemas en su relación de pareja y familiar, nivel educativo básico y medio, y con enfermedades agudas son el grupo más vulnerable y el que más influye en la prevalencia de síntomas de depresión en esta población.

Los análisis estadísticos realizados pudieron ser constatados con el cociente de riesgo relativo, el cual permitió comprobar los factores de mayor influencia y las características de la población más vulnerable.

En consulta externa, estos resultados son un aporte al conocimiento de las características de la población de mujeres con edades entre los 20 y los 49 años. La alta prevalencia de síntomas de depresión, especialmente en la población con los factores más relacionados a ésta, debe tomarse en cuenta para identificar y valorar con mayor precisión posibles derivaciones a servicios de psicología.

Con la detección y seguimiento oportunos de síntomas depresivos se pueden reducir los problemas de salud mental a futuro, disminuyendo tratamientos médicos a largo plazo en servicios como psiquiatría, y se previene el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la depresión, y la repercusión en la familia.

También es importante considerar la subsecuencia de estas mujeres dentro de la consulta de medicina familiar, para valorar el seguimiento de las pacientes en los servicios de psicología o bien determinar la necesidad de derivar a segundo nivel de atención.

La detección de síntomas depresivos en mujeres dentro de este rango de edad, puede condicionar la afectación de la familia, por lo que destaca en la población con características más vulnerables la necesidad de solicitar atención a sus familias por posibles repercusiones en su dinámica.

La relevancia de este estudio radicó en la detección de síntomas depresivos en mujeres de 20 a 49 años de edad. Con los datos obtenidos y la entrevista dirigida a las mujeres, se detectaron casos de síntomas de depresión y ansiedad que no han llevado tratamiento médico específico y subsecuencia. Esto debido a que los síntomas se consideraron de menor importancia por la propia paciente o sus familiares, por lo que no acuden con su médico de cabecera, pensando que solo pasan por una mala época.

Dada las características señaladas en diversos estudios sobre la aparición de síntomas depresivos y la influencia de las relaciones personales y los aspectos dentro del hogar en su tratamiento y la recuperación de los pacientes, se recalca la importancia de evaluar la vida familiar de las mujeres que acuden a consulta externa de la UMF No.11, para identificar los posibles factores estresantes relacionados con su entorno y de esta manera brindar un tratamiento más específico a sus condiciones familiares.

## Referencias

1. Agrest A, et al. Factors in depression. *Revista de Medicina*. 1974;34(1): 516-520.
2. Alvarado-Esquivel C et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*. 2010;146(1):1-9.
3. Angst Jules. Epidemiología de los trastornos afectivos. *Salud Mental*. 1992;15(1): 1-5.
4. Baena ZA, Sandoval VM, Urbina TC, Helen JN, Villaseñor BS. Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*. 2005;6(11): 1-14.
5. Bao Y, Sturm R, Croghan, TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatric Services*. 2014;54(5):693-697.
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública de México*. 2004;46(5):417-424.
7. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*. 2013;55(1):74-80.
8. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry*. 1988;153: 298-304.
9. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2004;6(3),61-63.
10. Cárdenas E, Feria M, Vázquez J, Palacios L, Peña F. Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón

de La Fuente Muñiz; 2010. Disponible en:

[http://www.inprf-cd.gob.mx/guiascnicas/trastornos\\_afectivos.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiascnicas/trastornos_afectivos.pdf)

11. Castillo-Manzano RM, Arankowsky-Sandoval G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed.* 2008;19:128-136.
12. Escobar SG, Medina JLV. Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y salud.* 2014;15(2):257-262.
13. Fernández, FA. Claves de la depresión. 2001.
14. García Pacheco JÁ. Asociación entre la diabetes y la depresión, y factores sociodemográficos asociados en su comorbilidad [Tesis de maestría]. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2012.
15. González-Forteza C, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagner FA. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *salud pública de México.* 2008;50(4):292-299.
16. Goldberg, DP, Hillier, V. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine.* 1979;9(1):139-45.
17. Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud mental.* 2012;35(1): 57-62.
18. Lara MA, de Lourdes-Nieto M. (2014). Depresión en la Mujer en México. En: Corona-Vasquez T et al. (Editores). *La mujer y la salud en México.* México: Academia Nacional de Medicina; 2014. p. 257-272.

19. Luisa M, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, del Carmen M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44(5):409-414.
20. Martínez CM, Sepúlveda MAR. Introducción al análisis factorial exploratorio. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2012;41(1):197-207.
21. Misner SJT. The Influence of Social Environment Characteristics on Depressive Symptoms of Low-income Urban Mothers [Tesis doctoral]. Estados Unidos de América: University of Illinois at Chicago; 2012.
22. Muñoz RF. La depresión y la salud de nuestros pueblos. Salud Mental. 2005;28(4),1-9.
23. Muñoz MCE, Ramírez LAO, Sagarduy JLY. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud Mental. 2015;38(3):201-208.
24. Ostrowsky FS. (2000). ¡Toc, Toc! ¿Hay alguien ahí? Cerebro y conducta. Manual para usuarios inexpertos. México: Infored; 2000. Disponible en:  
[www.documentacion.edex.es/docs/0301ostcer.doc](http://www.documentacion.edex.es/docs/0301ostcer.doc)
25. r-project.org [Internet]. The R Foundation. [Consultado de 23 septiembre 2015]. Disponible en [www.r-project.org](http://www.r-project.org)
26. Rojas Gómez, M. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados. [Tesis de maestría]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
27. Thakore JH. Physical consequences of depression. Wrightson Biomedical Publishing; 2001.

28. Villalobos-Galvis FH, Ortiz-Delgado L. Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2012;30(2):328-340.
29. Villizhañay D, Diego J (2014). Prevalencia de depresión y factores relacionados en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Vicente Corral Moscoso [Tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011.
30. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*. 2012;35(1):3-11.
31. World Health Organization. Women's mental health: An evidence based review; 2000 [Internet]. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/women\\_mh\\_evidence\\_review/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/women_mh_evidence_review/en/)
32. Zimmerman AJ. Health care utilization and depression in rural Mexican women [Tesis doctoral]. Estados Unidos de América: Adler School of Professional Psychology; 2014.



## **Anexo A**

### **Encuestas**

El siguiente instrumento tiene como objetivo principal detectar síntomas de depresión en mujeres con edades entre los 20 y 49 años en la Consulta Externa de la UMF No. 11, para determinar su prevalencia e impactar positivamente la atención.

Por favor lea detenidamente cada pregunta y las distintas opciones de respuesta. En la mayor parte de los casos para contestar solo debe marcar una de las opciones.

#### **A.1 Datos demográficos**

- Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_
- Lugar de residencia (comunidad): \_\_\_\_\_
- Colonia o Barrio: \_\_\_\_\_
  
- Trabaja:    Sí    No
- Se siente satisfecha con su trabajo:    Sí    No
- ¿Cómo considera el ambiente en su trabajo?    Muy bueno    Bueno    Regular    Malo
  
- Estado civil:    Casada    Separada    Divorciada    Viuda    Soltera    Unión libre
- Si tiene pareja, ¿tiene su pareja trabajo?    Sí    No
- ¿Vive su pareja con usted?    Sí    No
  
- Número de hijos: \_\_\_\_\_
- Edad de su hijo mayor: \_\_\_\_\_
- Edad de su hijo menor: \_\_\_\_\_

Las siguientes frases indican distintas maneras de sentirse. Por favor indique la frecuencia con que Usted se ha sentido de estas maneras en la semana pasada. Las respuestas posibles, son las siguientes:

- 0 = raramente o nunca (menos de un día)
- 1 = alguna o pocas veces (1-2 días)
- 2 = ocasionalmente o una cantidad moderada (3-4 días)
- 3 = la mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)

<b>Durante la semana pasada</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
1.Me molestaron cosas que usualmente no me molestan				
2.No me sentía con ganas de comer - tenía mal apetito				
3.Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos				
4.Sentía que yo era tan buena como cualquier persona				
5.Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
6.Me sentía deprimida				
7.Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8.Me sentía optimista sobre el futuro				
9.Pensé que mi vida había sido un fracaso				
10.Me sentía con miedo				
11.Mi sueño era inquieto				
12.Estaba contenta				
13.Hablé menos de lo usual				
14.Me sentí sola				
15.La gente no fue amistosa				
16.Disfruté de la vida				
17.Pasé ratos llorando				
18.Me sentí triste				
19.Sentía que no le caía bien a la gente				
20.No tenía ganas de hacer nada				

- ¿Tiene alguna deuda?            Sí            No
  
- ¿Está preocupada por su deuda?    Sí            No
  
- ¿En el último año se ha vuelto más difícil su vida?            Sí            No
  
- ¿Cree que la vida es injusta?            Sí            No
  
- ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- Considera que la relación con su pareja es:  
 Muy buena            Buena            Regular            Mala            Muy mala
  
- Considera que la relación con la familia de su pareja es:  
 Muy buena            Buena            Regular            Mala            Muy mala
  
- ¿Tiene alguna persona con la que puede platicar y la puede escuchar cuando usted lo necesita?  
                          Sí            No
  
- ¿Alguna persona le muestra amor y cariño?            Sí            No
- ¿Cuál persona le demuestra amor y cariño? \_\_\_\_\_
  
- ¿Hay alguien que le ayude con las labores de la casa si usted está enferma?            Sí            No
  
- ¿Tiene alguna persona que la comprenda y entienda sus problemas?            Sí            No
  
- ¿Tiene alguna persona a la que ama y la hace sentir querida?            Sí            No

- ¿Tiene algún problema médico?                      Sí                      No
  
- ¿A dónde va cuando tiene un ataque de nervios?
  - \_\_\_\_\_ Nunca ha tenido un ataque de nervios
  - \_\_\_\_\_ A ningún lado
  - \_\_\_\_\_ Tomo remedios caseros
  - \_\_\_\_\_ Hablo con una amiga o pariente
  - \_\_\_\_\_ Tomo pastillas
  - \_\_\_\_\_ Hablo con un doctor
  - \_\_\_\_\_ Hablo con un psicólogo
  - \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
  
- ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para la depresión?                      Sí                      No
  
- ¿Por cuánto tiempo ha recibido tratamiento? \_\_\_\_\_
  
- ¿Se encuentra satisfecha con el tratamiento? \_\_\_\_\_
  
- ¿Cuál es el motivo de consulta el día de hoy?
  - \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial Sistémica.
  - \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus
  - \_\_\_\_\_ Supervisión de embarazo
  - \_\_\_\_\_ Faringitis
  - \_\_\_\_\_ Diarrea
  - \_\_\_\_\_ Trastornos del metabolismo (Hiperlipidemia).
  - \_\_\_\_\_ Insuficiencia Renal Crónica
  - \_\_\_\_\_ Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores

\_\_\_\_\_Dorsalgia

\_\_\_\_\_Radiculopatías

\_\_\_\_\_Otra: \_\_\_\_\_

- ¿Cuál es su fecha de última menstruación? \_\_\_\_\_
- ¿Está usted embarazada?                      Sí                      No
- En caso de estar embarazada, ¿cuántas semanas de gestación tiene? \_\_\_\_\_

<b>Escala de EADG</b>	<b>Sí/No</b>
<b>Subescala 1</b>	
1. ¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupada por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
<b>Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar evaluando.</b>	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupada por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormida?	
<b>TOTAL</b>	

<b>Subescala 2</b>	<b>Sí/No</b>
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted misma?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzada, sin esperanzas?	
<b>Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.</b>	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted lenta?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
<b>TOTAL</b>	

## Anexo B

Escala para la evaluación del instrumento CES-D

<b>Durante la semana pasada</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.Me molestaron cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3
2.No me sentía con ganas de comer - tenía mal apetito	0	1	2	3
3.Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aun con la ayuda de mi familia o amigos	0	1	2	3
4.Sentía que yo era tan buena como cualquier persona	3	2	1	0
5.Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6.Me sentía deprimida/deprimido	0	1	2	3
7.Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8.Me sentía optimista sobre el futuro	3	2	1	0
9.Pensé que mi vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10.Me sentía con miedo	0	1	2	3
11.Mi sueño era inquieto	0	1	2	3
12.Estaba contenta/contento	3	2	1	0
13.Hablé menos de lo usual	0	1	2	3
14.Me sentí sola/solo	0	1	2	3
15.La gente no era amistosa	0	1	2	3
16.Disfruté de la vida	3	2	1	0
17.Pasé ratos llorando	0	1	2	3
18.Me sentí triste	0	1	2	3
19.Sentía que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20.No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3

## Anexo C

Evaluación de la escala de ansiedad-depresión de Goldberg

<b>Escala de EADG (Escala de ansiedad – depresión)</b>	<b>Sí/No</b>
<b>Subescala de ansiedad</b>	
10. ¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión?	
11. ¿Ha estado muy preocupada por algo?	
12. ¿Se ha sentido muy irritable?	
13. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar evaluando.	
Subtotal	
14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
16. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
17. ¿Ha estado preocupada por su salud?	
18. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormida?	
<b>TOTAL ANSIEDAD</b>	

≥4: Ansiedad probable



Escala de ansiedad- depresión de Goldberg

<b>Subescala de depresión</b>	Sí/No
10. ¿Se ha sentido con poca energía?	
11. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
12. ¿Ha perdido la confianza en usted misma?	
13. ¿Se ha sentido desesperanzada, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar evaluando.	
Subtotal	
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de falta de apetito)	
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
17. ¿Se ha sentido usted enlentecida?	
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
<b>TOTAL DEPRESIÓN</b>	

≥ 2: Depresión probable

## Anexo D



**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**

Lugar y fecha: Tapachula, Chiapas \_\_\_\_\_

Nombre del estudio:

**Detección de síntomas de depresión en mujeres de 20 a 49 años en la consulta externa.**

Número de registro: \_\_\_\_\_

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar la prevalencia de síntomas de depresión en mujeres de 20 a 49 años, para impactar positivamente la atención en consulta externa.

Procedimientos:

No amerita realización de procedimientos

Posibles riesgos y molestias:

No hay riesgo involucrado en la aplicación del instrumento.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Un impacto positivo a futuro en la atención en consulta externa en caso de pertenecer a la población sobre la cual se determine existe mayor riesgo de presentar síntomas

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados serán analizados para establecer información de prevalencia y situaciones asociadas al desarrollo de síntomas de depresión.

Participación o retiro:

La participación y el retiro son voluntarios

Privacidad y confidencialidad:

No se relacionará el nombre de la paciente con los resultados del estudio.

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

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

No autorizo que se tome la muestra.

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

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Un impacto positivo a futuro en la atención en consulta externa

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

Investigador Responsable:

Dra. Guadalupe Feliciano Cabrera Rodríguez

Colaboradores: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso d  
emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio Cel. 9621524651

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

\* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

**Clave: 2810-009-013**