



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN  
SUBSECRETARIA DE EDUCACIÓN ESTATAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
“UNIVERSIDAD DEL SURESTE”**



**LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA  
CAMPUS TUXTLA GUTIÉRREZ**

---

---

**“CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO  
DEPRESIVO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL  
SAN AGUSTIN, TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS, 2020”**

**PROTOCOLO  
DE  
INVESTIGACIÓN**

**DOCENTE: MARCO A. GORDILLO BENAVENTE**

**PRESENTAN INTEGRANTES DEL SÉPTIMO SEMESTRE:**

CEBALLOS SALAS AXEL GUADALUPE  
ESPINOSA SARAUS ITZEL VALERIA  
RAMOS AQUINO JOHARY GUADALUPE

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

JUNIO DE 2020

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno de depresión como enfermedad existente tiene la manera de manifestarse de una forma notable y específica debido a que la presentación es asertiva. “Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas con una sintomatología específica, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico conductual cognitivo y asertivo”. (Rojas, 2006)

El hecho del suicidio femenino es debido a que este trastorno afecta más al sexo femenino complicando o haciendo casi imposible el manejo de este padecimiento. “La depresión afecta más a la mujer que al hombre y en el peor de los casos, puede llevar al suicidio. La depresión 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”. (OMS, 2020, s.p).

El trastorno depresivo trae consigo problemas de autoestima, falta de interés sobre las actividades cotidianas, produce cansancio, pérdida de sueño y del apetito, todo esto constituyen factores de fortalecimiento para el desarrollo y evolución de dicha patología.

El hecho de tratar este trastorno se vuelve casi imposible si se habla desde el punto de vista monetario, hay diversidad de factores que influyen en las personas que tienen este padecimiento, como se menciona la falta de recursos y del personal especializado en el manejo, zona, estatus socioeconómicos. “La depresión es una enfermedad de ocurrencia mundial, que puede afectar a la población en general, es decir de todas las razas, posición económica y social, género y cualquier edad, incluyendo a pacientes pediátricos”. (Ibídem, s.p).

“Entre los obstáculos para una atención eficaz de la depresión se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta”. Es decir que en países como México y su entidad federativa Chiapas se tienen estos obstáculos para enfrentar de manera efectiva a la depresión. (ONU, 2020, s.p).

El hecho de desarrollar un cuadro de depresión puede tener diferentes causas que afecten el estado del ánimo del paciente. La depresión se vuelve concomitante en pacientes con padecimientos primarios. “La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Personas que han pasado por circunstancias vitales adversas como

desempleo, luto, traumatismos psicológicos, etc., 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". (Ibídem, s.p).

Como se ha mencionado el hecho de que una persona no tenga la solvencia económica para poder costear el manejo de la enfermedad arroja un porcentaje muy abajo del 50% de acceso a un médico especializado en el área. "Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa". (OMS, 2020, s.p).

"Actualmente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento" según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de esta cifra sólo una pequeña minoría recibe tratamiento farmacológico básico.

Otro dato de importancia es que "A nivel mundial desde el año 2000, los análisis realizados ponen de manifiesto que el trastorno depresivo representa una enorme carga para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades, siendo responsable de una gran parte de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la causa principal de años de vida perdidos por discapacidad (APD)". (OMS, 2020, s.p).

Estas estimaciones demuestran claramente el alto nivel de carga atribuible hoy día a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías.

Cada año aumentan los valores de personas que presentan esta problemática y son pacientes jóvenes lo que conlleva a volverla una de las principales discapacidades y suicidio en México. "En el presente año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD y APD". (Heinze, Camacho, 2010, s.p).

Este trastorno tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. (INSP, 2020, s.p).

Respecto al panorama en México los datos más recientes muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de

que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. (Heinze, Camacho, 2010, s.p).

Las patologías psiquiátricas son generalmente discapacitantes y en numerosos casos de desenlace fatal, “Entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, y la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”. (Ibídem, s.p).

En México, de las personas que padecen un trastorno mental son pocas las reciben tratamiento, los restantes tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. (Ibídem, s.p).

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad. (Ibídem, s.p).

En México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. 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. (Shoshana, Lara, Robles, Mora, 2013, s.p).

Estudios epidemiológicos hecho en los estados que conforman la republica Mexicana un bajo porcentaje de las personas toman antidepresivos para tratar este padecimiento. “El INEGI documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace”. (INEGI, INMUJERES, 2016, s.p).

Respecto al género más afectado por la depresión se cree que son las personas de sexo femenino y según datos oficiales “... al ser las mujeres la más afectadas las ideaciones suicidas son cumplidas por ellas que en los varones. En

este indicador la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres”. (INEGI, INMUJERES, 2016, s.p).

En el Estado de Chiapas, una de las 32 entidades federativas que conforman a la República Mexicana, la depresión según datos epidemiológicos de la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín, ubicada en el municipio de Tuxtla Gutiérrez en el año 2017 en los meses de enero a Octubre la tasa de prevalencia global de trastorno depresivo en hombres y mujeres que acudieron a consulta externa fue alta. (SSA, 2017, s.p).

Por lo antes expuesto es notoria la existencia de un vacío de información en torno a la depresión y las características comunes entre los individuos que la padecen, como son el grupo de edad al que pertenece, profesión, ocupación, estado civil, enfermedades paralelas, haciendo más difícil la detección oportuna de esta patología en ocasión de una consulta de primera vez. (Ibídem, s.p).

Los resultados de identificar las características comunes entre las personas diagnosticadas de forma positiva para este trastorno serán determinantes para confirmar la presencia, los niveles de gravedad y posteriormente la comparación en el incremento o disminución de la cantidad de personas con esta patología en años posteriores.

Ante el panorama expuesto sobre la depresión como patología mental, surgen las siguientes preguntas de investigación.

¿Cuáles son las características comunes entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo que acuden a consulta de primera vez y subsecuentes en la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín, en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el año 2020?

## **JUSTIFICACIÓN**

Respecto a la población vulnerable, es preciso mencionar que la depresión es una enfermedad de ocurrencia mundial, que puede afectar a la población en general, es decir de todas las razas, posición económica y social, género y cualquier edad, incluyendo a pacientes pediátricos. (OMS, 2020).

“Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas en el mundo, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en el mundo”. (Ibídem, s.p).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedades, es una de las principales causas de discapacidad, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. (Shoshana, Lara, Robles, Mora, 2013, s.p).

En cuanto a la viabilidad o factibilidad de la presente investigación, cabe mencionar que si se dispone de los recursos necesarios tanto financieros, materiales y humanos para efectuarla, así como la facilidad y las condiciones para la obtención de la información oficial necesaria para realizarla sin contratiempos.

Las patologías psiquiátricas son discapacitantes y en numerosos casos de desenlace fatal, “Entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, y la depresión ocupa el primer lugar; de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de población la padece”. (Heinze, Camacho, 2010, s.p).

“En México el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los restantes tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno”. (Ibídem, s.p).

Una vez expuesto lo anterior, este protocolo de investigación se justifica en los siguientes rubros.

### **Académica**

El siguiente protocolo de investigación pretende realizar un estudio en el que la aportación académica consiste en establecer a la patología mental denominada depresión, como una enfermedad relacionada con cualquier grupo

de edad y de género, y para lograr un diagnóstico precoz y establecer un tratamiento oportuno.

## **Científica**

A nivel mundial se reconoce un aumento en la cantidad de personas con depresión incrementándose con esto la discapacidad del individuo en cualquier edad o incluso el número de suicidios.

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la población humana es la depresión que es considerada como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, además de tener implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

La depresión es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde hace ya varios años, por lo que esta investigación contribuirá a describir con mayor precisión el fenómeno, sus características y circunstancias comunes entre personas deprimidas.

Ya que las cifras estadísticas muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, pues la incidencia y prevalencia de la depresión se han incrementado.

Se pretende contribuir a la disminución de personas diagnosticadas con esta patología al proporcionar a los profesionales de la salud los conocimientos necesarios para coadyuvar a la realización de un diagnóstico precoz y tratamiento de primer contacto a la población usuaria de los servicios de salud a fin de canalizarlo al área de atención correspondiente, contribuyendo de esta manera a disminuir la morbimortalidad provocada por esta patología.

“A nivel mundial desde el año 2000, los análisis realizados ponen de manifiesto que el trastorno depresivo representa una enorme carga para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades, siendo responsable del 4.4% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la causa principal de años de vida perdidos por

discapacidad (APD), lo que nos da una idea de la magnitud del problema. (OMS, 2020, s.p).

En el presente año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD y APD. (Heinze, Camacho, 2010).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. (Shoshana, Lara, Robles, Mora, 2013).

## **Social**

La trascendencia social de esta investigación se centra en disminuir los daños que genera la depresión en el proyecto de vida de las personas en cualquier etapa de su vida, y su entorno poblacional, laboral, familiar y las relaciones de pareja que son frecuentemente afectadas de forma negativa o en los padres depresivos en los que se ha asociado el desarrollo de una crianza negligente y perturbaciones significativas de sus hijos, al generar y compartir información relevante al respecto.

La organización mundial de la salud (OMS) expone que cada año se suicidan cerca de 800,000 personas en el mundo, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años en el mundo. (OMS, 2020, s.p).

## **Económica**

Las consecuencias económicas anuales que produce la depresión se estima en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EEUU. Esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, y un incremento en la utilización de servicios de salud. (Argüello, 2016, s.p).

La depresión es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de las personas que la padecen, generando un alto costo al sistema de salud y gastos catastróficos personales y familiares.

Su relevancia clínica y de salud pública ha sido reiteradamente demostrada, poniendo en evidencia los altos costos generados por la discapacidad que genera y la disminución en la productividad nacional en el producto interno bruto, PIB.

La presente investigación contribuirá a disminuir los elevados costos de atención tardía de esta patología, al enfatizar la importancia y el manejo del diagnóstico precoz del paciente con depresión.

Dentro de este contexto la depresión como trastorno mental o del comportamiento afecta en el mundo a aproximadamente más de 300 millones de personas, de los cuales menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y es probable que una de cada cinco personas llegue a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. (OMS, 2020, s.p).

Las consecuencias económicas anuales que produce la depresión se estima en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EEUU. Esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, y un incremento en la utilización de servicios de salud. (Argüello, 2016, s.p).

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar las características comunes entre los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo que acuden a consulta de primera vez y subsecuentes en la Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín, en el municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el año 2020.

### **ESPECÍFICOS**

- Precisar el lugar de procedencia del paciente diagnosticado con trastorno depresivo.
- Identificar hábitos del paciente diagnosticado con trastorno depresivo respecto de su estilo de vida, como determinante de la salud.
- Identificar algunas condiciones del ambiente donde reside el paciente diagnosticado con trastorno depresivo.
- Precisar el tipo de ocupación de los pacientes y la frecuencia con que se presenta el trastorno depresivo.
- Precisar la posición socioeconómica de la familia o del paciente diagnosticado con trastorno depresivo.
- Identificar en que grupo etario se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo.
- Identificar a que género corresponde la mayor frecuencia de ocurrencia del trastorno depresivo.
- Precisar el estado civil al que corresponde el paciente y la frecuencia con que se presenta el trastorno depresivo.

## MARCO TEÓRICO

### ESTUDIOS PREVIOS A LA INVESTIGACIÓN

En el estudio denominado “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá” realizado por Ana M. Salazar, *et al.*, en el año 2014, el objetivo consistió en estimar la prevalencia de depresión en un muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial asociados.

Respecto al material y métodos este estudio se realizó de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario Predict.

Los resultados de esta investigación revelaron que el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años, y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64).

Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente.

Por otra parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. (Salazar, *et al.*, 2014, s.p).

En otro estudio denominado “Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana” realizada por Carlos Gómez Restrepo, *et. al.*, en los años 2000 – 2001, en Colombia, el objetivo fue analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000 y 2001.

Para alcanzar este objetivo se utilizó un tipo de estudio descriptivo de corte transversal se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 1 116 adultos de 18 años de edad o más de uno u otro sexo que residían en viviendas particulares seleccionadas mediante un muestreo representativo

nacional polietápico, estratificado según el grado de urbanización del área incluida en el muestreo.

La depresión se clasificó en breve, subclínica o clínica (leve, moderada o grave) en los 30 días y los 12 meses previos a la entrevista. Se calcularon las frecuencias simples y estratificadas por la edad y el sexo.

Los resultados encontrados indicaron que de las personas estudiadas, 10,0% presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años.

Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad. (Restrepo, *et. al.*, 2004, s.p).

En un estudio denominado “Evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios” realizado por Patricia Balcázar Nava, *et al.* En México en el año 2007, el objetivo fue diferenciar entre la tristeza y una depresión clínica según las manifestaciones tanto somáticas como intelectuales presentes en algún momento de la vida.

En material y método. Se estudió un total de 476 estudiantes de ambos géneros de edades entre 15-20 años. Se utilizó el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo, elaborado por Calderón-Narváez.

Los resultados indicaron mayor participación del género femenino; se registró un intervalo de edad entre 15-17 años y, por ende, los participantes se situaron en la categoría «vivo con mis padres». La muestra indicó que de los estudiantes 62.4% no presentan depresión, el 10.5% se mostraron ansiosos, 26.3% tienen depresión incipiente o de mediana intensidad y, finalmente, 0.8% fueron diagnosticados con «estado severo de depresión» (Nava, *et al.*, 2007, s,p).

El estudio denominado “Prevalencia de depresión en dos poblaciones de ancianos de Durango, México” realizado por Cosme Alvarado Esquivel, Ana Berthina Hernández Alvarado y Karina Rodríguez Corral, en la Facultad de

Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango, fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo para determinar la prevalencia de depresión en dos poblaciones de ancianos de Durango, México. Además determinar si alguna característica sociodemográfica de los ancianos se asociaba con la depresión.

Se estudiaron 280 ancianos incluyendo 155 residentes de dos hogares de ancianos y 125 alumnos de la Escuela de la Tercera Edad. Todos los participantes fueron examinados mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) de 30 preguntas<sup>10-12</sup> y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés).

Se obtuvieron datos sociodemográficos de cada participante y los resultados revelaron que la depresión en los ancianos fue común, y la prevalencia de depresión fue significativamente más alta en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad que en residentes de hogares de ancianos (56.8% vs 41.3%, respectivamente).

La severidad de la depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad fue como sigue: 33.6% tenían depresión leve, 15.2% sufrieron depresión moderada, y 8.0% sufrían depresión severa. Mientras que en los residentes de hogares de ancianos se encontró una prevalencia de depresión leve de 26.5%, de depresión moderada 7.1%, y de depresión severa 7.7%.

Además, se encontró que los residentes que vivieron más de cinco años pero menos de 10 en los hogares de ancianos mostraron una frecuencia significativamente más baja de depresión que aquellos quienes vivieron cinco años o menos en los hogares de ancianos. Es posible que los ancianos hayan sufrido de depresión en los primeros años de su estancia en los hogares por decepción de haber sido separados de sus familias, incluso algunos son obligados a residir en estos hogares.

La prevalencia de depresión en residentes de hogares de ancianos de Durango, México, es comparable con aquellas halladas en algunos países desarrollados; 14-16 mientras que la prevalencia encontrada en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad no pudo ser comparada con otras debido a carencia de informes. (Esquivel, 2004, s.p).

En un estudio denominado "Síntomas depresivos y sobrecarga de los familiares de pacientes deprimidos hospitalizados en el CAISAME estancia breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental" realizado por Calderón-Rivera D. et al., el

objetivo fue detectar síntomas de depresión, sobrecarga y el autocuidado en familiares del paciente deprimido que han sido hospitalizados en CAISAME Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental y analizar la influencia variables clínicas con la presencia de síntomas depresivos, sobrecarga del cuidador y autocuidado.

Para ello como material y métodos se trabajó con 62 familiares de pacientes con depresión, se les aplicó: la Escala de depresión de Beck, Escala abreviada de Zarit y la escala de Apreciación Agencia de Autocuidado, a fin de evaluar sintomatología depresiva y sobrecarga del cuidador en los familiares de pacientes con depresión.

Los resultados obtenidos fueron que 17 (27.41%) de los cuidadores presentaron síntomas depresivos, dicha sintomatología se relacionó con el tiempo que cuidaron a sus familiares deprimidos; 14 (22.58%) presentan sobrecarga intensa y estuvo relacionada con el mal funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos y 25 (40.32%) reportaron que los pacientes tenían un autocuidado insuficiente. (Calderón, *et al.*, 2019, s.p).

## **CONCEPTO DE DEPRESIÓN**

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos.

Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Sudupe, *et al.*, 2006, s.p).

## **CONSIDERACIONES SOBRE LA DEPRESIÓN**

La depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad, con consecuencias económicas anuales de

miles de millones de euros, dólares y pesos en los diferentes países del mundo.

Esta enfermedad contribuye a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional, discapacidad marcada y un incremento en la utilización de servicios así como incremento en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas.

La importancia de la revisión de la historia natural de la enfermedad es que nos aproxima a un mejor entendimiento de esta patología abordando diferentes aspectos de la misma como la prevalencia, edad de inicio de la enfermedad, el curso de la depresión, su pronóstico y finalmente el impacto de la depresión en la mortalidad de los pacientes que la padecen. (Nicanor, 2010, s.p).

## **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON LA DEPRESIÓN**

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales. (Shoshana, Lara, Robles, Mora, 2013, s.p).

Por ende, su estudio requiere de múltiples aproximaciones. Sin dejar de reconocer la importancia de analizar los avances en el campo de las neurociencias y la genética, que han proporcionado bases para corregir la división mente-cuerpo que constituyó una barrera para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta, el presente trabajo se enfocará en el análisis de los factores psicosociales asociados con la depresión que pueden tener implicaciones para las políticas públicas.

En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración.

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva.

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que una proporción importante de la población nacional ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género.

Las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Por su parte, los hombres experimentaron más atracos con arma y accidentes; también fueron testigos, en mayor proporción que las mujeres, de muerte o lesiones a una persona, sufrieron más secuestros y mataron accidentalmente a otro en un porcentaje mayor.

Una proporción de estas personas desarrolló estrés post traumático (2.3% de las mujeres y 0.5% de los hombres) y alrededor de 20% de personas que han sufrido uno o más eventos violentos, presentaron un cuadro de depresión.

Las constantes crisis económicas y sociales que se han vivido en México han tenido como consecuencia que, entre las principales fuentes de preocupación cotidiana, se encuentren las relacionadas con problemas financieros, y que términos como “sufrimiento” y “tristeza” sean muy utilizados para dar cuenta de este tipo de preocupaciones.

En este sentido, si bien no hay diferencias significativas por nivel socioeconómico en la prevalencia de trastornos depresivos, la población que vive en condiciones de pobreza presenta una depresión más grave que aquella que se encuentra en mejores condiciones económicas. (Ibídem, s.p).

## **CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO**

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. (Ibídem, s.p).

La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).

Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior y en países como

Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México.

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.

Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis.

Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.

De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.

En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años.

Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración.

Estudios con población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con aquéllos de distimia.

Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se

relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores.

Entre quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros. En esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad.

En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad.

De acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones.

Resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario. (OMS, 2020, s.p).

Otro grupo que merece especial atención son las mujeres con depresión en etapa perinatal. La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé.

Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante.

De 5 a 25% de las mujeres padecen DPP<sup>20</sup> y se le considera la causa principal de enfermedad relacionada con discapacidad en mujeres, así como la complicación más común y más seria del parto.

En México ha sido poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor). (Shoshana, Lara, Robles, Mora, 2013, s.p).

## **COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**

La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo condiciones. (Ibídem, s.p).

La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión.

En las personas con diabetes el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no sufren esta condición; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces y para aquellas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces.

Del mismo modo, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, todas ellas condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo.

Asimismo es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas.

La literatura internacional indica que alrededor de la mitad de la población adulta con trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad; esta relación ocurre entre 25 y 50% de los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad.

Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas (alcohol o drogas) presenta también un trastorno afectivo. Si se considera solamente a las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, la comorbilidad es mayor a 50% (Ibídem, s.p).

## **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MÉXICO**

En México 15 de cada 100 habitantes sufre depresión, y la cifra podría ser

mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que tienen esta afección, que se manifiesta por un estado anímico de nostalgia profunda. (UNAM, 2019, s.p).

Casi seis millones de niños y adolescentes entre 12 y 22 años de edad sufren depresión, con sintomatología de irritabilidad y violencia. Otra población vulnerable son los adultos de más de 65 años, que debido a la falta de empleo, cambio de vida o pérdida de la pareja tienen una sensación de desesperanza. (Ibídem, s.p).

## **EDAD DE INICIO DE LA DEPRESIÓN**

El pico de edad de inicio del desorden depresivo es la cuarta década de vida, sin embargo, los primeros episodios pueden ocurrir a cualquier edad desde la niñez hasta la senectud, apreciándose que aquellos con depresión menor tienen cinco veces más riesgo de presentar depresión a edades más tempranas que aquellos sin esta sintomatología. (Nicanor, 2010, s.p).

Tondo, et al., realizó un amplio trabajo en 3014 pacientes reportando una media de edad de inicio para la depresión de 35.7 años. Eaton et al., realizó un estudio en 3481 adultos con un seguimiento aproximado de dos décadas con el fin de reportar las edades de inicio del desorden depresivo mayor, encontrando que la mayoría de casos se presentaban en la cuarta década de la vida y que el sexo femenino, historia previa de abuso de alcohol, drogas, o ataques de pánico incrementaban el riesgo de inicio de esta enfermedad a edades más tempranas.

Los pacientes con edades de inicio tempranas tienen depresión más severa y recurrente, con mayor discapacidad funcional asociada (nunca casarse, pobre calidad de vida, visión negativa de la vida y de sí mismo) y comorbilidad médica y psiquiátrica (visión negativa de la vida y de sí mismo, más episodios depresivos e intentos de suicidio), comparados con aquellos de edad de inicio mayor de trastorno depresivo mayor.

Zisook et al., en un estudio con 1500 participantes con desorden depresivo mayor encontró que aquellos pacientes con inicio en la pre adultez (antes de los 18 años) tenían mayores tasas de historia de depresión e ideación suicida que aquellos con inicio en la adultez.

Del mismo modo, Yates et al., reporta que aquellos pacientes varones con edades de inicio más temprano tienen mayor tendencia a no tener hijos que aquellos con edades de inicio en la adultez.

Los niños con depresión tienen un mayor número de episodios y de mayor duración de los episodios, incremento de ideas suicidas, necesidad de hospitalización y tiempo de tratamiento que aquellos con inicio en la adultez. En adolescentes se ha visto que las edades de inicio más tempranas se observan mayormente en mujeres con una relación de 2:1 con respecto a los varones y en un contexto de alteraciones afectivas parentales y baja autoestima.

En los adultos mayores, la depresión es un desorden común, con consecuencias bien documentadas en el bienestar, funcionamiento diario, mortalidad y utilización de servicios. Beekman realiza un amplio estudio en adultos mayores entre los 55 a 85 años, encontrando una media de edad de 71.8 años, con una severidad constante por encima del percentil 85 en el seguimiento por seis años.

También se ha visto en este grupo etario que la depresión se acompaña de disfunción cerebral difusa a comparación de los pacientes más jóvenes con depresión. Esto podría deberse a enfermedad vascular, enfermedad de Alzheimer u otro tipo de patología cerebral. (Ibídem, s.p).

## **TIPOS DE DEPRESIÓN**

Se han descrito los siguientes tipos de Depresión:

**Trastorno Depresivo Mayor.-** Es el más característico y el que concentra la mayoría de síntomas. Cuando el paciente se muestra extremadamente apático y con inhibición psicomotriz, se habla también de melancolía; en los casos más graves conduce al estupor depresivo. En el que el paciente se encuentra inmóvil e incluso puede rechazar comer o beber. (Martí, *et al.*, 2016, s.p).

Existe un subtipo en el que aparecen trastornos delirantes, es decir creencias firmemente sostenidas pero sin fundamentos adecuados. Los delirios suelen ser de culpa o ruina.

**Distimia.-** Se distingue por su cronicidad, la inestabilidad del humor, la fuerte ansiedad y la fluctuación del estado de ánimo. La baja autoestima y la desesperanza son también características de la distimia.

**Trastorno ansioso-depresivo.-** Es una mezcla de ansiedad y depresión, en general moderada.

**Depresión Atípica.-** Se caracteriza por gran reactividad del estado de ánimo a situación diversas, con marcada ansiedad y síntomas depresivos” invertidos”: empeoramiento por las tardes, aumento de apetito e hipersomnia

**Trastorno afectivo estacional.-** Aparece de forma regular y repetida, coincidiendo con cambios estacionales, en general, en otoño e invierno, y asociado a los cambios lumínicos. Somnolencia excesiva, apetencia por los hidratos de carbono junto con los síntomas típicos de la depresión, destacando la fatiga.

**Trastorno Bipolar.-** Implica la existencia d episodios depresivos graves alternados por otros de exaltación de las funciones mentales (“manía”), consistente en aceleración del pensamiento, hiperactividad, gastos descontrolados, insomnio e irritabilidad.

**Ciclotimia.-** Manifestaciones leves e imprevisibles con cambios frecuentes de estado de ánimo (de la euforia a la tristeza) en varios días, sin motivo aparente; son sujetos muy inestables. Es difícil diferenciarla de los cambios normales. (Ibídem, s.p).

## **HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESIÓN**

La depresión son trastornos que se caracteriza de 5 o más síntomas siguientes que han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer. (DSM-V, 2018, s.p).

De acuerdo en el DSM-V, los trastornos depresivos mayores se caracterizan por la presencia de síntomas emocionales o conductuales en el contexto de uno o

más estresantes psicosociales definidos.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la Clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. (Ibídem, s.p).

## **PERIODO PREPATOGÉNICO DE LA DEPRESIÓN**

La depresión es un trastorno, ya sea desde la psicopatología o desde la psiquiatría, la psiquiatría la describe como trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. (Ibídem, s.p).

Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

El término en psicología hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas.

La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas).

Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto.

Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión).

Es decir, en este sentido la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto, como un aprendizaje des adaptativo.

## **AGENTE CAUSAL**

No existe un agente causal como los microorganismos, sin embargo la supresión de hormonas, la deficiencia de dopamina, vivencias de situaciones desagradables, tristezas o de algo que afecte de manera radical de la vida, son responsables de causar depresión en el ser humano.

## **HUÉSPED**

Persona en la que habita el padecimiento o enfermedad.

## **AMBIENTE**

Hace referencia al lugar donde se desarrolla la patología y la época en la que se esté viviendo en este fenómeno y a la alteración del equilibrio.

## **PERIODO PATOGENICO**

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)**

- *Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.*
- *Supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse.*
- *La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento,*

*sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.*

- *Estado de ánimo deprimido*
- *Pérdida del disfrute y del interés*
- *Una forma de pensar negativa acerca de la propia persona, de los demás, del pasado y del futuro*
- *Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida*
- *Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.*
- *Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria.*
- *En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia.*
- *Ansiedad con irritabilidad o agitación.*
- *Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.*
- *Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.*
- *Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales. Es muy frecuente la inapetencia sexual, que puede dificultar las relaciones de pareja.*
- *Realizar actividades placenteras y/o obligatorias. (Ibídem, s.p).*

## **PATOLOGÍA**

La depresión es un trastorno, ya sea desde la psicopatología o desde la psiquiatría.

La psiquiatría la describe como trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o

permanente.

## COMPLICACIONES

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Aproximadamente el 15% de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso crónico.

Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- *Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.)*
- *El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.*
- *Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican. (Ibídem, s.p).*

## RECAÍDAS

Los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor y el trastorno distímico) son enfermedades con tendencia a la recaída.

Se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida.

Un 50% presentará un segundo episodio ya en los dos primeros años tras la recuperación.

A mayor número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída. Cuanto más tiempo esté un paciente sin síntomas más probable es que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

## **SUICIDO**

Los suicidios, y especialmente los intentos de suicidio, son una complicación frecuente en la depresión. Algunos datos relevantes al respecto serían éstos:

Las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 30 veces superior a la población general. Aproximadamente un 15% de los pacientes que padecen una depresión realizan algún intento de suicidio.

Si bien no siempre es posible prever el suicidio, tienen mayor riesgo suicida: las personas mayores de 60 años, los varones, las personas no creyentes, las personas viudas, las personas que están en el paro, las personas jubiladas, las personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades, las personas sometidas a estrés y aquellas que padecen aislamiento social.

La presencia de ansiedad intensa y/o la existencia de sentimientos de culpa y/o de desesperanza deben ser consideradas como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio. (Ibídem, s.p).

## **PREVENCIÓN PRIMARIA**

### **PROMOCIÓN A LA SALUD**

La prevención primaria en el tema de promoción a la salud se constituye en dos aspectos muy importantes:

- *Campañas de prevención.*
- *Campañas para tener una alta autoestima.*

## **RECOMENDACIONES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Para la OMS, los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera adecuada y ofreciendo la siguiente información:

## RECOMENDACIONES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

- *Los médicos de familia y pediatras de atención primaria deberían tener una adecuada formación que les permitiese evaluar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica.*
- *Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana.*
- *Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos.*
- *El diagnóstico de depresión mayor debe realizarse mediante entrevista clínica. Los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual.*
- *No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la población general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del cribado.*
- *Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres.*
- *En niños mayores de 8 años y adolescentes, uno de los cuestionarios más utilizados y validado en castellano es el CDI. En adolescentes, se recomienda la utilización de cuestionarios auto aplicados y validados en nuestro entorno que permitan una detección precoz de síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para un diagnóstico completo es necesario realizar una entrevista clínica. (OMS, 2020, s.p).*

## PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Se Logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40% (rango 7-70%) sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico como las escalas. Los pacientes con los cuadros menos severos y más jóvenes son los

menos detectados, un estudio encontró no detectan un caso probable de depresión por cada 28.6 consultas.

Su reconocimiento está directamente relacionado con la severidad del cuadro clínico (a mayor severidad, mayor probabilidad de ser detectado), el tiempo de evolución (a menor tiempo, menor probabilidad), duración de los episodios previos (entre más cortos, menor probabilidad) y moderado por la severidad de los síntomas ansiosos concomitantes.

La relación entre severidad y reconocimiento esta mediada únicamente por el estar desempleado, lo que incrementa la sensibilidad. (DSM-V, 2018, s.p).

## **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

Los síntomas psicopatológicos más frecuentes son los depresivos. Asimismo, los trastornos depresivos son la tercera psicopatología más común, con una prevalencia vital entre el 2 y el 25%.

Estos problemas colapsan los Centros de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental. Entre un 15 y un 40% de los pacientes de los Centros de Atención Primaria presentan trastornos psicológicos, y un 25% de ellos depresión.

La proliferación de abordajes psicoterapéuticos para tratar la depresión es abrumadora, pero no todos están suficientemente avalados con estudios científicos.

Tras una revisión exhaustiva, se puede concluir que las psicoterapias que mejor han probado su eficacia para la depresión son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la interpersonal y que el formato grupal es tanto o más eficaz que el individual, aunque es más efectivo y eficiente. (Ibídem, s.p).

## **DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

- *No hay un examen de laboratorio que pueda diagnosticarlo.*
- *Evaluación psicológica e integral con el psiquiatra.*
- *Anamnesis e historia clínica.*
- *Tratamiento depresivo y terapias.*

## **CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Al ser el trastorno depresivo mayor el nivel más complejo de gravedad de la depresión los criterios diagnósticos más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (Ibídem, s.p).

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39).

La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

*F32.0 Episodio depresivo leve*

*F32.1 Episodio depresivo moderado*

*F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*

*F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos*

*F32.8 Otros episodios depresivos*

*F32.9 Episodio depresivo, no especificado*

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

- *Ánimo depresivo*
- *Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar*
- *Aumento de la fatigabilidad*

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10**

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy

destacados y adquirir un significado clínico especial.

Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- *Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.*
- *Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.*
- *Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.*
- *Empeoramiento matutino del humor depresivo.*
- *Presencia de enlentecimiento motor o agitación.*
- *Pérdida marcada del apetito.*
- *Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.*
- *Notable disminución del interés sexual. (CIE-10, 2020, s.p).*

## **CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10**

A. Criterios generales para episodio depresivo

- *El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.*
- *El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.*

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- *Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.*
- *Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.*
- *Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.*

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma

total sea al menos de cuatro:

- *Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.*
- *Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.*
- *Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.*
- *Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.*
- *Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.*
- *Alteraciones del sueño de cualquier tipo.*
- *Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.*

D. Puede haber o no síndrome somático. (Ibídem, s.p).

### **EPISODIO DEPRESIVO LEVE F32.0**

Están presentes generalmente dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. (Ibídem, s.p).

### **EPISODIO DEPRESIVO MODERADO**

Están presentes generalmente al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. (Ibídem, s.p).

### **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE**

Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. (Ibídem, s.p).

Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. (Ibídem, s.p).

En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (Ibídem, s.p).

## **TRATAMIENTO OPORTUNO**

Identificar los síntomas, acudir a un tratamiento temprano con un médico, psiquiatra o psicólogo para evitar secuelas

- *Tratamiento farmacológico.*
- *Psicoterapia.*
- *Psicoterapia interpersonal.*
- *Terapia cognitiva.*
- *Terapia conductual.*
- *Psicoterapias psicodinámicas breves. (DSM-V, 2018, s.p).*

## **PREVENCIÓN TERCIARIA (REHABILITACIÓN)**

Comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidez e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- *Farmacológico.*
- *Psicoterapia.*
- *Psicoterapia interpersonal.*
- *Terapia cognitiva.*
- *Terapia conductual.*
- *Psicoterapias psicodinámicas breves. (Ibídem, s.p).*

## **METODOLOGÍA**

### **GENERALIDADES**

El marco metodológico, es la estructura que debemos seguir para realizar una investigación y poder obtener resultados confiables ya que además nos permitirá diseñar la mejor estrategia para solucionar el problema planteado, y además nos ayudará en el logro de los objetivos generales y específicos de la investigación. (Tamayo, Tamayo, 1987, p. 71).

En cuanto a los elementos que integran la construcción de un diseño metodológico se encuentran generalmente los siguientes aspectos:

Diseño de investigación, enfoque de la investigación, población, muestra y muestreo, técnica de recolección de datos, instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento de datos y herramientas para el procesamiento de datos. (Balestrini, 2006, p. 85).

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño del presente protocolo de investigación será de tipo no experimental o también llamado observacional, descriptivo y transversal.

Observacional, debido a que es un “Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso. (Pavón, Gogeoascoechea, 2010, s.p).

Descriptivo, ya que será un “Estudio que solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales. Quizás se tiene un grupo de hipótesis que se refiere a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población. (Ibídem, s.p).

Los estudios descriptivos o también llamados encuestas descriptivas o representativas generalmente son de tipo observacional, descriptivo y transversal y se diseñan para cuantificar la distribución de determinadas variables en una población objeto de estudio, en un momento determinado. Estas encuestas pueden abarcar:

- Características físicas de personas, materiales o del medio ambiente.
- Características socioeconómicas tales como edad, educación, estado civil, ingresos.
- El comportamiento de la gente y los conocimientos, actitudes, creencias y opiniones que pueden ayudar a explicar dicho comportamiento.
- Acontecimientos presentes en la población. (Ibídem, s.p).

Transversal, Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades. (Ibídem, s.p).

## **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Para la realización de una investigación se dispone de dos enfoques principales el cuantitativo y el cualitativo, y de los dos se forma un tercer enfoque que es el mixto.

El enfoque de una investigación es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y esta relacionado a los métodos de investigación inductivo que esta coligado con la investigación cualitativa y va de casos particulares a la generalización y el método deductivo, asociado con la investigación cuantitativa que va de lo general a lo particular y en el caso de la combinación de los dos métodos surge el método mixto.

El presente protocolo de investigación posee un enfoque mixto que “representan procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de la información recabada logrando mayor entendimiento del fenómeno estudiado. (Hernández, et al., 2006, p.6).

La técnica propuesta en el presente protocolo es el denominado método de encuesta ya que es el elemento más destacado del método mixto.

La encuesta es un método de investigación compatible con el empleo de varias técnicas e instrumentos de recolección de datos, como son: la entrevista, el cuestionario, la observación, el test, etc. Se considera a la encuesta como un método, para indicar que el investigador se guía por opiniones, actitudes o preferencias del público para lograr ciertos conocimientos. Es un método que

permite explorar sistemáticamente lo que otras personas saben, sienten, profesan o creen.

La encuesta es muy útil ya que se puede aplicar una encuesta con entrevistas libres, o no estructuradas.

Cuando el universo es grande se toma una muestra, por medio de la cual se reúnen datos acerca de una población más pequeña; a partir de ellos se puede hacer inferencias acerca de todo el universo.

## **POBLACIÓN**

La población de estudio se define como el “conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados. Es necesario aclarar que cuando se habla de población de estudio, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.; para estos últimos, podría ser más adecuado utilizar un término análogo, como universo de estudio” (Gómez, Villasís, Miranda, 2016, p. 201-206).

La población objetivo del presente protocolo de investigación se centra en los pacientes que acudieron a consulta de primera vez y subsecuentes en consulta externa en los meses de enero a octubre del año 2020 en la clínica de atención a la salud mental San Agustín.

## **MUESTRA Y MUESTREO**

La muestra por definición “Es una parte de una población o subconjunto de un conjunto de elementos que resulta de la aplicación de un proceso con el objeto de investigar las propiedades de la población en donde fue extraído” (Sabino, 2000, s.p).

En el presente protocolo de investigación se utilizará el 100% de la población en estudio, esto debido a que después de analizar los recursos de los que se dispone se consideran suficientes para el desarrollo de la investigación, por lo tanto no se utilizará ninguna técnica para obtener una muestra y por consiguiente no se utilizará ningún tipo de muestreo.

## VARIABLES

Las variables son fenómenos, cualidades, rasgos, atributos o propiedades que toman diferentes valores, magnitudes o intensidades en un grupo de elementos. (Martínez, 2005, p. 119).

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.(RAE, 2019).	Años cumplidos hasta la fecha actual.	Discreta
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (RAE, 2019).	Sexo biológico de pertenencia, hombre o mujer.	Nominal
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (RAE, 2019).	Grado máximo de estudios del individuo al momento del estudio.	Ordinal
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con el matrimonio, que consta en el Registro Civil y que delimita el ámbito de derechos y responsabilidad que el derecho les reconoce. (RAE, 2019).	Condición del individuo respecto al matrimonio, soltería o unión libre al momento del estudio.	Nominal
PESO	Masa de un cuerpo relacionada con el número y clase de partículas que lo forman. Se mide en kilogramos kg, gramos, toneladas, libras, onzas, etc. (Ecured, 2011).	Masa que presenta el individuo al momento del estudio.	Continua

TALLA	Estatura o altura de las personas. (RAE, 2019).	Longitud que presenta el individuo al momento del estudio.	Cuantitativa
OCUPACIÓN	Trabajo, empleo, oficio. (RAE, 2019).	Actividad del individuo al momento del estudio.	
RESIDENCIA	Espacio donde una persona permanece de forma continuada (domicilio, morada, habitación, municipio, estado o país). (Enciclopedia Jurídica, 2020).	Sitio donde reside actualmente el individuo al momento del estudio.	Nominal
No. DE HIJOS	Número de hijos vivos, incluyendo los que luego fallecieron. (Eustat, 2019).	Número de hijos al momento del estudio.	Discreta
SITUACIÓN LABORAL	Situación en la que se encuentran las personas en edad laboral en relación con el mercado de trabajo. (WikiFinanzas, 2019).	Situación de trabajo al momento del estudio.	Nominal
COMPOSICIÓN FAMILIAR	Referencia al número de miembros de la unidad familiar. (Rodas, 2019).	Número de personas que conforman la familia del individuo al momento del estudio.	Discreta
HABITOS PERSONALES	Costumbre o rutina que adquiere un individuo a partir de repetir conductas similares o por modelos a imitar. (Pérez, Merino, 2008).	Hábitos buenos o malos del individuo al momento del estudio.	Nominal

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que acudan a la clínica de atención a la salud mental San Agustín diagnosticados con trastorno depresivo.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes que deseen participar en el presente estudio.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que acudan a la clínica de atención a la salud mental San Agustín con diagnóstico distinto al trastorno depresivo.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo combinado con otro tipo de trastorno.
- Pacientes que no deseen participar en el presente estudio.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para efecto de cumplir con los aspectos éticos de la investigación, se propone el empleo de un formato de consentimiento informado. (Anexo 1).

**El consentimiento informado es** “la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento”. (CONBIOÉTICA, 2015, s.p).

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas. (Ibídem, s.p).

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa. (Ibídem, s.p).

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Un instrumento de recolección de datos o instrumento de medición es un “Recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente”. (Hernández, et al., 2006, s.p).

En el presente protocolo de investigación se utilizará la técnica de encuesta social que abordan, los temas que se estudian a través de la técnica de la encuesta social. (Anexo 2).

La encuesta social generalmente está asociadas a temáticas como la composición social y población así como sus características socio-demográficas de la familia, composición por sexo y edad, número de aportantes, oficio y posición ocupacional, matrimonio y familia, roles sexuales, o también aspectos de las condiciones de la reproducción social como la vivienda; acceso a medios de consumo colectivo como transporte, educación, servicios médico – asistenciales, espacios públicos; delincuencia y victimización; políticas sociales como la salud pública; prevención y asistencia sanitaria. O también aspectos de economía y trabajo como las actitudes y comportamientos económicos, laborales, empresariales, consumo, políticas económicas; sociología industrial; mercado de trabajo; sindicatos; profesiones; turismo. O finalmente aspectos sobre la cultura y socialización como los procesos culturales; tiempo, recreación y ocio; religión;

ciencia y tecnología; medios de comunicación de masas y educación. (CEO, 2005, p.2).

La encuesta propuesta en el presente protocolo de investigación es de tipo cuestionario simple o autoadministrado, que es aquel en el que los encuestados, previa lectura, contestan por escrito, sin intervención directa de persona alguna, estará conformado por 12 ítems entre preguntas cerradas y abiertas.

Las preguntas utilizadas serán del tipo exhaustivas, es decir que las categorías o respuestas de las preguntas abarcan todos los casos que pueden darse, de modo que ningún encuestado pueda dejar de responder por no encontrar su categoría o alternativa de respuesta. (Ibídem, p.9).

El cuestionario contendrá preguntas cerradas simples que son las que solo dan opción a dos respuestas, la afirmativa o la negativa, generalmente si y no, y, en su caso, no sabe o no contesta. Y preguntas cerradas categorizada que presentan como alternativas de respuesta una serie de opciones entre las que el encuestado debe elegir. (Ibídem, p.11).

## **TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para la realización del procesamiento de datos primeramente se utilizará la aplicación informática de Microsoft Excel para organizar, analizar, procesar mediante graficas y tablas los resultados, bajo la metodología de estadística descriptiva, obteniendo frecuencias absolutas, relativas y porcentajes de las variables cuantitativas en estudio.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1 COSENTIMIENTO INFORMADO**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Junio 2020

#### **A quien corresponda**

Somos estudiantes de la Licenciatura en Medicina Humana, cursamos el séptimo semestre, estamos realizando estudio de investigación “Características de los pacientes con trastorno depresivo en la unidad de atención mental San Agustín” con el objetivo de obtener la nota aprobatoria en la materia Metodología de la investigación.

El objetivo conocer características de los pacientes con depresión. El estudio consiste en llenar una encuesta que contiene 15 preguntas con un tiempo de 15 minutos.

La información proporcionada por usted será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado, teniendo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio fuera del ámbito académico.

Nombre de los investigadores: Espinosa Saraus Itzel Valeria, Ceballos Salas Axel Guadalupe y Ramos Aquino Johary Guadalupe.

#### **Autorización**

He leído el procedimiento descrito. El (la) investigador (a) me han explicado el estudio y contestado mis preguntas. Voluntariamente doy el consentimiento para participar en el estudio “Características de los pacientes con trastorno depresivo en la unidad de salud mental San Agustín, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2020”

**He recibido copia de este procedimiento.**

---

Nombre y forma del paciente

## ANEXO 2

### Universidad del Sureste Licenciatura en Medicina Humana

#### Instrucciones

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas antes de responder, por favor responda toda las preguntas, si tiene dudas, pregunte a las investigadoras.

La información será utilizada confidencialmente, no es necesario que la firme.

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: \_\_\_\_\_

3. Peso \_\_\_\_\_

4. Talla: \_\_\_\_\_

5. Residencia: \_\_\_\_\_

6. Grado máximo de estudio: \_\_\_\_\_

7. Situación Laboral:

Empleado: \_\_\_\_\_ Desempleado: \_\_\_\_\_ Eventual: \_\_\_\_\_

8. Ocupación: \_\_\_\_\_

9. Estado civil:

Casada (o): \_\_\_\_\_ Soltera (o): \_\_\_\_\_ Viuda (o): \_\_\_\_\_

10.No. de Hijos: \_\_\_\_\_

11.Composición familiar: \_\_\_\_\_

12.Hábitos buenos o malos:

---

---

---

---

## BIBLIOGRAFÍA

Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez, Olga L. Pedraza, Paola Gómez, Diana Pardo, Jonathan Ríos. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. 2014. Acta Neurológica Colombiana.

Argüello Aguilar Rolando. Depresión. Revista Científica. Difusión de la Ciencia Vol. IV. No. 2, abril - junio de 2016. Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. 2016. Extraído de:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O7w3F31bsZAJ:revista.saludchiapas.gob.mx/api/v1/recursos/articulos/139+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx>

Arias Gómez Jesús, Villasís Keever Miguel Ángel, Miranda Novales María Guadalupe. El protocolo de investigación III: La población de estudio. Rev Alerg Méx. 2016 abr-jun. P. 201-206

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V-TR. Washington, DC: Author, 2018.

Balestrini Mirian (2006). Como se elabora el proyecto de investigación. Consultores Asociados. Caracas. P. 85.

Calderón-Rivera D., López-Gómez M.J., Márquez-Gómez C.A., Síntomas depresivos y sobrecarga de los familiares de pacientes deprimidos hospitalizados en el CAISAME estancia breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental. 2019.

CEO. Centro de Estudios de Opinión. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS. 2005. P.2

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. CIE. 10.<sup>a</sup> REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA. EDICIÓN ESPAÑOLA. 3<sup>a</sup> Edición-Enero 2020. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria.

COMBIOÉTICA. COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA. Consentimiento Informado. 2015. Extraído de:

[http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

Cosme Alvarado-Esquivel, MC, Dr en C, Ana Berthina Hernández Alvarado, Psic, Karina Rodríguez Corral, Psic. Medigraphic. Salud pública de México / vol.46, no.3, mayo-junio de 2004. Facultad de Medicina. Universidad Juárez del Estado de Durango. Durango, Durango, México.

Ecured. Portal del colaborador. 2011. Extraído de: <https://www.ecured.cu/Peso>

Enciclopedia Jurídica. Residencia. 2020 Extraído de: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/residencia/residencia.htm>

Eustat. Instituto Vasco de Estadística. 2019. Extraído de: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_698/elem\\_15341/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20N%C3%BAmero%20de%20hijos&text=Se%20refiere%20al%20n%C3%BAmero%20de,los%20hijos%20que%20luego%20fallecieron](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_698/elem_15341/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20N%C3%BAmero%20de%20hijos&text=Se%20refiere%20al%20n%C3%BAmero%20de,los%20hijos%20que%20luego%20fallecieron)

Evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios Patricia Balcázar Nava,\* Martha Patricia Bonilla Muñoz,\* Juan Ernesto Santamaría López,\* Gloria Margarita Gurrola Peña,\* Luis Trejo González\*\* \* Universidad Autónoma del Estado de México. \*\* Universidad Iberoamericana. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2007; 40(4): Oct.-Dic: 97-101

Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev. Panam Salud Publica. 2004;16(6):378–86.

Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Depresión. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Hernández Sampieri Roberto, Collado Fernández Carlos y Baptista Lucio Pilar. Metodología de la investigación. 2006. P.6.

INEGI e INMUJERES, Mujeres y hombres en México, 2016. Extraído de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. INSP. Berenzon, S., Asunción Lara, M., Robles, R., & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, 55(1), 74-80. Recuperado de

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>

Jesús Alberdi Sudupe, Óscar Taboada, Carlos Castro Dono, C. Vázquez Ventosos. Médicos Especialistas en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". SERGAS- A Coruña - España Guías Clínicas 2006; 6(11).

Josep M<sup>a</sup>. Farré Martí, Gracia Lasheras Pérez, Eugenia Amarfil. Tipos de Depresión. PsicoDex. 2016. Servicio Psiquiatría y Psicología Hospital Universitario Dexeus.

Martínez y Martínez Roberto. Cómo escribir y estructurar un texto en ciencias de la salud. Anatomía de un libro. Tercera edición. Editorial Manual Moderno. 2015. (P.119).

Mori, Nicanor; Caballero, July, Historia natural de la depresión. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14, núm. 2, agosto, 2010, pp. 86-90. Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú.

Organización Mundial de la Salud OMS. Depresión. 2020. Extraído de:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo Ma. del Carmen. Metodología de la Investigación II. UNIVERSIDAD VERACRUZANA INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. MAESTRIA EN PREVENCIÓN INTEGRAL DEL CONSUMO DE DROGAS. XALAPA, VER. JUNIO 2010.

Pérez Porto Julián, Merino María. Hábitos Personales. 2008. Extraído de:  
<https://definicion.de/habitos/>

RAE. Real Academia Española. Diccionario de la lengua Española. 2019. Extraído de:  
<https://dle.rae.es/edad>  
<https://dle.rae.es/sexo>  
<https://dle.rae.es/talla>

Rodas. Valoración enfermera de la familia. Guía básica. Composición y estructura. 2019. Extraído de: [https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred\\_SCORM.zip/page\\_04.htm#:~:text=La%20c](https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_04.htm#:~:text=La%20c)

[omposici%C3%B3n%20hace%20referencia%20al,relaci%C3%B3n%20que%20existe%20entre%20ellos.](#)

Sabino, C. (2000) El Proceso de Investigación. Panapa. Nueva edición actualizada. Caracas, Venezuela

Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. SSA. Dirección de Atención Médica. Unidad de Atención a la Salud Mental San Agustín. 2017.

Shoshana Berenzon, D en Psic; María Asunción Lara, D en CS; Rebeca Robles, D en Psic; María Elena Medina-Mora, D en Psic. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. 2013. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. DF. México. Extraído de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011)

Tamayo y Tamayo Mario. El proyecto de investigación; ICFES. 1987. P. 71.

UNAM. Dirección general de comunicación social. Boletín UNAM-DGCS-455 Ciudad Universitaria. 26 de junio de 2019. Extraído de:

[https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_455.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html)

WikiFinanzas. Situación Laboral. 2019. Extraído de:

<http://wiki-finanzas.com/index.php?seccion=Contenido&id=2011C0377>